

# quotidianosanita.it

Giovedì 22 MAGGIO 2014

## ***Anteprima.*** Precari sanità: la nuova bozza del Dpcm. Sì ai concorsi per tempo indeterminato. Contratti a tempo determinato prorogati al 2016

***Questo quanto prevede la bozza di Dpcm predisposta all'esito delle osservazioni formulate dal Mef e dalla Funzione Pubblica. Viene specificato che le procedure concorsuali saranno avviate fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa complessiva di personale, a valere sulle risorse assunzionali relative agli anni 2013, 2014, 2015 e 2016. [LA BOZZA](#)***

Pronta la bozza di Dpcm precari che tiene conto delle osservazioni formulate dal Ministero dell'Economia e della Finanza e dalla Funzione Pubblica. Il decreto disciplina le procedure concorsuali riservate per l'assunzione presso gli Enti del Ssn e prevede specifiche disposizioni per il personale dedicato alla ricerca.

**Viene stabilito che, ferme restando le graduatorie dei concorsi pubblici a tempo indeterminato,** gli Enti, entro il 31 dicembre 2016, possono bandire procedure concorsuali per titoli ed esami per assunzioni a tempo indeterminato del personale.

**Per tali bandi si dovrà tenere conto anche del personale che alla data del 30 ottobre 2013** abbia maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, anche presso enti del medesimo ambito regionale diversi da quello che indice la procedura.

**Nel documento si spiega poi che le procedure concorsuali** sono avviate, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa complessiva di personale, a valere sulle risorse assunzionali relative agli anni 2013, 2014, 2015 e 2016 anche complessivamente considerate, nel rispetto della programmazione del fabbisogno, nonché, a garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, nel limite massimo complessivo del 50%, in alternativa a quelle di cui all'art. 35, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 o in maniera complementare purché nel limite della predetta percentuale. Si specifica che l'avvio di queste procedure deve poi tener conto anche del blocco del turnover e degli eventuali vincoli assunzionali presenti nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro.

**Si potranno prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato** del personale sino all'espletamento delle procedure concorsuali e comunque non oltre il 31 dicembre 2016. Gli enti che hanno vuoti in organico relativamente alle qualifiche per le quali non è richiesto il titolo di studio superiore a quello della scuola dell'obbligo, nel rispetto dei vincoli assunzionali previsti dalla legislazione vigente, potranno procedere all'assunzione a tempo indeterminato, anche con contratti di lavoro a tempo parziale, dei lavoratori socialmente utili indirizzando una specifica richiesta alla Regione.

**Quanto al personale dedicato alla ricerca,** alle procedure concorsuali sono ammessi coloro che hanno un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato dedicato alla ricerca in sanità. I contratti di lavoro subordinato a tempo determinato dei ricercatori nel Ssn che hanno maturato alla data di

pubblicazione della legge n. 125 del 30 ottobre 2013, nell'ente che intende effettuare le procedure concorsuali, o in altri enti del Servizio sanitario regionale, almeno tre anni di servizio, potranno essere prorogati fino al completamento delle medesime procedure concorsuali e comunque non oltre il 31 dicembre 2016.

**Il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa** antecedenti alla scadenza del bando, infine, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dalle disposizioni vigenti, presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente decreto ancorché non in possesso del diploma di specializzazione.

La nuova bozza sarà discussa con i sindacati il prossimo 29 maggio al ministero della Salute.

**Giovanni Rodriguez**

## **Camici bianchi in fuga dall'Italia: 700 neolaureati con la valigia negli ultimi 5 anni** 22 maggio 2014

Tra i cervelli in fuga dall'Italia ci sono anche i giovani camici bianchi. "Negli ultimi cinque anni, su 6-7 mila laureati in Medicina, circa il 2% - oltre 700 unità - è emigrato all'estero in cerca di un lavoro". Un numero considerevole e sottostimato: "Si calcola infatti che siano circa 1000 i giovani dottori che ogni anno varcano il confine italiano. Francia, Germania, Svezia, Norvegia, Regno Unito, Stati Uniti e Australia, i Paesi più gettonati". A scattare la fotografia è Domenico Montemurro, coordinatore dell'Osservatorio Giovani Fnomceo, che ha analizzato il numero delle cancellazioni dall'Albo con richiesta specifica di andare all'estero.

Il fenomeno - a detta del coordinatore dell'Osservatorio Giovani della Federazione nazionale ordini medici - "è preoccupante e in continua ascesa". Oltre ai 150-200 laureati che ogni anno si cancellano dall'Albo, dichiarando esplicitamente l'intenzione di andare a lavorare all'estero, c'è infatti un gruppo di giovani medici che, pur non cancellandosi dall'Albo, varca il confine: "Secondo alcune ricerche fatte online - spiega Montemurro - sono infatti almeno 1000 le persone che ogni anno richiedono al ministero della Salute il certificato di onorabilità professionale, documento necessario perché richiesto dai sistemi sanitari dei Paesi ospitanti".

I motivi della fuga all'estero dei giovani medici sono soprattutto due. "Il primo - sottolinea Montemurro - è l'imbuto formativo che non permette ai laureati di entrare nelle scuole di specializzazione. A fronte di circa 7mila laureati l'anno - e in futuro potrebbero essere di più - solo la metà, o poco più, riesce a entrare nelle scuole. Mancano infatti le risorse per finanziare le borse. E, considerando che la spesa media per un contratto è pari a circa 120 mila euro, per finanziare le borse mancanti servirebbero 360 milioni.

I più fortunati che riescono ad accedere alla specializzazione devono invece stare attenti a non sbagliare corso: "In determinate aree specialistiche - dice Montemurro - si registra un esubero di camici bianchi e trovare lavoro è difficilissimo, se non impossibile".

Per mettere un freno a questa 'fuga', secondo Montemurro, una soluzione potrebbe essere quella di "abolire l'obbligo della specialità, creando quindi percorsi professionalizzanti all'interno del Servizio sanitario nazionale". In ogni caso, per il coordinatore dell'Osservatorio Fnomceo è necessario mettere a punto una "corretta programmazione del fabbisogno dei medici, che metta in evidenza le specialità con carenza di professionisti. Inoltre - conclude - bisognerebbe abolire i 'tempi morti': l'abilitazione alla professione va presa all'interno del corso di laurea. Adesso, con le regole attuali, si rischia di perdere circa un anno".

