

Rassegna del 09/02/2011

OGGI - Menopausa, niente paura: per affrontarla ci sono gli ormoni, la dieta e lo sport - 1
Scambia Giovanni

Menopausa, niente paura: per affrontarla ci sono gli ormoni, la dieta e lo sport

La menopausa è un periodo difficile della vita della donna, dal punto di vista sociale e psicofisico.

Cosa succede. In questa fase cambiano i sistemi di regolazione dell'organismo femminile:

la produzione di ormoni ovarici si riduce, dando il via a una sintomatologia più o meno intensa.

I sintomi. Tra i sintomi più fastidiosi: vampate di calore, sudorazioni notturne, secchezza vaginale, riduzione del desiderio sessuale, dolori articolari. Ancora: aumento di peso, pressione e colesterolo alti, carenza di calcio

che può portare alla osteoporosi.

Un nuovo stile di vita.

Per affrontare al meglio la menopausa bisogna prendersi cura della propria salute e cambiare lo stile di vita. Può essere utile aumentare l'attività fisica; anche seguire una dieta corretta (che riduca, se necessario, l'assunzione di calorie) può aiutare a prevenire l'osteoporosi.

A tavola. Per alleviare i sintomi più leggeri, sono particolarmente indicati gli alimenti che contengono fitoestrogeni. Tra questi: legumi (soia, lenticchie, ceci, fagioli e piselli), semi (di lino,

sesamo, zucca, girasole), cereali (riso, avena, orzo), frutta (mele, prugne, mirtilli, agrumi), verdure (broccoli e carote), germogli, erbe e spezie. Gli acidi grassi essenziali, necessari per la salute, sono presenti nelle noci, nei semi, e in alcune varietà di pesce (sgombro, sardine, aringhe e salmone).

Terapie. È buona regola assumere calcio e vitamina D. Inoltre, quando i sintomi della menopausa diventano insostenibili, bisogna prendere in considerazione una terapia ormonale sostitutiva. Può essere fatta con basse dosi ed esistono diverse formulazioni:

l'importante è rivolgersi al ginecologo specialista per discuterne rischi e benefici.

Prevenzione. Ancora, è bene rivolgersi a centri specializzati per effettuare tutte le indagini diagnostiche utili per prevenire l'insorgere di malattie neoplastiche ginecologiche, come i tumori alle ovaie o al collo dell'utero. La menopausa va affrontata con energia: è una nuova fase della vita da vivere con fiducia e ottimismo.

Prof. Giovanni Scambia

Direttore dipartimento Tutela salute donna, policlinico Gemelli

La scoperta

Il sangue svelerà il tumore al polmone

MILANO — Un esame del sangue per diagnosticare in anticipo il tumore al polmone. I pazienti non l'avranno a disposizione prima di due anni almeno: ma ieri la scoperta ha già avuto il riconoscimento di una delle più prestigiose riviste scientifiche, la *Proceedings of the National Academy of Sciences of the Usa*. Lo studio arriva dai ricercatori dell'Istituto dei tumori di Milano, guidati da Gabriella Sozzi e Ugo Pastorino, in collaborazione con la Ohio State University di Columbus. Il test si basa sull'analisi di mini molecole chiamate microRNA: dai campioni di sangue, raccolti da 6 mila forti fumatori, monitorati in 5 anni, è emerso che chi ha sviluppato il cancro del polmone aveva in precedenza valori sballati di microRNA. Alterazioni che — dicono i ricercatori — possono segnalare la presenza di un tumore sino a due anni prima della Tac spirale, il più avanzato degli strumenti diagnostici oggi a disposizione. L'esame del sangue può permettere anche di sapere se il cancro al polmone è destinato a restare latente, con sopravvivenza fino al 100%, oppure se si svilupperà in modo aggressivo. L'Istituto dei tumori ha già avviato l'iter per ottenere il brevetto del test. La scoperta — che

dovrà, però, essere verificata con un altro studio che partirà a giugno — è stata resa possibile dai finanziamenti dell'Associazione italiana ricerca sul cancro (Airc), del ministero della Salute, della Fondazione Zegna, della Fondazione Cariplo e di Regione Lombardia.

Simona Ravizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricerca. Studio dell'Istituto nazionale

Un prelievo segnala il tumore al polmone

Francesca Cerati

MILANO

— Piccoli indizi molecolari – chiamati microRna – circolanti nel sangue possono anticipare la diagnosi di cancro al polmone addirittura due anni prima rispetto alla Tac spirale, il più avanzato degli strumenti oggi a disposizione. A scoprire che queste piccole molecole possono diventare un esame preddittivo attendibile di neoplasia polmonare sono stati i ricercatori dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, guidati da Gabriella Sozzi e Ugo Pastorino, in collaborazione con la Ohio State University di Columbus, negli Stati Uniti.

«Grazie all'analisi di campioni di sangue raccolti su oltre seimila forti fumatori, seguiti per 5 anni, abbiamo dimostrato che in tutti coloro che hanno sviluppato tumore del polmone i valo-

ri di particolari microRna, molecole che come interruttori accendono e spengono i nostri geni, erano alterati» ha spiegato Gabriella Sozzi, tra i coordinatori della ricerca e responsabile della Struttura di genomica tumorale dell'Istituto milanese. Non solo. «Con questo semplice esame del sangue – aggiunge – è possibile anche determinare se il tumore è destinato a restare latente, con prognosi buona e sopravvivenza pari al 100%, o si svilupperà in modo aggressivo».

La grande innovazione di questo studio, pubblicato ieri su *Pnas*, una delle più prestigiose riviste scientifiche internazionali, è stata infatti quella di studiare i rapporti tra queste molecole, ovvero cosa succede quando una di queste aumenta mentre un'altra diminuisce e così via. «In questo modo siamo riusciti a trovare la "firma" del tu-

more», ha detto Sozzi. La scoperta, che dovrà essere ancora verificata con un altro studio prospettico in partenza a giugno, e che comunque non potrà essere disponibile per i pazienti prima di 2-3 anni, è tale che l'Istituto nazionale dei tumori ha già avviato l'iter per ottenere un brevetto. Il test preventivo ha ancora più valore se si tiene conto che la prima causa di morte in Europa per tumore resta proprio quello al polmone (33mila decessi), seguito da intestino (22mila), seno (12mila), pancreas (10.800), stomaco (9.600), come rivela una nuova ricerca epidemiologica dei ricercatori del Mario Negri di Milano attraverso un modello matematico inedito. Secondo lo studio, pubblicato su *Annals of oncology*, il tasso di mortalità per tumore nei 27 paesi dell'Unione è in calo del 7% negli uomini (da 154 a 142 su 100mila) e del 6% nelle donne (da 90 a 85 su 100mila). Questo trend favorevole, però, viene contraddetto dall'aumento del tumore ai polmoni tra le donne, anche in Italia, con 8.300 decessi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tumore al polmone, un prelievo per scoprirlo

UN ESAME del sangue per individuare tempestivamente il cancro al polmone. La scoperta è stata fatta all'Istituto dei Tumori e promette di diagnosticare la presenza di forme aggressive di carcinoma polmonare fino a due anni prima della Tac spirale. Il test si basa sull'analisi dei "microRna", le piccole molecole in circolo nel sangue e che, come interruttori, accendono e spengono i nostri geni. L'importanza di questa scoperta è tale che l'Istituto ha già av-

viato il processo per brevettarla anche se, per ora, si tratta di un metodo utilizzabile solo in laboratorio e che saranno necessari almeno 2 anni perché sia disponibile come strumento di diagnosi per i pazienti. Lo studio, finanziato da Airc, ministero della Salute, Fondazioni Zegna e Cariplo e Regione, è stato condotto da un gruppo di ricercatori guidati da Gabriella Sozzi e Ugo Pastorino, in collaborazione con la Ohio State University di Columbus. Questa ricerca è stata pubbli-

cata ieri da una delle più prestigiose riviste scientifiche internazionali, "Proceedings of the National Academy of Sciences of the Usa". La ricerca, durata 5 anni, è stata condotta su 6 mila fumatori. Gli studi hanno dimostrato che chi ha sviluppato il tumore aveva valori alterati di particolari "microRna", modificazioni visibili già prima che la Tac spirale fosse in grado di rilevare qualsiasi indizio di tumore.

(Laura Asnaghi)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ISTITUTO TUMORI
Eseguita un'indagine su seimila fumatori



Il caso Dedicata agli stati vegetativi nel secondo anniversario della morte della donna

Lo scontro sulla giornata per i pazienti come Eluana

Iniziativa del governo, il Pd: un affronto. Divisi anche sulla legge

ROMA — Alla sua morte, due anni fa, si sollevarono polemiche infinite. E oggi, nel secondo anniversario, Eluana è più che mai il simbolo di due visioni opposte del fine vita. Chi difende la piena e totale libertà individuale. E chi ritiene invece che certe terapie, quali idratazione e alimentazione non dovrebbero essere sospese anche se è il paziente ad averlo richiesto prima di trovarsi in stato di incoscienza. Due partiti trasversali che si dividono in modo netto anche sulla data scelta per celebrare la prima giornata nazionale sugli stati vegetativi. Pesanti attacchi al Governo. L'accusa è di aver preso una decisione «oltraggiosa» (Amato De Monte, il medico che aiutò donna ad andarsene interrompendo le cure), «in stile fascista» (Marco Cappato, associazione Luca Coscioni), e «inopportuna» (Beppino Englaro, papà di Eluana). La contrapposizione insanabile cade in una settimana speciale, con la legge sul testamento biologico ai blocchi di partenza per la votata. E' in calendario in aula il 21 febbraio, potrebbe essere approvata dalla Camera entro la fine del mese o inizio marzo.

La prima giornata sugli stati vegetativi, stabilita con un decreto lo scorso novembre, è promossa dal governo «per favorire attenzione e informazione su questo tipo di disabilità che oltre al malato coinvolge in maniera assai rilevante i familiari». Si farà il punto sulle conoscenze scientifiche e sull'assistenza. Ne discuteranno in un evento a Roma i ministri Ferruccio Fazio (Salute), Maurizio Sacconi (Lavoro), il sottosegretario Eugenio Roccella e il presidente del Lazio Renata Polverini. Ma per Barbara Pollastrini,

Pd, la celebrazione della giornata «è un altro affronto. Un nuovo tentativo di dividere il Paese. Il loro cinismo arriva anche a questo». Oggi molto probabilmente per la legge sul testamento biologico arriveranno i pareri di commissione Giustizia e Affari Costituzionali, dopo il sì del Bilancio.

Sono già stati depositati circa 1.500 emendamenti. Il provvedimento è destinato ad una verifica dei rapporti interni agli schieramenti specie nel Terzo Polo e nel Pd. Se i radicali sono per il «no», gli ex Popolari potrebbero votare «sì». Più compatto il Pdl. Ieri, in un comunicato congiunto, Di Virgilio e Mazzocchi (Pdl), Polledri (Lega), Binetti e Santolini (Udc), Rosso e Di Biagio (Fl), hanno chiesto l'approvazione della legge. Domenico Nania, vicepresidente del Senato ritiene che «per le associazioni dei familiari queste norme rappresentano la garanzia che non ci sarà più un caso Englaro».

La legge è stata approvata dal Senato due anni fa. Se venisse modificata, eventualità molto probabile, dovrebbe tornare per la seconda lettura a Palazzo Madama. Il cammino è lungo. Intanto, Gustavo Ghidini, per l'associazione Pubblici Cittadini, ha elaborato un progetto legislativo «che valorizza anche la volontà presunta ricostruita secondo indici rilevanti in linea con quanto fatto dalla Germania».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 Gli anni che Eluana ha trascorso in stato vegetativo persistente

I punti salienti

Obbligo di nutrizione e idratazione

1 L'alimentazione e l'idratazione artificiale non faranno parte delle dichiarazioni anticipate di volontà; potranno essere sospese solo in casi eccezionali: se il paziente non è più in grado di assimilarle e se «non più efficaci»

Le volontà espresse non vincolano i medici

2 Le volontà che verranno espresse dai pazienti nelle dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) rimarranno non vincolanti per i medici



Fac-simile Un modulo ideato dalla fondazione Veronesi

Assistenza garantita ai pazienti vegetativi

3 Ai pazienti in stato vegetativo verrà garantita «l'assistenza ospedaliera, residenziale e domiciliare» perché verrà prevista fra i livelli essenziali di assistenza

Senza il fiduciario «parola» ai familiari

4 In assenza della nomina di un fiduciario, la dichiarazione anticipata di trattamento prevederà che i suoi compiti «saranno adempiuti dai familiari indicati dalle norme del codice Civile»

“LA GIORNATA DEGLI STATI VEGETATIVI È UNO SCHIAFFO A BEPPE ENGLARO”

Per Ignazio Marino l’iniziativa di oggi “è una violenza”

di **Caterina Perniconi**

Non è potuta morire in pace, né adesso la lasciano riposare in pace. Oggi, secondo anniversario della scomparsa di Eluana Englaro, ricorre la giornata nazionale degli stati vegetativi, celebrazione indetta dal Consiglio dei ministri, su proposta del sottosegretario Eugenia Roccella. Non bastavano, per Beppe Englaro, le urla in Senato il giorno della morte, o le leggi dell'ultimo minuto che hanno cercato in tutti i modi di bloccarlo. Ancora una volta la politica è entrata nella vita della famiglia di Lecco, che ha definito questo ennesimo gesto di sfida “indelicato e inopportuno”.

Senatore Ignazio Marino, tutti possono capire perché questo gesto è indelicato. Lei, da medico e da politico, ci può dare gli strumenti per capire quanto è anche inopportuno?

Questo atto va al di là dell'arroganza. Fa parte di quella destra violenta che non è riuscita a fare in modo che Englaro, tramite la legge, non potesse far rispettare le decisioni della figlia e ora lo vuole colpire con uno schiaffo in pieno volto. Quindi trasforma la giornata della morte di Eluana in una giornata di conflitto per il paese.

Che lo spacca a metà.

Sono sempre più preoccupato dal fatto che nel nostro paese le questioni che interessano la vita delle persone diventano secondarie al conflitto politico. Le lotte di potere su temi sensibili come questo distaccano la politica dai cittadini.

Dopo la morte di Eluana sembrava che una legge sul testamento biologico fosse urgentissima.

È stata invece chiusa in un cassetto e ora la riportano in parlamento senza discutere sulla vita, ma solo sperando nella divisione delle opposizioni per la sopravvivenza del governo Berlusconi.

Lei ha presentato 1500 emendamenti al ddl Calabria.

Nessuno può essere curato contro la sua volontà. Nessuno può avere la possibilità di fare violenza sulle persone e decidere quali trattamenti può ricevere e quali no.

Il nodo è quello dell'obbligo di idratazione e alimentazione.

L'articolo 3 prevede che anche chi ha lasciato scritto il suo no all'idratazione e all'alimentazione venga comunque trattato, perché lo vogliono la Roccella e altri politici. Né io, né lei né chi legge potrà più scegliere.

Quindi le indicazioni lasciate dal cittadino (come quelle che ieri ha annunciato di aver scritto Beppe Englaro) non saranno più vincolanti.

Dopo questo percorso di legge no. A scegliere saranno le convinzioni e la cultura del medico e non quelle del paziente. Perciò se perdi coscienza perdi anche ogni diritto. È una proposta così inaudita che io faccio fatica a spiegarla ai miei colleghi all'estero.

Questo va-

le anche per i casi come quello di Welby, in cui paziente è cosciente?

All'inizio la proposta riguardava anche quei casi, per fortuna siamo riusciti, dopo un grande lavoro, a scongiurarlo. La legge resta comunque anticostituzionale.

Si riferisce all'articolo 32?

Certo, e fu una persona religiosa come Aldo Moro a far introdurre la parte che prevede che “la legge non può in

nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Non capisco perché conti-

nuare a scrivere e votare leggi che poi devono essere smontate dalla magistratura perché anticostituzionali come la fecondazione assistita.

Lei ha fatto una sua proposta.

Sì, che per quanto mi riguarda è già un bel passo indietro. È un solo articolo e prevede che le terapie siano garantite a tutti tranne a chi l'ha esplicitamente dichiarato. Mi spiego meglio: se io perdessi coscienza vorrei che i miei familiari scegliessero per me. Nella mia proposta non è possibile, può averlo scritto solo il paziente. Capisce che per me è un bel passo indietro ma sono disposto a farlo nell'interesse delle persone.

Perché il Partito democratico fa così fatica a trovare una sintesi sui temi etici?

Perché all'interno ci sono persone che potrebbero votare con la destra sul biotestamento e non si fanno una ragione del fatto che i temi eticamente sensibili sono semplicemente diritti civili. Ma troveremo una convergenza.

Tutti dovrebbero garantire i diritti civili.

Questa è una fase politica in cui qualunque argomento viene utilizzato per scegliere una posizione e non discusso nel merito.

All'assemblea del Pd D'Alema ha chiesto un maggiore impegno della società civile in politica. Può essere un



modo per discutere questioni più vicine ai cittadini?

Io sono convinto che la politica debba essere a servizio del paese e non fatta solo da professionisti. Uno ha un impegno temporaneo e poi torna al suo lavoro.

Saviano potrebbe essere un esempio?

Chiunque si senta di dare un contributo - senza fare propaganda sui nomi - con un vero impegno personale.

**“Se perdi conoscenza perdi anche ogni diritto All'estero impossibile spiegarlo”
“Nel Pd ci sono persone che non capiscono che i temi etici sono semplicemente diritti civili”**

La proposta alternativa del medico composta da un solo articolo

Il presente disegno di legge si pone l'obiettivo di dare soluzione al problema delle indicazioni sui trattamenti sanitari, nella consapevolezza che la vita biologica ha un limite, garantendo comunque la qualità e la dignità della vita nelle fasi terminali di essa. Introdotto negli Stati Uniti nel 1991, il *living will*, o dichiarazione anticipata di trattamento, mira a garantire che una persona possa lasciare, se lo desidera, indicazioni in merito alle terapie nel caso in cui non sia più in possesso delle proprie facoltà di intendere e di volere. (...) Qualora il medico ritenga di dover agire diversamente da quanto indicato nel testamento biologico, si ritiene necessario coinvolgere il comitato etico dell'ospedale per valutare le motivazioni del medico, confrontarle con le indicazioni del testamento e giungere a una decisione che salvaguardi il migliore interesse del malato anche nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione. Rispettare un testamento biologico non dovrebbe mai portare ad agire contro il benessere del paziente, come invece potrebbe accadere, paradossalmente, nel caso di un documento redatto in maniera poco chiara o pericolosamente restrittiva.

Visite domiciliari. Un software per elaborare i dati

I certificati telematici guidano i controlli

**Antonino Cannioto
Giuseppe Maccarone**

Il Sole 24 ORE L'Inps affina le armi per controllare gli episodi di malattia. L'introduzione del certificato telematico, nel settore pubblico e privato, permetterà di valorizzare la funzione medicolegale a cui spetta, tra l'altro, il compito di eseguire la valutazione tecnico-professionale dei certificati, da cui dipendono una serie di operazioni collegate come la gestione delle visite mediche di controllo.