## SALUTE: LORENZIN, CURE PALLIATIVE ALL'ATTENZIONE SEMESTRE ITALIANO UE



(ASCA) - Roma, 22 mag 2014 - Quello delle cure palliative e della terapia del dolore "E' un tema che mi sta particolarmente a cuore e che porro' all'attenzione del semestre di presidenza italiana dell'Ue". Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che domani, venerdi' 23 maggio, alle ore 11.30 presso l'Auditorium di Lungotevere Ripa presenziera' alla conferenza stampa di presentazione della 13^ Giornata nazionale del Sollievo. Parteciperanno Presidente della Fondazione Gigi Ghirotti, Bruno Vespa, la Presidente della Regione Umbria Catuscia Marini, in rappresentanza della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, e la Presidente di Federfarma Anna Rosa Racca. "Le persone che si trovano in una fase della loro vita difficile perche' segnata dalla sofferenza - ha detto Lorenzin - , devono essere liberate dal dolore inutile, devono essere accompagnate nel loro percorso con azioni volte a migliorare la qualita' di vita e a salvaguardare al massimo la loro dignita'. Bisogna assicurare dei luoghi appropriati dedicati all'assistenza quali ad esempio ospedali dove l'umanizzazione delle cure siano una realta', strutture dedicate alla fragilita', assistenza domiciliare. Nell'ambito dell'umanizzazione delle cure abbiamo ottenuto un risultato importante con l'inserimento del tema dell'umanizzazione tra le Linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province autonome delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Cure palliative, terapia del dolore e umanizzazione delle cure sono temi per noi cosi' centrali che li abbiamo inseriti tra gli argomenti della proposta del nuovo Patto per la salute 2014 - 2016. In un momento come quello attuale in cui vi e' una convergenza sulla necessita' di percorsi di umanizzazione delle cure e sull'esigenza di una presa in carico del paziente globale che contempli non solo la dimensione sanitaria, ma anche quella sociale e relazionale, le associazioni no profit come la Fondazione Ghirotti possono offrire un grande contributo. Alle persone che soffrono e alle loro famiglie voglio dire che il Ministero e', e sara', al loro fianco". Nel corso della conferenza saranno presentati il progetto "Rete del Sollievo" promosso dalla Fondazione Ghirotti e dall'Universita' Cattolica del Sacro Cuore, l'iniziativa "Citta' del Sollievo" ispirata dalla Fondazione Ghirotti con il patrocinio di ANCI, che vede assegnare ai comuni meritevoli che ne faranno richiesta l'attestato simbolico di "Citta' del Sollievo". A conclusione della Conferenza si terra' la premiazione dei vincitori del premio "Gerbera d'oro" quale riconoscimento annuale alla struttura sanitaria distintasi nella realizzazione di un progetto di affrancamento dal dolore inutile.

## **«Nonni in fuga» e ambulatori sociali sempre più frequentati dagli italiani Cresce la povertà sanitaria. Oltre 2 milioni di anziani rinunciano alle cure per i costi o i tempi d'attesa; 400 mila vanno all'estero, dalla Romania ad Haiti**

Sempre più italiani si rivolgono agli ambulatori sociali pensati quasi esclusivamente per gli stranieri. Sono i segni tangibili di una povertà sanitaria che avanza in Italia, quelli raccontati nel dossier "Nonni in fuga" realizzato dalla Federazione italiana pensionati attività commerciali (Fipac) di Confesercenti. "Da Milano a Roma, passando per Firenze e Padova – spiega il dossier -, gli ambulatori dedicati a chi non può permettersi le cure sono in continuo aumento. Pensati in origine solo per gli stranieri che arrivavano in Italia, oggi forniscono prestazioni anche ai connazionali che chiedono prevalentemente i farmaci da banco e inacquistabili per i livelli pensionistici e la povertà sanitaria cui molti pensionati sono costretti".

### **Non siamo un Paese per over 65**

Su 9 milioni di italiani che "hanno rinunciato a curarsi", infatti, quasi un quarto sono over 65. Circa 2 milioni di anziani decidono di non curarsi a causa del costo delle cure oppure per i tempi d'attesa troppo lunghi. "L'Italia non sembra essere un paese per over 65 – spiega il rapporto -, eppure, in dieci anni la popolazione anziana è cresciuta del 15,8 per cento, mentre il welfare ha subito numerosi tagli. Non c'è da stupirsi dunque per la crescita esponenziale dei poliambulatori sociali e per l'aumento dei suoi fruitori anche tra gli italiani". Eppure, nonostante tempi e costi, la sanità pubblica ha un suo peso specifico sul Pil. Secondo il dossier, che riporta dati Istat, infatti, gli ultimi bilanci disponibili parlano di una spesa di 111 miliardi, cioè il 7 per cento del Pil. "Il Servizio sanitario nazionale spende 1.867 euro annui per abitante, che si vanno a sommare alle spese sostenute dalle famiglie, che solo nel 2011 hanno contribuito con il 20 per cento con proprie risorse alle spese sanitarie". Alla riduzione della spesa pubblica per la sanità, spiega il rapporto, "non è corrisposto un aumento di quella privata: nel 2012 gli italiani hanno speso per la propria salute il 2,8 per cento in meno rispetto all'anno precedente. La media italiana è di 463 euro pro capite".

### **Spending review e «scandali»**

Ma la "sistemata ai conti" voluta dai governi ha "diminuito il diritto alle cure di molte regioni italiane". Citando il lavoro svolto dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) dell'università Bocconi di Milano, "i numerosi piani di rientro non hanno fatto altro che ridurre

notevolmente la spesa sanitaria e creato un sistema di welfare che non riesce a rispondere alle esigenze dei cittadini”. Ad aggravare i costi della sanità in Italia, anche alcuni scandali. “L’ultimo è l’affaire Roche-Novartis – spiega il dossier Fipac -. L’Antitrust ha sanzionato le due case farmaceutiche per un cartello che ha condizionato le vendite dei principali prodotti destinati alla cura della vista, Avastin e Lucentis, a oltre 180 milioni di euro di multa”. Uno scandalo, spiega il dossier, che al Servizio sanitario nazionale è “costato oltre 45 milioni di euro nel solo 2012, con possibili maggiori costi futuri fino a 600 milioni di euro l’anno”.

### **Diritto alla salute più a rischio al Sud**

A pagare gli effetti dei tagli e dei costi fuori controllo, spiega il dossier, soprattutto chi vive al Sud. “Nelle regioni più ricche, con la migliore sanità – aggiunge il dossier Fipac -, si spende di più anche per quella privata a pagamento. Ciò significa che nelle regioni più povere, che stanno nel Mezzogiorno, si fa concreto il rischio di “undertreatment”, come già dimostra l’inadempienza di alcune di queste regioni rispetto ai livelli essenziali d’assistenza. Gli esperti sostengono che se si continuerà con la politica dei tagli lineari in sanità si rischia di fare la stessa fine della Grecia, dove l’austerità ha già iniziato a peggiorare la salute dei cittadini in maniera misurabile”. Secondo il dossier, inoltre, “l’aspettativa di vita di chi nasce nel Sud è già quattro anni più bassa rispetto alla media. La crisi economica impone dei cambiamenti altrimenti il processo sarà ancora regolato dalla logica dei tagli lineari con una riduzione della qualità del servizio”.

### **Cure low-cost**

In questo panorama, circa 400 mila anziani, con pensioni che vanno dai 650 euro ai 1.500 euro e non riescono a pagare le cure necessarie - spese mediche oltre la propria portata soprattutto soprattutto odontoiatriche - sono costretti al “turismo sanitario”. Tra gli anziani in difficoltà, però, c’è chi non cede alla crisi e piuttosto che non curarsi sceglie di fare un viaggio al di fuori dei confini nazionali per trovare cure più economiche e alla portata delle proprie tasche. È così che dall’Italia, per 270 mila pensionati con una pensione da 650 a 1.000 euro al mese e per i restanti 130 mila con una pensione un po’ più consistente da mille a 1.500 euro al mese, si va in Romania, Cipro, Malta, Slovenia, Canarie e altri posti ancora. La Romania è la meta low cost preferita da chi necessita di cure odontoiatriche. In Italia, le visite dal dentista sono diminuite a vista d’occhio. Secondo il dossier, infatti, nel 2012 sono state effettuate 2,8 milioni di visite (4,7 per ogni 100 persone), mentre nel 2005 le visite erano a quota 3,7 milioni, cioè 6,4 ogni 100 persone. Dati in picchiata confermati anche dall’Associazione nazionale dentisti italiani, secondo cui mezzo milione di famiglie italiane, dal 2007 al 2012, hanno rinunciato al dentista, anche in presenza di patologie serie. Ma i costi alti delle cure odontoiatriche in Italia non sono un luogo comune, secondo il



dossier, i dentisti italiani sono costosi e in quanto a interventi odontoiatrici sono secondi solo ai colleghi inglesi. Ed è così che diverse migliaia di anziani scelgono di fare una “gita salutare” nell’Est Europa che permette loro, spiega il dossier, di risparmiare fino al 60 per cento, viaggio incluso, rispetto alle cure nostrane. C’è poi chi preferisce le Canarie, dove con una polizza medica privata di 40-80 euro al mese si ha diritto ad una copertura totale, senza contare l’Iva al 4 per cento.

### **Intervenire in fretta**

Per Massimo Vivoli, presidente di Fipac Confesercenti, occorre un intervento del governo per invertire la rotta. “Ci sono più di 7 milioni di pensionati – spiega Vivoli - che vivono con meno di mille euro al mese, molti dei quali costretti a rinunciare alle cure mediche, alla salvaguardia della propria salute e spesso impossibilitati a fare la spesa. Chiediamo al governo di impegnarsi affinché la condizione dei pensionati italiani possa raggiungere gli stessi standard europei”. Per Vivoli è necessario partire “con una riforma in grado di superare la Legge Fornero e con essa i contraccolpi subiti da welfare e mercato del lavoro. Crediamo indispensabile un graduale adeguamento dei trattamenti minimi di pensione e l’innalzamento della no tax area, uno strumento necessario per ridare un po’ di ossigeno ai pensionati. Certamente, un buon punto di partenza potrebbe essere quello di garantire un bonus necessario per integrare le pensioni e un sostegno ai lavoratori autonomi”.

*(Fonte: Redattore Sociale)*

22 maggio 2014 | 12:27

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Farmacista33

mag  
23  
2014

## Farmaci antidepressivi, andatura anziani da tenere d'occhio

TAGS: ASSISTENZA AGLI ANZIANI, ASSISTENZA PUBBLICA, ANTIDEPRESSIVI, SOSTANZE PSICOTROPE



Il modo di camminare dei pazienti anziani in terapia con antidepressivi andrebbe monitorato poiché l'assunzione di questi farmaci, ma non i sintomi della depressione, è associata ai disturbi della deambulazione. Si tratta di un'evidenza emersa da uno studio appena pubblicato sull'*American Journal of Geriatric Psychiatry*. «Tra gli anziani le cadute rimangono un evento poco prevedibile» commenta **Orna Donoghue** del Trinity College di Dublino «e spesso possono causare distorsioni, fratture, lesioni e addirittura conseguenze anche fatali. Un anziano su tre cade ogni anno con centinaia di migliaia di accessi in pronto soccorso». Diversi studi hanno collegato l'uso di antidepressivi al rischio di cadute accidentali, fratture e fragilità specie tra gli adulti più anziani, ma i risultati ottenuti restano finora contrastanti. Per chiarire la questione i ricercatori irlandesi hanno selezionato 1.998 ultrasessantenni, di questi, spiega la ricercatrice «il 7,8% aveva rilevanti sintomi depressivi e il 4,9% stava assumendo farmaci contro la depressione». La deambulazione di tutti i partecipanti è stata valutata in modo approfondito, sia in piano sia mediante la salita e la discesa di un minimo di otto gradini, ebbene, si legge nell'articolo, l'andatura degli individui con sintomi depressivi è risultata in media più lenta (4-7 centimetri al secondo in meno) rispetto agli anziani

non depressi. Ma inaspettatamente i partecipanti in terapia con antidepressivi camminavano addirittura 14 cm/s più lentamente rispetto a chi non era in terapia. «Ci sono molte spiegazioni possibili per la relazione tra antidepressivi e disturbi dell'andatura» spiega Donoghue. Per esempio, tali farmaci hanno un certo numero di effetti collaterali che possono influenzare il cammino, tra cui rigidità muscolare e sonnolenza. «I nostri risultati suggeriscono che una valutazione della deambulazione e del rischio di cadute può essere utile negli adulti anziani con sintomi depressivi, specie in presenza di una prescrizione di antidepressivi» conclude la ricercatrice.



## NON SOLO LUOGO COMUNE

# Chi dorme poco ingrassa

## Ora la scienza spiega perché

■ È una di quelle convinzioni diffuse, a metà fra leggenda e verità (del genere, se fai il bagno prima che siano trascorse tre ore dal pranzo, non sopravvivi): dormire poco fa ingrassare. Una credenza che avrebbe delle basi scientifiche, non solo empiriche - se stai sveglio fino alle tre e ogni sera finisci un barattolo di Nutella, o una scatola di gelati, o una confezione di pop corn, non è sorprendente che la bilancia, mattina dopo mattina, abbia qualcosa da farti notare. Insomma secondo gli esperti il sonno influenza davvero l'appetito e il metabolismo, perciò chi dorme poco e male rischia di ingrassare (o per lo meno non dimagrirà).