L'istituto di previdenza si affida a un software che, nella circolare 26/2011, è definito «esperto». L'applicazione denominata «data mining per le visite mediche di controllo domiciliari» è in grado di far emergere le informazioni non immediatamente rilevabili perché confuse in un'enorme mole di dati simili tra loro.

L'obiettivo del programma consiste nella visualizzazione e nel calcolo online dei risultati ottenuti dal processo di elaborazione dei dati presenti nei certificati di malattia e nei verbali di visita medica di controllo domiciliare, formando una graduatoria di probabilità statistica di idoneità lavorativa, attri-

buita a ogni certificato. Per l'ente di previdenza, un accrescimento delle informazioni realizzato tramite i dati contenuti nei certificati medici, consentirà al programma di guidare gli operatori nel programmare le verifiche. Questa tecnica permetterà di far emergere - tra i certificati ancora aperti (in costanza di prognosi) - quelli più a rischio, con riferimento alla congruità della durata della prognosi (per questo si utilizzerà un indicatore di probabilità). Finiranno sotto esame le situazioni riferite alla possibile conclusione del periodo indennizzabile e quelle per cui potrebbe essere individuabile una diversa prognosi. Una sorta di intelligenza preventiva, oggi realizzabile in base al nuovo certificato telematico che - avendo campi obbligati nella compilazione - è privo di anomalie e in presenza del codice nosologico, individua il tipo di malattia.

Ieri sono stati trasmessi online all'Inps 148.824 certificati di malattia di dipendenti pubblici e privati (+119% rispetto a martedì scorso).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fondo sanitario, scontro Nord-Sud

Domani il ministero decide sulla ripartizione: in ballo 106 miliardi

BIANCA DE FAZIO

SI ALLONTANA la possibilità di un accordo tra le Regioni. I criteri da adottare per il riparto dei fondi destinati alla Sanità, che quest'anno superano di poco i 106 miliardi di euro, vedono su fronti contrapposti i governatori delle regioni del Nord e quelli del Sud. Oggi è il terzo giorno del confronto che, a Roma, cerca un accordo prima che, domani, si vada al redde rationem col Ministero. Che la sua idea di ripartizione già ce l'ha: dare di più alle zone del Paese con il maggior numero di anziani, perché garantire loro l'assistenza sanitaria è più oneroso. Un criterio che penalizza le regioni più giovani, quelle meridionali, che chiedono invece l'introduzione dell'indice di deprivazione: povertà, disoccupazione e disagio sociale hanno un peso – riconosciuto statisticamente – sulla salute dei cittadini; e dunque devono averlo anche sul bilancio della Sanità.

Ma è una posizione invisa alle regioni settentrionali. Solo Piemonte, Emilia Romagna e Toscana sarebbero favorevoli al riconoscimento dell'indice di deprivazione a patto che lo si contenga entro la misura del 10 per cento. Povertà e svantaggio socio-economico peserebbero dunque poco sulla ripartizione dei fondi, mentre stando alla proposta avanzata dal **ministero della Sanità** alle Regioni circa il 60 per cento delle risorse aggiuntive di quest'anno (vale a dire 834 milioni di euro) finirebbe a sole tre regioni: Veneto, Lazio e Lombardia.

Se il governatore Stefano Caldoro è a Roma deciso a far valere le posizioni delle regioni del Mezzogiorno, che fanno fronte comune perché «il criterio del Ministero non ci per-

mette di competere ad armi pari: è come sfidarsi per i cento metri con noi meridionali fatti partire venti metri dietro», è la Sanità di tutte le regioni d'Italia a essere in forte difficoltà: l'aumento del fondo sanitario, rispetto allo scorso anno, è solo dello 0,8 per cento, mentre l'aumento dei costi della Sanità è tra il 4 ed il 5 per cento. La coperta è corta e le Regioni se la contendono senza risparmiare colpi. La Conferenza delle Regioni, che ieri ha visto ininterrottamente succedersi le riunioni, alcune riservate ai soli presidenti, altre aperte ai funzionari regionali, ha ancora poche ore per raggiungere un accordo: si andrà avanti, oggi, fino a sera. Poi domani – a meno di uno slittamento che qualcuno auspica ma del quale non c'è contezza – ci sarà la conferenza Stato-Regioni. E i giochi dovranno essere fatti, o avrà la meglio la proposta che piace al ministero e alle regioni del Nord. I governatori meridionali di centrodestra, Caldoro in testa, alzano la posta col governo: «È una partita che non siamo disposti a perdere».

E allora si cercano compromessi: introdurre l'indice di deprivazione almeno per quella parte di bilancio destinata agli interventi per la prevenzione (escludendo l'assistenza ospedaliera) e valutare l'anzianità della popolazione dividendola in fasce: un anziano di 60 anni non equivale a uno di 80; le sue esigenze, sul fronte salute, sono diverse e pesano diversamente sul bilancio della Sanità.

Il presidente Caldoro: "Una partita che non siamo disposti a perdere"



Rivoluzione tranquilla al Cnr

La sfida del nuovo statuto: dare maggior competitività alla ricerca italiana

di **Fabio Beltram**

Un nuovo statuto è stato licenziato dal consiglio di amministrazione del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr). Per questo scopo l'organo è stato allargato con cinque esperti di nomina ministeriale, uno dei quali - è bene dirlo subito - è proprio lo scrivente. L'importanza del Cnr rende opportuna una riflessione sui principi ispiratori dello statuto e credo potrà portare a una più larga condivisione del testo.

Il Cnr è oggi articolato in un centinaio d'istituti e 11 dipartimenti che ne coordinano le attività nelle aree tematiche di rispettiva competenza. Nel 2010 le risorse trasferite dallo stato al Cnr per il suo funzionamento ordinario (al netto cioè di finanziamenti pubblici per progetti specifici) ammontano a più di 550 milioni. Una cifra importante, ma insufficiente a coprire le spese di personale e le altre spese fisse.

In altre parole, lo stato finanzia solamente i "ricercatori fermi". Sia chiaro, i ricercatori non stanno affatto fermi e reperiscono finanziamenti pubblici e privati per svolgere progetti di ricerca. Questa situazione è sì la prova della vitalità dell'ente e delle capacità dei suoi ricercatori, ma mostra anche che lo stato non utilizza appieno il potenziale rappresentato dal Cnr per promuovere lo sviluppo del paese.

Il governo ogni tre anni approva il Piano nazionale della ricerca (Pnr) che indica le scelte strategiche per lo sviluppo culturale ed economico del paese e rappresenta uno degli strumenti principali d'indirizzo per l'innovazione e la competitività del nostro sistema produttivo. Uno degli "strumenti" per l'attuazione di queste politiche dovrebbe essere rappresentato proprio dagli enti di ricerca, in primis il più grande, il Cnr. Ebbene, il governo con il trasferimento del fondo per il funzionamento non ha nei fatti la capacità di mettere in gioco risorse per l'avvio di progetti, per stimolare la ricerca nelle direzioni che reputa strategiche, ma, a mala pena, copre stipendi, affitti, eccetera.

È noto che in Italia la spesa per la ricerca è inferiore, anche di molto, a quella dei paesi con cui ha senso confrontarsi e va detto che l'equilibrio al sistema potrebbe essere portato con un aumento delle risorse. Tuttavia questo aumento - pur auspicabile e opportuno - non correggerebbe questa mancanza di stimolo e indirizzo della ricerca se ad esso seguisse un corrispondente aumento delle spese fisse. Sia chiaro: più spese fisse, ovvero più personale e più strutture potrebbero aumentare la competitività del Cnr, ma non vi sarebbe la garanzia che le risorse aggiuntive sarebbero destinate agli obiettivi strategici di sviluppo fissati dagli organi dello stato a ciò deputati.

Una delle idee "rivoluzionarie" del nuo-

vo statuto è quindi l'introduzione di un tetto per le spese fisse che devono essere limitate a una frazione dei trasferimenti, così da assicurare la disponibilità di risorse reali da destinare al finanziamento di specifici progetti di ricerca. Si è scelto il tetto del 75% del fondo per il funzionamento ordinario come limite per le spese per il personale (attualmente all'84%). Questo obiettivo, statutariamente, andrà realizzato su una scala temporale di dieci anni. Tempi lunghi, certo, ma la struttura è complessa e dietro questi numeri ci sono persone. Si chiede in realtà di gestire con attenzione il turn over, ma soprattutto questo nuovo modello di funzionamento dovrà essere uno stimolo per l'incremento dei trasferimenti al Cnr. Infatti questo statuto farà sì che il Pnr possa trovare uno strumento efficace nel Cnr, in quanto le risorse per finanziare ricercatori "in azione" saranno trasferite ai dipartimenti che potranno a loro volta assegnarle agli istituti.

Altra idea "rivoluzionaria": il numero dei dipartimenti è stato limitato a un massimo di sette per favorire le interazioni tra le discipline e semplificare la struttura burocratica dell'ente. Riguardo agli istituti, poi, ne viene rilanciato il ruolo strategico e l'importanza. Gli istituti avranno infatti maggiore successo nella competizione per le risorse interne se avranno saputo attrezzarsi per le linee strategiche emergenti nel Pnr. Lo strumento è l'autofinanziamento tramite progetti esterni con la conseguente acquisizione di strumentazione e il reclutamento di personale (finanziato proprio da queste risorse esterne con contratti legati ai progetti stessi) con le competenze "giuste". Verrà così valorizzato il giusto spazio da riservare alla libertà individuale di ricerca e all'espressione della creatività dei ricercatori dell'ente.

Gli istituti svolgeranno un'azione di *foresight* dalla quale dipenderà il loro successo e la conseguente assegnazione di risorse "interne" anche per l'assunzione a tempo indeterminato dei migliori tra i ricercatori coinvolti nei progetti esterni. Anche su questo "precaricato" lo statuto si pronuncia e fissa un limite al periodo di prova (nel mondo anglosassone si parlerebbe di *tenure track*) in dieci anni. Forse anche questa limitazione è "rivoluzionaria".