Spiega «The Insomnia Blog», sito del dottor Breus (sì, come quello della poesia di Pascoli, che viveva con sua madre in Cornovaglia, e un dì trasecolò nella bosaglia), psicologo clinico specializzato in disturbi del sonno, che i motivi principali sono tre. Primo: lo sbilanciamento ormonale fa aumentare l'appetito mentre, per contro, fa diminuire la sensazione di sazietà. Secondo: si perde la fase finale del ciclo del sonno, cioè la fase Rem, che è quella che fa bruciare più calorie. Terzo: la mancanza di sonno spinge a mangiare cibi con alti livelli di grassi e di carboidrati. Il risultato finale - spiega sempre il dottor Breus - è che chi dorme, per esempio, sei ore a notte, dopo un anno può arrivare a ritrovarsi con sei chili in più (così ha calcolato uno studio brasiliano). Non solo una convinzione, quindi, ma chili veri, che poi bisogna faticare per perdere. Ma prima di mettersi a dieta è necessario riprendere a dormire in modo corretto: così anche il metabolismo potrà riassetarsi e lavorare nel modo più efficiente. E bisogna anche abbandona-

re il pensiero - a volte implicito - che se si rimane svegli si è attivi e, quindi, si bruciano grassie calorie: talvolta è vero il contrario, perché ci sono alcune fasi del sonno in cui si bruciano più calorie che nei momenti di veglia. Una di queste è, appunto, la fase Rem, quella del sonno profondo, che arriva a fine ciclo ed è sempre «tagliata» da chi si sveglia troppo anzitempo. Per evitarlo il trucco è semplice: andare a letto prima, per riuscire a completare un ciclo di sette ore e mezza di sonno. E questo perché, nella maggior parte dei casi, è difficile che si possa decidere liberamente a che ora alzarsi, mentre sull'ora a cui andiamo a dormire abbiamo più controllo. Quindi: vietato ciondolare per casa, davanti alla tv (o al frigo), meglio dormire. Pensando alla bilancia.



## Vino rosso contro carie dentale e malattie gengivali

L'estratto d'uva rossa è risultato essere attivo contro i batteri che causano la carie dentale e le malattie gengivali che possono portare infezioni e caduta dei denti



L'estratto dai semi di uva rossa, così come il vino rosso alcolico e non-alcolico, sono risultati **efficaci nel prevenire le malattie dentali** (carie ecc.) e parodontali (come le malattie gengivali).

Lo hanno scoperto i ricercatori spagnoli dell'Instituto de Investigación en Ciencias de la Alimentación (CIAL), che hanno testato gli effetti sui batteri presenti nel cavo orale da parte di vino rosso, vino rosso senza alcol, vino rosso arricchito con estratto di semi d'uva, e acqua con il 12% di etanolo.

La dott.ssa M. Victoria Moreno-Arribas e i colleghi Muñoz-González I., Thurnheer T. e Bartolomé B. ricordano che le malattie dentali sono estremamente comuni in tutto il mondo. Tra queste, la più diffusa è la carie, tuttavia la malattia parodontale e la perdita dei denti sono altrettanto influenti. Tutte insieme, interessano dal 60 al 90% della popolazione mondiale.

La lotta contro queste malattie avviene tutta in bocca, laddove **si formano intere colonie di batteri** che, nel caso di cattiva igiene (e a volte anche no), si aggregano e formano il cosiddetto *biofilm* poi più difficile da debellare. La placca che si forma sui denti e l'acido prodotto dai batteri è anche quello che corrode lo smalto e provoca la carie.

La prevenzione più semplice si attua con l'uso quotidiano di spazzolino e dentifricio. Esistono anche altri aiuti come il filo interdentale, un po' meno utilizzato, e i collutori che sono tuttavia stati trovati non essere esenti da effetti collaterali: per questo motivo non sono in molti a usarli.

Partendo dai risultati di precedenti ricerche che dimostravano come i polifenoli contenuti nell'uva e i relativi estratti potessero **rallentare la crescita batterica**, gli scienziati spagnoli hanno deciso di testarli per la prima volta in condizioni realistiche. Hanno così allevato colture di batteri responsabili delle malattie dentali. Hanno atteso che creassero un biofilm e poi sono stati immersi per un paio di minuti in diversi tipi di liquidi: vino rosso, vino rosso senza alcol, vino rosso arricchito con estratto di semi d'uva e acqua con il 12% di etanolo, per confrontarne i relativi effetti.

I risultati dello studio, pubblicati sull'*ACS Journal of Agricultural and Food Chemistry*, mostrano che il vino rosso, con o senza alcol, e il vino con l'estratto di semi d'uva sono stati **i più efficaci nell'eliminare i batteri**. A conclusione dello studio, si evidenzia l'effetto antibatterico dell'uva rossa e dei suoi componenti per uso esterno – che non significa bere vino (!) – e un loro possibile utilizzo per la produzione di rimedi per l'igiene orale che siano efficaci nel combattere i batteri, prevenire le malattie dentali e gengivali, con ridotti o nulli effetti collaterali.

Italia/farmaci

"L'Avastin e il Lucentis hanno stessa efficacia"

L'Avastin e il Lucentis "non presentano differenze statisticamente significative dal punto di vista dell'efficacia e della sicurezza". Dunque, hanno la stessa efficacia nella terapia della degenerazione maculare senile. È perentoria, e contrasta con la posizione dell'Aifa, la conclusione del Consiglio superiore di sanità al quale si era rivolto il ministro della Salu-

te, Beatrice Lorenzin, il 5 marzo scorso, a seguito della sanzione di 180 milioni comminata dall'Antitrust alle società farmaceutiche Roche e Novartis ritenute responsabili di aver fatto cartello per favorire l'uso del farmaco Lucentis, più caro, rispetto all'Avastin, più economico, ma che avrebbe - come confermato anche dal Css - gli stessi effetti curativi.

Il Consiglio superiore di sanità smentisce la tesi dell'Aifa



Secondo il Css, dunque, sussistono le condizioni per l'applicazione immediata da parte di Aifa della nuova legge sui farmaci "off label", che favorisce e promuove l'uso di un farmaco per indicazioni

terapeutiche diverse da quelle autorizzate al momento della commercializzazione.

Unica raccomandazione: lo spaccettamento in condizioni di sterilità dell'Avastin, per ricavare le confezioni monodose necessarie al trattamento della maculopatia.



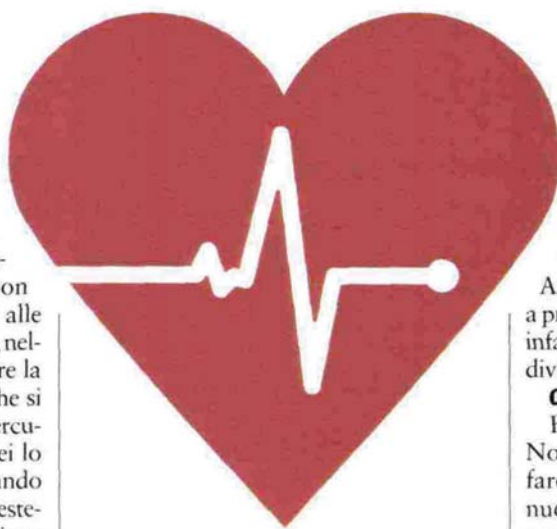


# Quanti anni ha il TUO CUORE

**Decine di scienziati. Migliaia di studi. Per trovare un test. Capace di dire se è più vecchio di noi. E quanto rischiamo**