Ci sono poi tante altre questioni, ma particolari, come il dettaglio del ruolo del direttore generale nella definizione del compito d'indirizzo del presidente e degli aspetti "gestionali" della rete di ricerca. Su questo la tensione è stata grande, ma spero che queste considerazioni possano invece contribuire a una riflessione pacata su questo passaggio istituzionale e rendere più incisivo e condiviso il lavoro sui regolamenti dell'ente. Questo processo parte ora e il contributo di tutti sarà determinante affinché il Cnr possa giocare al meglio il suo ruolo nei pros-

simi anni, in un momento in cui finalmente è chiaro a tutti che proprio ricerca, cultura e capacità d'innovare sono necessari perché l'Italia possa rilanciare la sua economia e ricostruire il suo ruolo internazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RAZIONALIZZAZIONE

Introdotta un tetto per le spese fisse e diminuito il numero dei dipartimenti per favorire le interazioni fra le diverse discipline



Riparto del fondo 2011: partita finale in settimana tra i governatori sulla divisione delle risorse

All'ultimo duello per 106 miliardi

Regioni spaccate, ecco tutte le proposte - Sud compatto: considerare la povertà

Governatori riuniti dal 7 al 9 febbraio per trovare una proposta unitaria per il riparto dei 106 miliardi (di cui 103,9 destinati ai Lea) del fondo sanitario 2011, da presentare forse già alla Stato-Regioni di giovedì 10, scongiurando il via libera "d'ufficio" alla tabella proposta dalla Salute. Obiettivo di tutti è non incassare meno dell'anno precedente. Ma per far quadrare i conti il nodo principale è decidere sui nuovi indici da inserire tra i criteri di riparto.

Le Regioni sono divise tra il gruppo di chi chiede l'introduzione dell'indice di deprivazione da far pesare anche in modo differenziato, ma che ri-

conosca le difficoltà socio-economiche soprattutto del Sud (ma non solo), come spiegano gli assessori meridionali e chi invece punta sulla pesatura per età: secco «no» del Veneto ad altre soluzioni.

Sei le proposte in campo, messe a punto da altrettante Regioni e che trovano all'interno dei governatori livelli diversi di adesione. Anche perché le differenze rispetto alla proposta del ministero non sono di poco conto: si va dal massimo della perdita lombarda che supera i 200 milioni al top del guadagno campano di 157 milioni.

A PAG. 2-3

Il riparto dei 106 miliardi del fondo 2011 deciso con una "tre giorni" di trattative regionali

Governatori al match finale

Sei le proposte iniziali - Battaglia sull'indice della situazione socioeconomica

Amati di "lapis" e delle proposte elaborate da tecnici e assessori, i governatori scendono in campo da lunedì 7 a mercoledì 9 febbraio per contendersi fino all'ultimo milione la torta dei 106 miliardi (103,9 per finanziare i Lea e gli altri vincolati) del fondo sanitario 2011. Un confronto che si ripete dal 2008, ma che quest'anno si annuncia più aspro perché il 2011 è il primo anno "benchmark" per i costi standard che partiranno nel 2013 e perché le risorse sono all'osso dopo il taglio della manovra estiva che ha limitato gli aumenti previsti nel Patto per la salute 2010-2012 solo al +0,8% rispetto al 2010, 800 milioni contro 1,6 miliardi promessi.

Obiettivo è arrivare alla Stato-Regioni di giovedì 10 febbraio con una proposta condivisa da tutti, pena l'avvio dei trenta giorni alla fine dei quali il ministero potrà procedere d'ufficio in base al suo modello di riparto che in un modo o nell'altro scontenta tutte le Regioni, anche quelle che nelle proposte si sono attenute di più all'indicazione iniziale.

Ed è per questo che si è partiti subito col mettere in chiaro l'entità e la provenienza delle risorse su cui agire. Le "poste finanziarie" certe sono solo i 347 milioni per la copertura di cinque mesi di ticket sulla specialistica che dovrebbero essere ripartiti utilizzando 107 milioni per ripianare le Regioni in disavanzo rispetto al 2010 e i 240 restanti da dividere o tra tutte le Regioni o escludendo stavolta quelle che hanno già incassato i fondi per il ripiano.

Ma il vero problema sono i nuovi criteri che dopo anni di rinvii e alle soglie del federalismo fiscale sono chiesti a gran voce soprattutto dalle Regioni del Sud, penalizzate dal solo criterio della popolazione

pesata per età perché sono le più "giovani" e perché comunque la loro maggiore spesa è legata spesso alle condizioni socio-economiche più disagiate che al Centro-nord.

Il tavolo tecnico delle Regioni (assessori e direttori generali degli assessorati) ha lavorato la scorsa settimana per chiarire, incrociare e mettere ne-

ro su bianco le proposte di tutti. E delle sei proposte elaborate (e riportate in queste pagine) si cercherà di farne arrivare sul tavolo dei governatori non più di quattro, su cui scatterà la mediazione politica. Che non conosce partiti o latitudini geografiche: ai due blocchi Nord (no alla deprivazione) e Sud (deprivazione sì, con un occhio anche alla disabilità) si associano altre Regioni a prescindere dal colore politico e anche dall'area geografica di appartenenza.

Le sei proposte di riparto sono state messe a punto da altrettante Regioni (Sicilia, Calabria, Veneto, Basilicata, Umbria, Emilia Romagna. Il Piemonte ha fatto proposte verbali) con differenze che vanno a livello di singole Regioni da -231 milioni per la Lombardia a +157 milioni per la Campania rispetto alla proposta del ministero della Salute (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 1/2011). E due indici per il riparto 2011 nel mirino delle modifiche: l'età e la new-entry della deprivazione.



Il tutto accompagnato da precise posizioni regionali: dal «no» secco del Veneto a introdurre nuovi indicatori come la deprivazione, appunto, alla richiesta della Campania non solo di considerare la condizione sociale nei pesi per il riparto, ma anche all'interno di questa di dare maggior evidenza alle disabilità. Passando attraverso le scelte più moderate di Toscana ed Emilia Romagna che accettano nuovi indici, ma un passo alla volta, senza cioè che si snaturi il peso dell'età e con una gradualità tutta da sperimentare (si vedano interviste agli assessori in queste pagine). E per molte Regioni invece la trattativa è aperta a tutto campo, basta che il risultato finale non abbia il segno meno.

E un unico paletto è valido per tutti: nessuno deve incassare/guadagnare meno dell'anno precedente.

a cura di
Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli effetti delle proposte (milioni)

Proposta	Regione proponente	Regioni che in sede tecnica hanno aderito	Chi guadagna e chi perde di più rispetto alla proposta del ministero
Ospedaliera: 22% a quota capitaria secca e il 22% pesata per età e deprivazione	Sicilia	Campania, Calabria, Puglia	Lombardia -111; Campania +157 (guadagna il Sud, perde il Nord)
Ospedaliera pesata tutta per età e deprivazione	Calabria	Basilicata, Liguria, Lazio, Molise, Toscana, Campania, Puglia, Sicilia	Lombardia -231; Liguria +116 (guadagna il Sud, perde il Nord)
Proposta ministeriale con modifica delle fasce di età (+75enni)	Veneto	Lombardia, Umbria, Marche	Sardegna -42. Nelle altre lo spostamento è minimo
Incremento del Fsn 2010/2011 distribuito secondo l'indice di deprivazione	Basilicata	Liguria, Calabria, Umbria, Molise, Campania, Puglia, Sicilia, Abruzzo	Lombardia -116; Liguria +115 (guadagna il Sud. Le altre tranne il Lazio perdono o guadagnano cifre basse)
Incremento del Fsn distribuito per incremento della popolazione, la parte restante distribuita per deprivazione e una quota per le piccole Regioni	Umbria	Basilicata, Abruzzo, Emilia, Molise	Lombardia -58; Liguria +102 (guadagnano al Sud tutti meno Puglia, Sicilia e Sardegna)
Deprivazione sul 22% dell'ospedaliera pesata per età, ma con un indice rivisto	Emilia	Umbria	Sardegna -40; Campania +40 (le altre perdono o guadagnano cifre basse)

VENETO**C'è una sola strada: l'anzianità per fasce**

«**N**o» al criterio della deprivazione. «Si» alla pesatura del fattore età «tenendo conto di tre categorie - dai 65 ai 75, dai 75 agli 85 e dagli 85 in poi - perché il miglioramento del Ssn ha determinato anche un aumento dell'aspettativa di vita e i soggetti anziani costano sempre di più in funzione dell'età».

Il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, **Luca Coletto** (Veneto) è categorico: la deprivazione non può entrare nel metro di calcolo per la spartizione delle risorse da destinare alla salute «perché i criteri che la definiscono partono dal titolo di studio, verificano l'eventuale proprietà dell'appartamento in cui si vive, valutano se la famiglia è mono o plurireddito, tengono conto anche dell'ultima scheda di dimissione ospedaliera... la sensazione è che la deprivazione sia una questione veramente sociale e non sanitaria».

Per questo con l'appoggio della Lombardia, delle Marche e del Piemonte - spiega Coletto - «il Veneto propone una alternativa rispetto al riparto proposto dalla Salute, dove ci sono tre Regioni che

partono col segno meno». L'idea è di eliminare quel segno meno ripartendo uno 0,8% in più su tutte le Regioni e andando a incrementare i criteri del ministero con l'ulteriore criterio della pesatura degli anziani.