DI FEDERICO MERETA

**A**nna è una splendida donna di trentacinque anni. Fuma da quando è ragazza e proprio non riesce a rinunciare alle sigarette. Il medico, nelle poche volte che si è fatta controllare la pressione, ha rilevato una massima che si aggira intorno ai 160 millimetri di mercurio. Suo padre è morto d'infarto, e lei lo ricorda bene, visto che era con lui quando è venuto l'attacco cardiaco. Il suo colesterolo supera di molto i 200 milligrammi per decilitro, ed è in massima parte di tipo "cattivo", cioè legato alle particelle Ldl. Anna è in gran forma: non ha una ruga, la sua pelle è liscia, in ufficio è invidiata dalle colleghe. Eppure il suo cuore è "vecchio": ha più o meno 47 anni. Nei prossimi dieci anni, il rischio di un infarto per lei è poco meno inferiore al 2 per cento. Eppure basterebbe poco per "ringiovanire" il suo cuore: un po' di jogging, un drastico calo del colesterolo da ricondurre ben sotto i 180 milligrammi per decilitro, e della pressione da far scendere sotto i 130 di massima (eventualmente, ma non necessariamente con i farmaci), l'addio alle sigarette. Così, in poco tempo, il suo cuore sarebbe ben più giovane, persino della sua



età anagrafica: avrebbe trent'anni. E Anna potrebbe aspettarsi di campare senza problemi cardiaci fino a 85 anni, e il rischio di averne nei prossimi dieci anni scenderebbe allo 0,25 per cento.

Marco ha la stessa età di Anna, e vive male come lei: un pacchetto di sigarette al giorno, il colesterolo supera i 250 milligrammi per decilitro, è iperteso. Anche lui ha avuto un caso di infarto in famiglia. Risultato: il suo cuore dimostra quasi dieci anni di più e lui si può aspettare un primo evento cardiovascolare intorno ai 66 anni. Eppure basterebbe poco: un modico calo del colesterolo - con la dieta - una riduzione della pressione arteriosa anche senza farmaci, lo stop al fumo e il

gioco è fatto. Il suo cuore guadagna almeno sei anni, con l'età "cardiaca" che arriverebbe quasi a coincidere con quella anagrafica. L'importante, per Anna e Marco, è fare presto. Più tardano a prendere contromisure, più si avvicinano infarto o ictus. E mettere a posto il cuore diviene via via sempre più difficile.

#### CALCOLATORE ON LINE

E voi? Quanti anni ha il vostro cuore? Non è un'escamotage giornalistico. A fare i calcoli e definire i parametri è il nuovo calcolatore di rischio JBS3, messo a punto nel Regno Unito grazie al lavoro combinato di 11 diverse società scientifiche, da quella dei cardiologi a quella dei medici dell'ipertensione, da chi si occupa di ictus fino ai diabetologi e ai nefrologi. Per la prima volta non è più solo il medico a poter decifrare il rischio cardiaco del suo paziente attraverso le apposite carte, ma il cittadino stesso diventa il protagonista della prevenzione.

Lo strumento è stato presentato in pompa magna sulla prestigiosa rivista "Heart". Si chiama Jbs 3 (Joint British Societies 3: <http://www.jbs3risk.com/JBS3Risk.swf>) ed è un algoritmo capace di rivelarci, per la prima volta, l'età del nostro cuore, che può essere anche dieci anni e più superiore a quella anagrafi- ▶

Infografica Daniela Zenadroni



**ALLARME UOMO, 58 ANNI**



**COSA RISCHIA:** la probabilità di avere un infarto o un ictus nei prossimi 10 anni è del 17 %  
**COSA DEVE FARE:** Abbandonare il fumo, portare il colesterolo totale a 150 (non oltre i 100 di Ldl o colesterolo cattivo) e abbassare la pressione massima potrebbe far guadagnare 7 anni senza infarti o ictus. Il rischio in dieci anni calerebbe così al 2,7 %.

**Salvavita sul web**

Per la prima volta non è solo il medico a poter calcolare il vostro rischio di avere un infarto o un ictus. Undici società scientifiche inglesi hanno messo a punto un algoritmo che vi chiede alcune informazioni cliniche di base, se avete parenti colpiti da eventi cardiovascolari e come vivete. E sulla base di questo vede quanto è vecchio il cuore e cosa potete fare per ringiovanirlo: [www.jbs3risk.com/JBS3Risk.swf](http://www.jbs3risk.com/JBS3Risk.swf)

- ETÀ** del cuore
- SIGARETTE** fumate al giorno
- PRESSIONE ARTERIOSA MAX** in mg di mercurio
- COLESTEROLO** totale in mg per decilitro



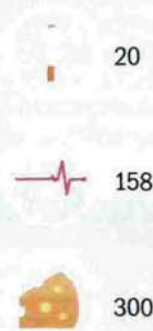
**CORRERE AI RIPARI DONNA, 35 ANNI**



**COSA RISCHIA:** Può aspettarsi di vivere senza infarti o ictus fino a 71 anni. Dopodiché, nei dieci anni successivi, il rischio è dell' 1,9 %  
**COSA DEVE FARE:** portare il colesterolo totale intorno a 180 la pressione massima a 130 e eliminare il fumo. Così la sua età cardiaca crollerà a 30 anni; e fino agli 85 il rischio di ictus o infarto è minimo ( 0,23 %)



**SPORT E DIETA UOMO, 35 ANNI**



**COSA RISCHIA:** Starà bene fino a 66 anni. Dopodiché il suo rischio di infarto o ictus è del 3,2 %.  
**COSA DEVE FARE:** Portando il colesterolo totale poco sopra i 200 e riducendo la pressione a 145, soltanto facendo attività fisica e mangiando sano, la sua età cardiaca cala a 38 anni. E potrà vivere senza infarti o ictus fino a 76 anni, col rischio che cala a 1,1 % nei dieci anni successivi.



ca. Il test può essere fatto da chi ha meno di 74 anni (dopodiché le faccende comunque si complicano) e da chi non ha già un'acclarata patologia cardiaca o comunque non è già sotto controllo medico a causa di un alto rischio cardiaco. Non solo: consente anche di ottenere un vero e proprio sguardo sul futuro della salute, definendo quanti anni senza problemi a cuore e vasi sanguigni ci possiamo attendere. Un'operazione trasparenza in pieno stile anglosassone e firmata dall'intero establishment medico di fronte alla quale non possiamo far finta di non capire: le informazioni sono tradotte in immagini facilmente percepibili, che chiariscono quanti anni di salute ci possiamo aspettare se non prendiamo provvedimenti sui fattori di rischio. Il tutto attraverso una serie di passaggi a misura di analfabeta informatico.