Il rifiuto nettissimo da parte delle Regioni del Nord rispetto alle ipotesi delineate dal blocco di quelle del Mezzogiorno si basa su cifre concrete: «In una delle simulazioni proposte la Lombardia avrebbe circa 200 milioni in meno. Il Veneto 90 milioni», spiega Coletto. «Come coordinatore sto cercando di limitare i danni e di ridistribuire soldi freschi un po' dappertutto, proponendo un criterio oggettivo che è quello dell'apprezzamento dell'età e dell'incremento man mano che l'anziano va avanti con gli anni».

E annuisce quando gli si fa notare che in realtà quei 90 milioni sono una piccola cifra su cui contendere: «Sicuramente si conclude -. Ma sono importanti se si pensa che rispetto al 2005 la Regione Veneto ha circa 500 milioni di meno, non abbiamo più l'addizionale Irpef a sostenere la Sanità. E il numero di cittadini da assistere è sempre lo stesso».

**Luca Coletto**

TOSCANA**Parliamone, ma gli over 65 pesino di più****Daniela Scaramuccia**

Per l'assessore toscano alla Salute, **Daniela Scaramuccia**, questo riparto del Fondo sanitario 2011 è una sorta di battesimo del fuoco: «È il primo riparto che seguo - avverte -, ma mi pare che ogni anno ci sia un percorso doloroso.

Certo quest'anno sono molti gli scettici sulla possibilità di arrivare a un accordo».

Per la Scaramuccia comunque ci sono dei punti da cui partire e su cui tutte le Regioni possono essere d'accordo: «Si è vero, siamo praticamente tutti d'accordo sul fatto che bisogna fare un passo in avanti rispetto al passato». Per l'assessore toscano è infatti «necessario rivisitare i criteri. L'anno scorso, a esempio, si è toccato il minimo storico della pesatura per età, che conta per il 35% delle risorse a favore del calcolo pro capite

secco». Un fatto, questo, che per la Scaramuccia e la sua Regione «non va bene». Un giudizio negativo presto spiegato: «L'allocatione per età è quella più equa - spiega - visto che è noto come con l'allungamento dell'età gli anziani siano tra le categorie che utilizzano più risorse degli altri». Le Regioni del Sud chiedono però di introdurre nuovi criteri, come l'indice di deprivazione. Cosa ne pensa la Toscana? «Sono d'accordo a introdurre nuovi criteri di pesatura che tengano conto, tra l'altro, anche delle condizioni socio-economiche di certe aree del Paese. Ma questi criteri non devono essere introdotti a scapito della pesatura per età. Non devono essere alternativi, ma piuttosto a integrazione».

Quali sono dunque i punti irrinunciabili per la Toscana? «Credo innanzitutto - chiarisce l'assessore toscano - che sia necessario rialzare la quota allocata in base all'età. E poi bisogna partire dal fatto che con questo nuovo riparto nessuno deve perdere risorse in base all'anno scorso. Il fondo già cresce di poco e non è giusto che, come prevede la proposta del ministero, ci sia qualcuno che guadagna il 3% e altri che perdono il 3%». Ma insomma si troverà l'intesa? «I tecnici stanno lavorando a ritmo serrato. L'idea è quella di fare una riflessione seria in base a criteri scientifici. Alla fine però la parola spetterà ai presidenti che dovranno trovare un compromesso».

CAMPANIA**No alle penalizzazioni del passato**

«**C**'è un punto imprescindibile per la Campania: non vogliamo più essere penalizzati nella ripartizione delle risorse come è accaduto in passato, quando le Regioni del Nord hanno potuto approfittare di maggiori risorse in base soprattutto al fatto che hanno più anziani rispetto a noi». Per **Raffaele Calabrò**, delegato alla Sanità per la Regione Campania dal presidente-commissario **Stefano Caldoro**, questo riparto per il 2011 deve essere un riparto di «rottura» rispetto agli anni passati. E un punto di «rottura» è sicuramente l'introduzione dell'indice di deprivazione (le peggiori condizioni socio-economiche): «Non siamo da soli a dirlo - spiega Calabrò -, eravamo già d'accordo l'anno scorso a introdurre nuovi parametri e uno studio dell'Agenas commissionato proprio dalle Regioni ha sottolineato proprio il peso che deve avere anche la deprivazione nella divisione delle risorse».

**Raffaele Calabrò**

se». «Ora quasi tutte le Regioni - spiega Calabrò che è anche senatore - sono d'accordo con noi, anche se il nodo da sciogliere è quello di "quantizzare" il peso che deve avere questo indice». «Un compito, questo - spiega - che abbiamo affidato ai tecnici che stanno lavorando proprio per formulare alcune ipotesi». Non è tutto. Nella divisione della torta di finanziamenti per il 2011 Calabrò chiede di far pesare anche altri indici: «È vero che abbiamo meno anziani rispetto alle Regioni del Nord, ma è vero anche che i nostri over 65 hanno un indice di disabilità più alto, come dicono le ultime indagini dell'Istat». Insomma, va bene dare il giusto peso alla pesatura per età, visto che gli anziani «consumano» più risorse per curarsi, «però - aggiunge Calabrò - proprio per le condizioni socio-economiche della nostra Regione i nostri anziani sono in condizioni di salute peggiori e quindi utilizzano di più le risorse disponibili». Un capitolo a parte, rispetto alla parità del riparto, è poi quello della mobilità

dei pazienti del Sud verso il Nord: «Stiamo affrontando anche questo aspetto, in passato abbiamo pagato un conto troppo salato senza poter valutare l'appropriatezza delle prestazioni fornite ai nostri cittadini dalle strutture del Nord».

LIGURIA**Valore adeguato per età e povertà**

«La Liguria anticipa fenomeni, come quello dell'invecchiamento della popolazione, che riguardano tutta l'Italia. Per noi è inaccettabile un'ipotesi che non tenga conto degli andamenti demografici e del peso degli anziani. Tutti i dati e lo stesso buon senso dicono che gli anziani costano di più. Infatti, la nostra Regione è andata in difficoltà l'anno scorso, quando nella tabella del ministero la pesatura degli "over 65" è stata dimezzata, misura confermata quest'anno», spiega l'assessore alla Sanità **Claudio Montaldo**. L'anno scorso la Liguria era partita da 129 milioni in meno e solo grazie alla mediazione politica raggiunta tra le Regioni è riuscita a strappare un decremento di "appena" 20 milioni rispetto all'anno precedente (ottenendo 3,29 miliardi). «Quest'anno - continua Montaldo - la proposta del ministero era di attribuirci 92 milioni in meno, ma gli assessori hanno raggiunto

**Claudio Montaldo**

una convergenza sul fatto che nessuna Regione può andare al di sotto del livello dello scorso anno. Partiamo quindi da questo dato e chiediamo che ci sia un riconoscimento di un'adeguata pesatura degli anziani, sia sulla spesa ospedaliera che sulla farmaceutica. Noi abbiamo ben il 27% di popolazione ultra-65enne ed è dimostrato che la spesa di farmaci per questa categoria è dieci volte superiore che per le fasce d'età più giovani. Ci aspettiamo quindi un incremento almeno fino al livello del 2009, pure se l'aumento del Fondo quest'anno è modestissimo, molto al di sotto del livello d'inflazione».

Porte aperte, se pur con gradualità, all'indice di deprivazione. «Può diventare giusto introdurlo - precisa l'assessore ligure - visto che nel 2013 entreranno in vigore i costi standard. Anziani e deprivazione, del resto, sono i due criteri individuati lo scorso anno dall'Agenas, cui commissionammo uno studio. È però cruciale procedere con gradualità, introducendo quote di pesatura adeguate sull'uno e sull'altro aspetto.

«Se raggiungeremo un'intesa? Ho visto troppe volte tutto ciò che si era costruito con fatica ritornare a zero e poi ripartire. Però dobbiamo mettercela tutta per riuscirci anche questa volta».

PUGLIA**Cambiare registro: la vecchiaia non è tutto****Tommaso Fiore**

«Per le Regioni meridionali l'introduzione del nuovo criterio della deprivazione è irrinunciabile, ma siamo disponibili a metterci d'accordo sulla quota di fondo su cui questo criterio dovrà essere applicato».

Tommaso Fiore, assessore alla Sanità della Puglia, sostiene a spada tratta il criterio che accomuna le Regioni del Sud, dopo il confronto «a tratti molto aspro», che ha visto riunite le parti in causa sui possibili modelli di riparto e che di fatto «non ha portato a nessun passo avanti degno di nota».

«Ci siamo trovati di fronte a una proposta di ripesatura dell'età in aumento (la proposta del Veneto, ndr.) e questo ha creato una discussione accessissima, perché di fatto questo significa depotenziare completamente il nuovo criterio propo-

sto dalle Regioni del Sud», spiega. «Rivedere la pesatura del parametro dell'età per l'assegnazione della relativa quota di Fondo, aumentandone il valore, che oggi corrisponde a circa un quarto della dotazione complessiva del fondo, significa svuotare e depotenziare fino a renderlo simbolico il criterio della deprivazione: questo per noi è inaccettabile perché quanto accade nel 2011 resta come base per il 2013».

Per Fiore, il modello valido da cui partire resta dunque quello della Sicilia, che applica la deprivazione su una quota cospicua delle risorse. «Ma questo è solo un punto di partenza della discussione», spiega. «Siamo disponibili a entrare nel merito di qualsiasi altra base di calcolo dotata di un senso politico e tecnico. Se si decide un qualche altro criterio su cui ragionare non faremo le barricate: a noi interessa portare a casa il criterio nell'ambito della quota di fondo dedicata all'ospedalizzazione. Questi sono i due principi non contrattabili».

E non c'è dubbio che anche in vista dei nuovi confronti l'esito resta tutt'altro che scontato: «Ciascuno provvederà a "certificare" il proprio modello esplicitandone le modalità tecniche e tutto apprenderà a nuovi tavoli tecnici e politici intermedi, per poi consegnare tutto ai presidenti», conclude Fiore. «Ma che il nodo del riparto possa essere risolto col passaggio politico è ancora tutto da dimostrare».

EMILIA ROMAGNA**Sì a nuovi criteri,
ma sperimentali**

«**Q**uale innovazione produce i suoi effetti positivi in un anno? Nessuna: ci vogliono sempre un avvio graduale e un aggiustamento prima di andare a regime». **Carlo Lusenti**, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna non vuole lasciare il riparto al modello tradizionale, né a quello del ministero, ma nemmeno stravolgere i criteri con innovazioni profonde che farebbero pesare il piatto della bilancia a favore di questa o quella Regione.

«Il vecchio modello o quello del ministero creerebbero una condizione di insostenibilità del Ssn, ma non è possibile che qualcuno scelga indici che solo per lui producono milioni in più. La strada è in salita - dice Lusenti - scivolosa e non scontata. Un primo risultato sarebbe raggiungere l'accordo: non farlo e subire il riparto del governo è una sconfitta. Il secondo è di per sé il fatto di dimostrare di essere in grado di produrre nuovi criteri. Il terzo è che rispetto al riparto tradizionale e alla proposta del governo si possano fare ragionevoli e possibili spostamenti che garantiscano la sostenibilità, mitigando le necessità di chi è più in difficoltà. Ma se le Regioni non trovano un accordo la conferenza si spacca e il Ssn va ancora di più verso una condizione di complessiva

insostenibilità. Il "lapis" poi è un ulteriore aggiustamento micrometrico che sarà sul tavolo dei presidenti all'ultimo momento».

Per Lusenti quel che serve è una mediazione: «La deprivazione proposta dalle Regioni del Sud può essere un criterio correttivo e qui comincia il gioco delle percentuali per stabilire su cosa si applicano i vari indici. Questo però vuol dire già essere in una logica di mediazione. Ma sia chiaro: come anche ha affermato l'Agenas, popolazione ed età restano i criteri fondamentali. Essendo il 2011 un anno di enorme difficoltà, anche per i tagli che di fatto le Regioni hanno subito rispetto alle previsioni contenute nel Patto per la salute e che per di più farà da riferimento per la prima applicazione dei costi standard e del federalismo fiscale, non si può pensare di stravolgere il riparto tradizionale. Mi rendo conto delle esigenze di alcune Regioni, ma è necessario affermare criteri nuovi o in parte rinnovati e accettare che per il 2011 producono un effetto da "prima applicazione". E c'è un altro criterio importante: quello che nessuno può ottenere un fabbisogno inferiore all'anno scorso. Queste cose tenute insieme e tessute con mani delicate - conclude Lusenti - possono portare a una soluzione».

**Carlo Lusenti****SICILIA****La deprivazione
è inderogabile**

«**D**ovremo per forza arrivare a una sintesi. Se non ci sarà un consenso unanime allora a quel punto varrà la proposta del ministero della Salute. E trattandosi di un provvedimento amministrativo ciascuna Regione farà le proprie valutazioni».

L'assessore alla Sanità della Sicilia, **Massimo Russo**, titolare di uno dei modelli di riparto più accreditati dalle Regioni del Sud Italia non ha esitazioni: «Un riparto che non ci accontenta potrebbe essere impugnato».

«Contano i principi e conta il metodo», spiega. «C'è un profilo che noi vogliamo che sia inderogabilmente rispettato anche perché frutto di un accordo raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni. In quell'accordo decideremo di commissionare a un ente terzo, l'Agenas, lo studio dei parametri su cui lavorare: oggi a lavoro realizzato non ci sono ragioni scientificamente

apprezzabili per disconoscerlo».

«In quello studio l'Agenas ha indicato accanto ai pesi tradizionali come età e numero di abitanti anche l'indice di deprivazione - conclude l'assessore siciliano - Questo è il tema politico. È ovvio che non possiamo rimangiarcene tutto».

«Deprivazione=aumento della domanda di servizi sanitari=aumento dei costi» è l'equazione miracolosa che ha dato vita al fronte compatto del Sud al tavolo del riparto: «È scientificamente provato - lo dice la letteratura scientifica, lo afferma l'Organizzazione mondiale della Sanità», ripete

Russo. «C'è piena convergenza tra le Regioni meridionali sulla proposta che è stata presentata. E sono convinto che otterrà probabilmente anche il consenso e l'appoggio di qualche Regione del Nord».

A patto che passi la deprivazione. «Solo in base a questo potremo ragionevolmente chiudere un accordo: questo è un anno cruciale» ribadisce il titolare della Sanità siciliana lasciando la parola alla politica.

«Per il tavolo dei presidenti è tutto ancora aperto - conclude - ma sono fiducioso che forse si riuscirà a trovare una intesa. Basta che ci sia senso di responsabilità da parte di tutti. Sul resto possiamo trattare».

**Massimo Russo**

Confronto tra le ipotesi di riparto presentate dalle Regioni in sede tecnica

Regioni	Proposta ministero	% di accesso	22% ospedaliera pesata per età e deprivazione (metodo Agenas) e 22% per capitararia secca (Sicilia)	% accesso	Ospedaliera pesata per età e deprivazione (metodo Agenas) (Calabria)	% accesso	Peso per nuove classi di età (ultra 75enni) (Veneto)	% accesso	Incremento 2011 ripartito per deprivazione (metodo Agenas) (Basilicata)	% accesso	Incremento popolazione o deprivazione (Umbria)	% accesso	Deprivazione (metodo Emilia R.) rimodulato sul 22% ospedaliera (Emilia R.)	% accesso
Piemonte	7.829	7,53%	7.817	7,52%	7.919	7,62%	7.828	7,53%	7.839	7,54%	7.823	7,52%	7.827	7,53%
V. d'Aosta	222	0,21%	221	0,21%	221	0,21%	222	0,21%	221	0,21%	221	0,21%	222	0,21%
Lombardia	16.949	16,30%	16.838	16,20%	16.718	16,06%	16.950	16,30%	16.833	16,19%	16.891	16,25%	16.940	16,29%
Bolzano	845	0,81%	846	0,81%	833	0,80%	1.743	1,68%	841	0,81%	894	0,86%	849	0,82%
Trento	897	0,86%	888	0,85%	874	0,84%	0	0,00%	892	0,86%	847	0,81%	891	0,86%
Veneto	8.450	8,13%	8.345	8,03%	8.227	7,91%	8.449	8,13%	8.410	8,09%	8.415	8,09%	8.433	8,11%
Friuli	2.183	2,10%	2.154	2,07%	2.164	2,08%	2.182	2,10%	2.183	2,10%	2.179	2,10%	2.179	2,10%
Liguria	2.937	2,83%	2.944	2,83%	3.053	2,94%	2.935	2,82%	3.053	2,94%	3.039	2,92%	2.936	2,82%
Emilia R.	7.734	7,44%	7.660	7,37%	7.689	7,40%	7.731	7,44%	7.670	7,38%	7.731	7,44%	7.723	7,43%
Toscana	6.596	6,35%	6.552	6,30%	6.621	6,37%	6.594	6,34%	6.602	6,35%	6.607	6,36%	6.593	6,34%
Umbria	1.589	1,53%	1.567	1,51%	1.571	1,51%	1.588	1,53%	1.588	1,53%	1.599	1,54%	1.586	1,53%
Marche	2.735	2,63%	2.702	2,60%	2.703	2,60%	2.735	2,63%	2.768	2,66%	2.739	2,63%	2.729	2,62%
Lazio	9.765	9,39%	9.800	9,43%	9.811	9,44%	9.766	9,39%	9.687	9,32%	9.730	9,36%	9.773	9,40%
Abruzzo	2.326	2,24%	2.311	2,22%	2.311	2,22%	2.325	2,24%	2.330	2,24%	2.326	2,24%	2.323	2,23%
Molise	559	0,54%	555	0,53%	556	0,53%	559	0,54%	563	0,54%	563	0,54%	558	0,54%
Campania	9.645	9,28%	9.801	9,43%	9.702	9,33%	9.650	9,28%	9.683	9,31%	9.652	9,28%	9.669	9,30%
Puglia	6.898	6,63%	6.978	6,71%	6.970	6,70%	6.900	6,64%	6.914	6,65%	6.885	6,62%	6.909	6,65%
Basilicata	1.011	0,97%	1.021	0,98%	1.029	0,99%	1.011	0,97%	1.033	0,99%	1.032	0,99%	1.012	0,97%
Calabria	3.411	3,28%	3.451	3,32%	3.460	3,33%	3.411	3,28%	3.440	3,31%	3.423	3,29%	3.415	3,29%
Sicilia	8.521	8,20%	8.626	8,30%	8.631	8,30%	8.523	8,20%	8.546	8,22%	8.510	8,19%	8.535	8,21%
Sardegna	2.904	2,79%	2.887	2,78%	2.897	2,79%	2.862	2,75%	2.868	2,76%	2.855	2,75%	2.864	2,75%
Totale	103.963	100,00%	103.963	100,00%	103.963	100,00%	103.963		103.963		103.963		103.963	
			Adesioni		Adesioni		Adesioni		Adesioni		Adesioni		Adesioni	
			Campania; Calabria; Puglia		Sicilia; Puglia; Campania; Lazio; Basilicata; Liguria; Toscana; Molise		Lombardia; Umbria; Molise; Marche		Liguria; Abruzzo; Sicilia; Molise; Umbria; Puglia; Campania; Calabria		Molise; Basilicata; Emilia-Romagna; Abruzzo		Umbria	

IN CORSIA

La sanità migliora
ma alcuni farmaci
non si trovano

Sanità

Tumori: il farmaco è esaurito

di **NATALIA ALBENSI**

Manca il farmaco per la chemioterapia e i pazienti tornano a casa a mani vuote. È successo ieri al Policlinico Umberto I, dove però, a quanto pare, il Temodal, un medicinale utilizzato per la cura dei tumori al cervello, scarseggia già da dicembre. Con tutti gli inconvenienti del caso. «La mia cura non ha pause, la mia cura è continuativa», fa notare Cleopatra D'Olimpio, una delle pazienti che ieri sono rimaste senza farmaci. «Questa è la prima volta che accade», ha spiegato Cleopatra, «ma nessuno ci ha avvisato, né abbiamo ricevuto indicazioni su come comportarci». E se ieri le scorte erano esaurite, sembra che già da due mesi la somministrazione del farmaco sia limitata rispetto alla consuetudine. A quanto pare infatti, fino allo scorso dicembre, i pazienti potevano recarsi in ospedale anche una sola volta al mese e ritirare la quantità di medicinali sufficiente per circa trenta giorni di terapia, mentre, da qualche tempo,

non è più così. «Dal mese di dicembre vado al policlinico ogni settimana», ha spiegato ancora Cleopatra, «e sono costretta a fare ore di fila». E se dalla direzione sanitaria del Policlinico hanno fatto sapere che la responsabilità sui farmaci che vengono distribuiti ai pazienti che si curano a casa è della Asl Rm A, sembra (...)