Completata la stima del rischio, l'algoritmo propone le contromisure. E presenta varie opzioni che devono essere adattate caso per caso: così possiamo scoprire se abbassando la pressione l'età cardiaca si modifica, se la riduzione del colesterolo può portare a risultati davvero apprezzabili, quale può essere l'impatto in termini di salute dell'addio alla sigaretta. «È sicuramente uno strumento molto convincente», spiega Paolo Bellotti, primario di Cardiologia dell'Ospedale San Paolo di Savona: «Il cittadino comprende visivamente cosa significhi davvero fare prevenzione e quanto può guadagnare in

termini di salute mettendo in atto semplici misure, in accordo con il suo medico, e non necessariamente attraverso i farmaci. Conoscere l'effettiva età del cuore significa davvero capire quanto importante può essere la prevenzione e come sia fondamentale iniziare subito, magari già in età giovanile, perché si ha davanti agli occhi quanto si allunga la propria vita».

#### NON SOLO DIABETE

Per ottenere questo risultato, i ricercatori d'oltre Manica si sono lanciati in un lavoro davvero ciclopico di revisione e valutazione dei dati. Il calcolo del rischio cardiovascolare infatti non si limita solamente ai parametri cardiaci, ma tiene conto sia del coinvolgimento di diversi organi che impattano sulla salute del muscolo più importante del nostro corpo, come ad esempio il rene, sia sull'eventuale presenza di patologie concomitanti, come il diabete o la fibrillazione atriale, che aumenta anche fino a cinque volte il rischio di andare incontro ad un ictus.

Accade così che chi utilizza lo strumento informatico - inserendo i propri dati generali, le abitudini di vita e parametri semplici come i valori di colesterolo e della pressione arteriosa - non ha solamente davanti agli occhi quanto rischia di avere un infarto nei dieci anni immediatamente successivi, ma può leggere in una semplice rappresentazione grafica il proprio punteggio. «Con Jbs3 la persona può davvero scegliere, sulla base della propria situazione, se fare prevenzione,

## SI INDICANO PRESSIONE E STILI DI VITA PER AVERE UNA FOTOGRAFIA DELLA SITUAZIONE. E LE PRESCRIZIONI AD HOC CONTRO L'INFARTO

quando e come portarla avanti, e finalmente comprende che non bisogna aspettare di aver superato i cinquant'anni per cominciare a pensare al proprio cuore», fa notare Bellotti.

Il nuovo algoritmo informatico, insomma, potrebbe diventare uno strumento estremamente efficace per dare un impulso alla guerra contro infarti e ictus cerebrali, che negli ultimi vent'anni ha conquistato una drastica riduzione della mortalità. Almeno la metà di questo successo è collegata direttamente alla riduzione dei fattori di rischio come fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, diabete, obesità, sedentarietà e dieta povera di verdura e pesce. «Ciononostante le malattie cardiovascolari rimangono la causa più frequente di ospedalizzazione e morte in tutto il mondo», osserva Filippo Crea, direttore del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari del Policlinico Gemelli- Università Cattolica di Roma. E questo accade per due motivi. Certamente perché molte persone vivono portandosi appresso i loro conosciuti fattori di rischio: continuano a fumare, mangiano male, non si curano la pressione alta, ingrassano, non fanno attività aerobica. Ma anche perché, aggiunge Crea: «Circa il 10-20 per cento delle malattie cardiovascolari non è spiegato dai fattori di rischio conosciuti».

#### ABUSO FARMACI

Resta comunque il fatto che la prevenzione cardiovascolare è il più potente salvavita mai conosciuto. E che l'opportunità di scoprire l'età del nostro cuore e dare uno sguardo al futuro ci mette a diretto contatto con le potenzialità concrete che ha cambiare il nostro stile di vita. Basta non farsi impaurire al punto da correre, invece che in palestra, in farmacia. Perché il rischio è quello di vedere

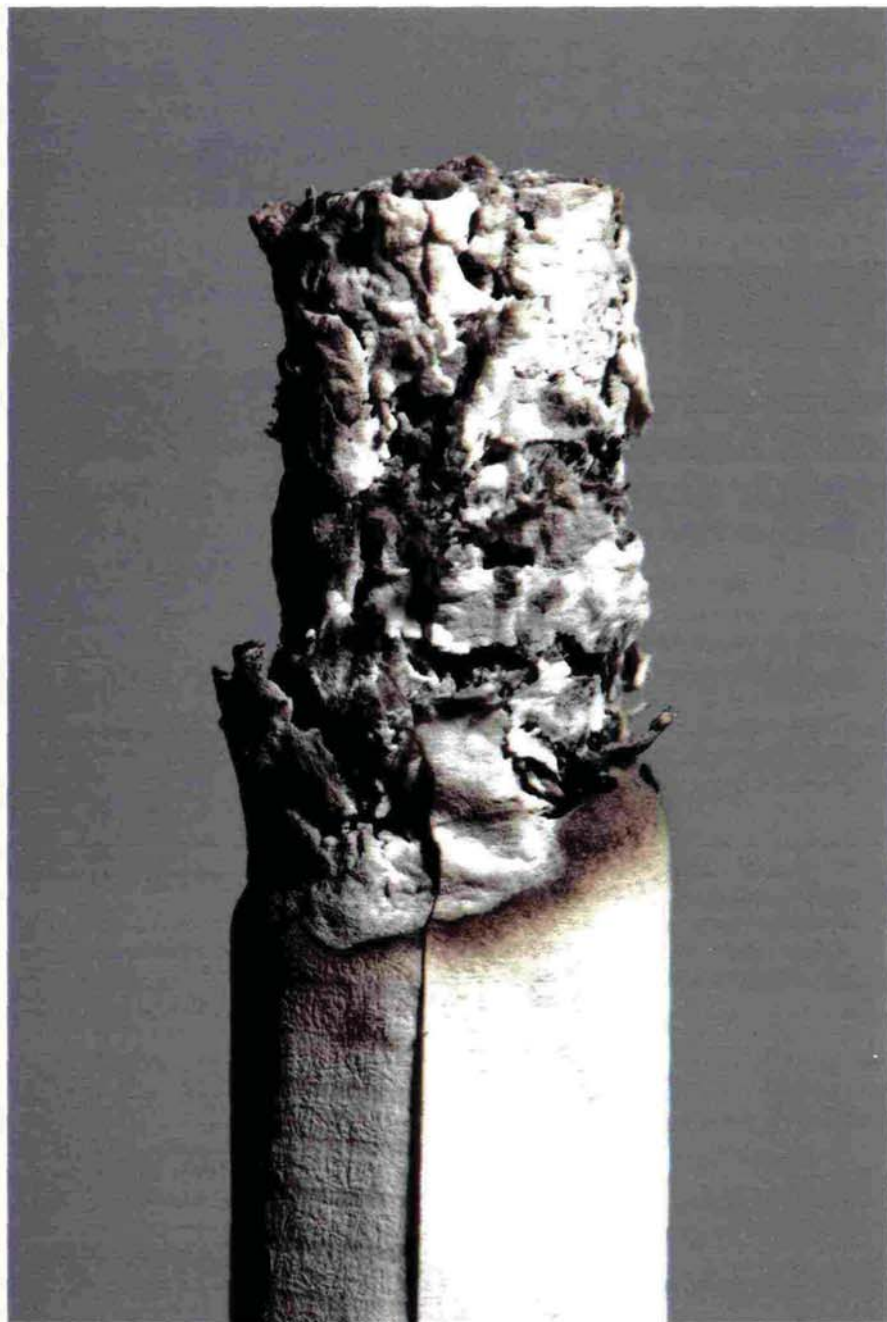
Foto: Sasse Lind - Link Image - Gallery Stock / Contrasto