(...) che la sanità del Lazio navighi finalmente verso acque migliori. Ne è convinta la presidente della Regione, Renata Polverini: «Il piano di rientro della sanità sta andando molto bene», ha fatto sapere ieri la governatrice, «i numeri ci confortano, tutti gli incontri tecnici di questi mesi ci danno una performance migliore delle previsioni. Questo significa», ha spiegato, «che il momento di apparente difficoltà che stiamo vivendo è in realtà il percorso obbligato per la costruzione di un servizio sanitario migliore. Troveremo le risorse economiche e professionali», ha assicurato, «per sostenere questo impegno che oggi chiaramente ha un deficit anche di personale assegnato».



Sanità. Il parere di Federfarma sulla legge
Nessun danno alle attività ambulatoriali

Le analisi in farmacia? Un'opportunità per tutti

di **Annarosa Racca**

Il rappresentante di Anisap Lombardia, la Federazione nazionale delle istituzioni sanitarie ambulatoriali private, ha espresso alcuni dubbi su modalità applicative, effetti e utilità della legge 153/2009, con cui si prevede l'affidamento di nuovi servizi alle farmacie. Le argomentazioni, muovendo da un'ingiustificata preoccupazione per quella che viene percepita come apertura senza regole a una competitività verso le strutture già impegnate nel campo della diagnostica di laboratorio, rischiano di offrire una lettura riduttiva e distorta dei principi che hanno ispirato il legislatore.

Come in varie occasioni ha tenuto a ribadire il Ministro Fazio, in realtà la scelta normativa è da inserire nel più ampio quadro strategico che tende a un sistema sanitario in cui le strutture di più alto livello si occupino di specialistica e trasferiscano al territorio tutti gli aspetti concernenti la cronicità.

In questo contesto alle farmacie, in virtù della loro presenza capillare e continuativa, è stato affidato un nuovo ruolo che va a integrare le attività già presenti sul territorio sui grandi temi della prevenzione, della farmacovigilanza, dell'assistenza infermieristica, dell'assistenza domiciliare integrata. Ricordo che, proprio su quest'ultimo tema, l'assessorato regionale alla Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale ha siglato in questi giorni un accordo con le farmacie della Lombardia, per l'avvio di un progetto che vede la farmacia come "centro funzionale e operativo" di orientamento e assistenza al domi-

cilio del paziente, senza alcun onere aggiuntivo per la parte pubblica, poiché le farmacie si autofinanziano come nuovi soggetti del sistema erogativo. L'iniziativa nasce proprio dalla legge 153/2009, a testimoniare come la potenzialità della rete delle farmacie unita alla lungimiranza dell'amministrazione pubblica possano far progredire, con l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, in nuove forme di assistenza a tutto vantaggio dei cittadini e senza alcun costo aggiuntivo per la comunità. Le analisi in farmacia, alla base delle questioni sollevate dall'Anisap Lombardia, in realtà devono essere inquadrare nel contesto dell'attività di prevenzione.

Vengono infatti definite analisi di prima istanza, e concernono la soddisfazione di una primaria domanda del singolo cittadino, ovvero aspetti di screening eventualmente avviati sulla base di programmi condivisi con i soggetti istituzionali. Ovviamente, a garanzia della sicurezza del cittadino, nessuno sottovaluta, legislatore per primo, gli aspetti igienico-normativi che tuttavia dovranno essere commisurati al reale livello di attività svolta.

D'altro canto, in Lombardia già esistono iniziative di regolamentazione in alcune Asl e da tempo le stesse farmacie auspicano un intervento regolatorio uniforme a livello regionale. Nessun timore, quindi, per invasioni di campo senza regole, perché le farmacie intendono offrire nuove opportunità di assistenza per i cittadini in sinergia con gli operatori già presenti sul territorio.

Presidente Federfarma

REIPRODUZIONE RISERVATA

I Bric trainano il farmaceutico

L'export verso i paesi emergenti dà ossigeno ai poli hi-tech - Soffre ancora l'Ict

Tre comparti regionali. Aeronautica, Ict e chimica i settori specializzati e innovativi esaminati dall'analisi

Giuseppe Latour

Il chimico-farmaceutico in ripresa. Ict in sofferenza, ma meno peggio rispetto al trend nazionale. E un'aeronautica che tiene, grazie alle commesse di lungo periodo. Il rapporto annuale di Intesa Sanpaolo sull'economia e la finanza dei distretti industriali fa la radiografia alle aree ad alto valore aggiunto del Lazio, mettendole a confronto con il resto del paese. Ne viene fuori un quadro sostanzialmente positivo per due dei tre distretti regionali, che si confermano la parte del tessuto economico più pronta a rimettersi in movimento.

La ricerca viene illustrata da Serena Fumagalli del servizio studi e ricerche di Intesa Sanpaolo. «Nel rapporto vengono considerati i distretti che hanno un certo tipo di caratteristiche, come un numero di addetti superiore alle 500 unità e almeno venti imprese». Questo per individuare le realtà che hanno un tessuto imprenditoriale diffuso e che presentano una dimensione notevole. Secondo queste caratteristiche sono due i distretti laziali considerati rilevanti: il chimico farmaceutico, diffuso tra Roma, Latina e Frosinone, e l'Ict, concentrato a Roma. A questi si aggiunge l'aeronautica, anch'essa nella capitale, che però la ricerca non scandaglia in profondità, nonostante

le dimensioni notevoli, perché meno esposta ai venti della crisi e tipicamente anticongiunturale per il tipo di commesse di lungo periodo che la alimentano. L'analisi di Intesa Sanpaolo si concentra, allora, soprattutto sui primi due settori, che valgono sei miliardi di euro ciascuno e danno lavoro a oltre 500 imprese.

«Il polo farmaceutico del Lazio - spiega Fumagalli - è un'area caratterizzata soprattutto da imprese di grandi dimensioni, che hanno anche un'elevata propensione all'export e un'alta capacità brevettuale. Per questo, dalla nostra analisi emerge che stanno cominciando ad uscire dalla crisi». Dai numeri, che considerano la forbice tra il 2007 e il 2009, viene evidenziata una riduzione dei margini e della redditività ma un contemporaneo aumento del fatturato delle aziende. Dopo la flessione del 2008 (-1,2%), infatti, il giro d'affari di tutte le aziende del settore è salito dell'1,3 per cento. Un risultato che dipende da due fattori: l'andamento del mercato, soprattutto verso l'estero, e l'alta capacità innovativa del distretto. Come conferma Enrico Orefice, amministratore delegato di Optikon, impresa romana specializzata nel biomedicale: «Gli unici segnali negativi arrivano dal mercato interno, dove i fondi pubblici sono fermi. Veniamo invece trainati

dai Bric (Brasile, Russia, India e Cina), paesi che effettivamente

stanno dando segnali di incremento della domanda. La ripresa è partita, ma dalla fine del 2011 si consoliderà».

Diverso il discorso per l'Ict che nel 2009 ha dato segni negativi. «Il polo romano dell'Ict - prosegue Fumagalli - è caratterizzato da imprese di medie e piccole dimensioni: nonostante la notevole propensione all'export, secondo i nostri dati è in fase di sofferenza». Nel 2008 le imprese del settore avevano visto crescere i loro fatturati del 3,8%. Nel 2009 hanno segnato il passo, fermandosi a -0,5 per cento. Anche se va considerato che, se confrontato con altre aree, il risultato è piuttosto positivo: il polo Ict di Milano, molto simile per caratteristiche, nel 2009 si è fermato a un pesantissimo -5,7 per cento. Dati confermati dall'esperienza delle aziende. Francesco Adolfo Danza, presidente della romana Digital Video, specializzata in software per l'animazione di cartoni, racconta: «Va fatta una distinzione. A livello italiano paghiamo un clima di incertezza politica; all'estero, invece, c'è una certa ripresa in alcuni paesi europei, come Francia, Germania e i paesi scandinavi. L'Asia, invece, non si è praticamente mai fermata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

+1,3%

I ricavi del farmaceutico. L'incremento del comparto nel Lazio nel 2009, dopo il calo dell'1,2 per cento registrato l'anno precedente

+77%

L'export verso i Bric. Nei primi nove mesi del 2010, l'incremento delle vendite all'estero del farmaceutico i paesi emergenti Brasile, Russia, India e Cina

-0,5%

I ricavi dell'Ict. Il dato si riferisce al 2009. L'anno precedente si era registrato un aumento dei fatturati del 3,8%. Tuttavia i risultati sono migliori rispetto al polo dell'Ict di Milano, dove l'anno scorso c'è stato un -5,7%

Scoperte e destini

Essere pessimisti: una questione genetica

di **EDOARDO BONCINELLI**

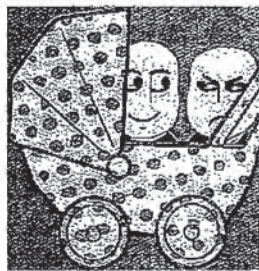
A PAGINA 42

PESSIMISTI O OTTIMISTI PER DNA? FORSE, MA NON DIVENTI UN ALIBI

Ci sono persone che tendono all'ottimismo e persone che tendono al pessimismo, anche se in circostanze diverse dell'esistenza molte di loro possono manifestare una tendenza piuttosto che l'altra. Si tratta essenzialmente di due modi di vedere il mondo che trovano spesso la formulazione nell'alternativa rozza ma espressiva del vedere uno stesso bicchiere «mezzo pieno o mezzo vuoto». Uno studio dell'Università del Michigan sembra indicare che questo possa dipendere almeno in parte dai livelli di una sostanza chiamata neuropeptide Y nel cervello delle singole persone e questo potrebbe essere determinato a sua volta dall'assetto genetico: insomma pessimisti o ottimisti per disegno genetico. Annunci del genere sono sempre più frequenti e occorre secondo me fare un discorso generale che prenda dalla singola sostanza implicata.

Occorre innanzitutto distinguere se parliamo di patologie, in questo caso specifico di persone depresse o fortemente tendenti alla depressione, o di sfumature

caratteriali di persone complessivamente normali. Nel primo caso ogni nuova acquisizione scientifica è benvenuta e può rappresentare un valido passo verso il controllo o l'eradicazione di brutti malanni, primo fra tutti «il male oscuro» della depressione. Se parliamo invece di ciascuno di noi, con le sue proprie inclinazioni verso questa o quella caratteristica



fisica o psichica, il discorso si presenta molto più sfumato e riconducibile a una considerazione di carattere generale: tutto quello che siamo lo dobbiamo in parte ai nostri geni, in parte alla nostra storia personale e in parte anche a fattori casuali difficilmente identificabili, ma sicuramente all'opera in ciascuno

di noi. A seconda della caratteristica di cui stiamo parlando ci può essere una leggera prevalenza di una componente o dell'altra, ma sono comunque sempre tutte presenti. Nella fattispecie, se siamo pessimisti o no, dipende anche dai nostri geni, ma non solo da quelli. È inutile che cerchiamo scuse o comodi alibi.

Edoardo Boncinelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Analisi

GABRIELE MILANESI
UNIVERSITÀ DI MILANO

La grande beffa dei 20 milioni

Llavoro di ricercatore è avvincente ma ansiogeno. Usi tecnologie raffinate per cercare di capire qualche complesso fenomeno naturale, ma l'approccio sperimentale si rivela spesso insoddisfacente, le variabili del sistema sono troppo numerose, l'interpretazione dei dati lascia spazio a dubbi. E tuttavia insisti, affini il sistema, cerchi ulteriori prove.

Perché il bello è proprio lì, nell'inventare nuovi approcci che ti permettano di capire di più, di convincere i colleghi/agonisti delle tue conclusioni. Poi c'è il problema più grosso, quello dei soldi: il tuo stipendio ridicolo (quando ce l'hai), ma non ci pensi troppo, perché comunque hai la possibilità di fare questo lavoro meraviglioso. Finiamo questi esperimenti, poi si vedrà. Il problema grosso sono i soldi: per comprare strumenti, per pagare magari un borsista, per comprare un computer nuovo. Questi soldi, in Italia, praticamente non ci sono. Ce n'erano già pochissimi prima, adesso, dopo gli ultimi tagli, ti dicono che non ce ne sono proprio, né in università né nel Cnr. E allora fai richieste ad altri enti, anche qui un terno al lotto: ci sono centinaia di domande per pochi fondi. Ti associ con altri gruppi europei e presenti un programma alla Ue: sei in concorrenza con altri gruppi agguerritissimi.

La selezione è spietata, le commissioni spulciano tutto del tuo progetto, valutano le tue pubblicazioni con parametri rigorosi. Non sai se ce la farai, ma speri, perché il dottorando che lavora con te sta per prendere il diploma e, se non hai niente da offrirgli, se ne andrà in Germania. Passi la metà del tuo tempo a scrivere domande di finanziamento e l'altra metà a insegnare e la ricerca chi la fa? Ansia, frustrazione, ma non importa. Un giorno andrà meglio, l'ha detto la Gelmini che d'ora in poi i criteri di valutazione saranno meritocratici.

Poi un giorno capisci che ti stanno prendendo in giro. Anzi, ti stanno prendendo per scemo. Leggi che la presidenza del Consiglio, sette ministeri (Beni Culturali, Ricerca Scientifica, Ambiente, Agricoltura, Sviluppo economico, Affari esteri, Politiche comunitarie), la Regione Lazio, la Regione Puglia e il Comune di Roma avrebbero approvato un progetto di «ricerca partecipata» diretto da Mario Capanna, per una spesa di 20 (!) milioni, reperibili «da fonti private e pubbliche che lo condividano». Capanna è presidente della Fondazione Diritti Genetici, un'associazione che si erge a paladino della lotta contro i vegetali transgenici, gli odiati Ogm. Per dare una veste vagamente scientifica al progetto, la fondazione ha partorito un progetto chiamato GenEticaMente (uno spassoso e involontario riferimento al film di Albanese).

Il progetto si propone di utilizzare il metodo di selezione «Marker assisted selection» per creare nuove varietà vegetali attraverso incroci: un metodo già in uso da anni, che peraltro non è alternativo agli Ogm, ma viene usato in modo complementare: la «Mas» applicata unicamente agli incroci classici non permetterà mai di introdurre in una pianta un carattere (gene) che non possiede, come la capacità di resistere a un virus, a un insetto o a uno stress: per questo occorrerà introdurre uno o più geni da altre piante o da altri organismi sessualmente incompatibili con la pianta di interesse e quindi senza possibilità di incrocio. Bisognerà ricorrere all'ingegneria genetica, cioè fare un Ogm. Secondo la Fao, «nonostante le risorse investite, la "Mas" non ha ancora portato i benefici che ci si attendeva in programmi di miglioramento genetico per piante, animali o foreste nei Paesi sviluppati e ancor meno nei Paesi in via di sviluppo».

Anche ammettendo che il programma abbia un senso nell'attuale stato delle conoscenze, sfugge quali parametri siano stati usati per valutarne (meritocraticamente!) la fattibilità, i costi, le competenze e le pubblicazioni dei proponenti: è stata nominata una commissione con membri stranieri? Chi ne faceva parte? Quali altri gruppi hanno presentato progetti analoghi e su che base sono stati esclusi? Venti milioni potrebbero finanziare 100 gruppi di veri genetisti con 50mila euro l'anno per 4 anni: un piccolo «progetto finalizzato», per il quale naturalmente ci si dice che non ci sono soldi. Allora, forse, stiamo veramente toccando il fondo. Forse ha ragione il tuo dottorando. Forse ti conviene fare qualche telefonata in Germania anche per te.



Nebbia in Val Padana

Lo smog e la commedia dei rimedi fai-da-te

di **GIANGIACOMO SCHIAVI**

A PAGINA 42

LO SMOG, LA COMMEDIA DEI DIVIETI E IL LUNGO SILENZIO DEI MINISTRI

Non sono servite le domeniche a piedi, i divieti fai-da-te, le ordinanze sparse dei sindaci del Nord: sull'emergenza smog siamo torrati al punto di partenza, l'aria del bacino padano è inquinata come prima, e con le inutili polemiche si raccolgono i cocci di un generale disimpegno: tace il ministro dell'Ambiente, non parla quello della Salute, si defila il Presidente della Regione Lombardia. È difficile trovare nella lunga storia degli allarmi inquinamento qualche analogia con questo: per l'improvvisazione e la solitudine in cui sono lasciati gli amministratori locali, senza un piano di bacino e un coordinamento, senza una programmazione che permetta l'adozione di misure anche drastiche per far scendere i veleni nell'aria.

Se le micidiali polveri che da 36 giorni stazionano intorno a Milano provocano un aumento di asma e bronchiti nei bambini e cardiopatie negli anziani, e se la difesa della salute è il *leit motiv* di ogni provvedimento, non è più tempo di polemiche tra ambientalisti e ecoindifferenti. Chi si occupa di aria e di salute pubblica

dovrà prima o poi dire che cosa ha senso fare per i cittadini che vivono nell'emergenza: portare i bambini in Riviera, come suggeriva l'ex ministro della Sanità, Sirchia, bloccare le auto nei giorni feriali, come propongono i Verdi, ricorrere alle targhe alterne, come suggerisce la Lega, ridurre la velocità a trenta allora, come fanno all'estero? Non c'è una terapia magica contro i veleni in una pianura condizionata dalla geofisica e dall'alta concentrazione di auto e caldaie inquinanti. Ci sono solo interventi possibili per limitare i danni: favorire il trasporto pubblico, estendere le zone a traffico limitato, rottamare i vecchi bus inquinanti, rafforzare le metropolitane, ridurre le temperature in casa, offrire incentivi a chi passa al metano.

È sbagliato oggi lasciare il cerino in mano ai sindaci Moratti e Chiamparino: da soli possono fare ben poco. Restare a guardare, in attesa del vento o della pioggia, però è peggio. Qualcuno batta un colpo: perché sullo smog è sempre nebbia in Val Padana.

Giangiacomo Schiavi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