## Qui ci vuole Gualtiero

Un bel trancio di merluzzo arrosto, su un lettino di bietole, con un sottile aroma di limone candito. Può capitare anche un piatto così ricercato, creato dalla fantasia dello chef Gualtiero Marchesi, alle persone che soffrono di scompenso cardiaco e si trovano ricoverate presso la cardiologia dell'Università di Ferrara. Nel reparto la buona tavola, insieme alla medicina narrativa ed ai farmaci, sono le armi per contrastare una patologia che nei prossimi anni colpirà una persona su cinque sopra i quarant'anni. La crescita esponenziale dei casi è anche figlia della buona sanità.

L'infarto era spesso mortale, mentre oggi può essere superato grazie alle terapie in urgenza come l'angioplastica e gli stent che mantengono dilatati i vasi dando sangue al cuore. «Si sopravvive sempre di più e si entra in una situazione di scompenso cardiaco cronico, che richiede un'attenta gestione da parte del medico ma anche una forte adesione alle cure da parte del paziente», spiega Roberto Ferrari, direttore della Cattedra di Cardiologia dell'Università di Ferrara, che ha creato al suo interno una cucina. Nella struttura Gualtiero Marchesi ha creato alcuni piatti speciali, puntando sulle carni bianche e i vegetali: la cucina sana, che insieme all'attività fisica è la pietra angolare della terapia per il "cuore stanco", incapace di pompare sangue. Che non va sottovalutato: almeno due malati su dieci muoiono entro un anno dall'episodio che li ha condotti in ospedale.





IL FUMO DI SIGARETTA È TRA I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

## Operazione microspia

**Il cardiologo si fa piccino piccino. Tanto che, in un futuro non troppo lontano, se ne starà comodamente alloggiato dentro il torace, a stretto contatto con il cuore. Naturalmente non si tratta di uno specialista in carne e ossa, ma della sua versione digitale: una microspia per il monitoraggio del battito cardiaco poco più grande di una moneta da un euro, applicabile in pochi minuti con una speciale siringa e in grado di monitorare in tempo reale lo stato di salute del cuore. Il dispositivo, presentato ai cardiologi italiani in occasione del congresso "Conoscere e curare il cuore" organizzato dal Centro Lotta contro l'Infarto, trasmette giornalmente via GSM a un database centrale i dati raccolti, allertando il medico in caso di parametri fuori dalla norma. Il monitoraggio del paziente ha durata di tre anni e, secondo Francesco Prati, presidente del centro e direttore dell'unità di cardiologia all'ospedale San Giovanni Addolorata di Roma, «sarà particolarmente utile per la diagnosi in pazienti con sincope, convulsioni, palpitazioni, fibrillazione atriale e aritmie ventricolari».**

**Sandro Iannaccone.**

(Esc), invece, solo due uomini su tre e il 39 per cento delle donne avrebbe avuto necessità di un trattamento farmacologico per ridurre il colesterolo.

Se sul fronte del colesterolo l'eccesso di trattamento è dietro l'angolo, per l'ipertensione la situazione non appare di molto migliore. Le linee guida Usa, infatti, prescrivono di raggiungere valori che per gli over-60, in particolare se affetti da diabete e malattie croniche, davvero difficili da ottenere senza farmaci.

Jbs3, invece, vuole andare proprio nella direzione opposta. Come sottolinea ancora Crea: «L'obiettivo non è quello di incrementare il trattamento farmacologico dei fattori di rischio, ma piuttosto migliorare lo stile di vita». E basta andare oltre la schermata con l'età del cuore calcolata per avere i consigli degli esperti inglesi. Semplicemente, di click in click. Come per scegliere un mutuo per la casa o l'assicurazione auto più conveniente. In questo caso, però, non si assicura un mezzo, ma piuttosto il motore del corpo. E il tagliando delle arterie va iniziato fin da quando si è giovani. ■

decuplicati i consumi di antiipertensivi e statine per abbassare il colesterolo inghiottiti nel tentativo di dare più anni al nostro cuore.

E stiamo parlando dei due tipi di farmaci più consumati al mondo. Pompati spesso da indicazioni mediche molto discutibili. Tanto discutibili che le linee guida per utilizzarli differiscono di molto negli Usa e in Europa dove usiamo molto meno le statine, ad esempio. A rilevare questa discrepanza è una ricerca

pubblicata su "Jama" e condotta presso l'Università Erasmus di Rotterdam. Gli scienziati, guidati da Maryam Kavousi, hanno dimostrato che seguendo i dettami delle società scientifiche d'oltreoceano (American Heart Association e American College of Cardiology) il trattamento farmacologico sarebbe stato indicato nel 96,4 per cento dei maschi e nel 65,8 per cento delle donne oltre i 55 anni. Applicando invece le linee guida della Società Europea di Cardiologia

## **TUMORE PANCREAS, 1.150 NUOVI CASI ALL'ANNO SOLO NEL LAZIO**

Roma, 22 mag. (TMNews) - Il tumore del pancreas colpisce ogni anno oltre 12mila persone in Italia, 1.150 circa nel Lazio. È una forma di cancro aggressiva e molto diffusa: eppure i cittadini non sembrano esserne informati. Il 77% non conosce i sintomi, l'88% non ha mai letto nulla in merito e il 97% non ne ha mai parlato con il proprio medico di famiglia. Ma l'81% sarebbe interessato a saperne di più. Sono i dati del sondaggio promosso dalla campagna nazionale di sensibilizzazione "PanCrea: creiamo informazione", che tocca oggi Roma, voluta in sette Regioni dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e dalla Fondazione "Insieme contro il cancro", unica nel suo genere. "Il nostro è un centro di riferimento, ogni anno trattiamo circa cento nuovi casi - spiega in una nota Francesco Cognetti, direttore dell'oncologia medica A dell'istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma - Il tour è fondamentale perché punta a informare la popolazione, soprattutto sulla prevenzione, particolarmente importante quando si tratta di una malattia molto difficile da curare. Seguire uno stile di vita sano è necessario per ridurre il rischio di cancro, anche del pancreas". Ma, secondo il 49% delle persone che ha risposto al sondaggio (oltre 1.500), una condotta equilibrata serve a poco. Forse non sanno, ad esempio, che uno dei pericoli più grandi è la sigaretta: infatti il 23% di loro fuma. Ma non solo. Il 55% non pratica esercizio fisico con regolarità e soltanto uno su dieci consuma le porzioni raccomandate di frutta e verdura. Comportamenti non corretti, su cui dobbiamo intervenire, soprattutto con l'aiuto dei medici di famiglia: loro sono in grado di notare i primi campanelli di allarme". Nell'ambito della campagna "PanCrea", resa possibile grazie al contributo incondizionato di Celgene, sono stati realizzati due opuscoli informativi, uno dedicato alla prevenzione e uno ai pazienti, oltre a un questionario per gli oncologi. "Se vogliamo aumentare le diagnosi precoci e provare a cambiare la storia di questo tumore, dobbiamo rafforzare la collaborazione con altri specialisti: l'approccio multidisciplinare per le forme metastatiche risulta invece essere 'poco frequente' per il 43% degli oncologi.



SALUTE

## Salute: dermatologi, più vulnerabili a melanoma bimbi nati in primavera

I primi mesi di vita sembrano rappresentare un periodo critico di suscettibilità all'esposizione solare per lo sviluppo del tumore della pelle

Roma Roma, 22 mag. (Adnkronos Salute) - L'incidenza del melanoma aumenta nei bambini nati durante i mesi primaverili, tra marzo e maggio. I primi mesi di vita sembrano, dunque, rappresentare un periodo critico di suscettibilità all'esposizione solare per lo sviluppo del melanoma. E' quanto emerge da uno studio le cui conclusioni sono state illustrate in occasione dell'Euromelanoma Day 2014, la campagna europea di informazione sul melanoma e sui tumori della pelle, dedicata alla prevenzione e alla consulenza di specialisti

dermatologi, promossa e realizzata nel nostro Paese dalla Sidemast (Società italiana di dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle malattie sessualmente trasmesse). Anche questa edizione si svolgerà con l'iniziativa 'L'esperto risponde': lunedì 26 maggio dalle ore 9 alle 18, si potrà chiamare da tutta Italia il numero verde 800591309, al quale uno specialista del centro dermatologico più vicino fornirà le informazioni necessarie per una corretta prevenzione e una diagnosi precoce del melanoma e degli altri tumori della pelle non melanoma. "Proteggere i più piccoli risulta quanto mai importante - afferma Ketty Peris, direttore della Clinica dermatologica Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma - perché chi si è ustionato al sole da bambino ha un maggior rischio di sviluppare un tumore della pelle da adulto; inoltre, lo studio scientifico appena pubblicato esorta a una maggiore protezione dai raggi solari per i bambini nati durante il periodo primaverile. Questi bambini, infatti, vengono esposti al sole precocemente e più a lungo rispetto a quelli nati nei mesi invernali". I tumori della pelle purtroppo possono interessare tutti pur in assenza di un fattore di rischio come l'esposizione al sole per lunghi periodi, i capelli rossi o la carnagione molto chiara, l'utilizzo di lampade solari o la presenza di più di 50 nevi. Risulta quindi fondamentale controllare costantemente la propria pelle, e rivolgersi a un dermatologo qualora si osservi la comparsa di nuovi nei o il cambiamento di quelli già presenti.

## **SSN: LORENZIN, TERAPIA DEL DOLORE PRIORITA' IN ITALIA E UE**

(AGI) - Roma, 22 mag. - Quello delle cure palliative e della terapia del dolore "e' un tema che mi sta particolarmente a cuore e che porro' all'attenzione del semestre di presidenza italiana dell'Ue. Le persone che si trovano in una fase della loro vita difficile perche' segnata dalla sofferenza, devono essere liberate dal dolore inutile, devono essere accompagnate nel loro percorso con azioni volte a migliorare la qualita' di vita e a salvaguardare al massimo la loro dignita'". Lo sottolinea il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che domani, alle ore 11.30 presso l'Auditorium di Lungotevere Ripa partecipera' alla presentazione della 13^ Giornata nazionale del Sollievo, insieme al Presidente della Fondazione Gigi Ghirotti, Bruno Vespa, la Presidente della Regione Umbria Catuscia Marini, in rappresentanza della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, e la Presidente di Federfarma Anna Rosa Racca. "Bisogna assicurare dei luoghi appropriati dedicati all'assistenza - sottolinea Lorenzin - quali ad esempio ospedali dove l'umanizzazione delle cure siano una realta', strutture dedicate alla fragilita', assistenza domiciliare. Nell'ambito dell'umanizzazione delle cure abbiamo ottenuto un risultato importante con l'inserimento del tema dell'umanizzazione tra le Linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province autonome delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Cure palliative, terapia del dolore e umanizzazione delle cure sono temi per noi cosi' centrali che li abbiamo inseriti tra gli argomenti della proposta del nuovo Patto per la salute 2014 - 2016. In un momento come quello attuale in cui vi e' una convergenza sulla necessita' di percorsi di umanizzazione delle cure e sull'esigenza di una presa in carico del paziente globale che contempli non solo la dimensione sanitaria, ma anche quella sociale e relazionale, le associazioni no profit come la Fondazione Ghirotti possono offrire un grande contributo. Alle persone che soffrono e alle loro famiglie voglio dire che il Ministero e', e sara', al loro fianco". Nel corso della conferenza saranno presentati il progetto "Rete del Sollievo" promosso dalla Fondazione Ghirotti e dall'Universita' Cattolica del Sacro Cuore, l'iniziativa "Citta' del Sollievo" ispirata dalla Fondazione Ghirotti con il patrocinio di ANCI, che vede assegnare ai comuni meritevoli che ne faranno richiesta l'attestato simbolico di "Citta' del Sollievo". A conclusione della Conferenza si terra' la premiazione dei vincitori del premio "Gerbera d'oro" quale riconoscimento annuale alla struttura sanitaria distintasi nella realizzazione di un progetto di affrancamento dal dolore inutile.



Così in un quarto di secolo la rivoluzione web ha cambiato i rapporti tra i protagonisti della sanità

# Internet, 25 anni pieni di salute

Le nuove sfide per camici bianchi, strutture, assistiti e comunicazione

## I CAMICI BIANCHI E IL WORLD WIDE WEB

«**I**l web è più un'innovazione sociale che un'innovazione tecnica. L'ho progettato perché avesse una ricaduta sociale, perché aiutasse le persone a collaborare, e non come un giocattolo tecnologico».

Così l'ideatore del web Tim Berners-Lee definiva la sua invenzione. Era il 1989 o giù di lì e da allora il mondo non è stato più lo stesso, neanche nella sanità. In un quarto di secolo la tecnologia ha continuato a evolversi e muterà ancora, ma la vera rivoluzione è nei rapporti. Tra medico e paziente, tra aziende sanitarie e professionisti, tra aziende, ancora, e utenti. Fino ad arrivare, con esiti non sempre positivi, a un'informazione "scientifica" che, veicolata troppo in fretta e senza verifiche, rischia il cortocircuito.

Non è tutto oro quello che gira sul web e che ci arriva grazie alla rete. Anche e a maggior ragione in sanità. Ma in occasione di questo compleanno per gli addetti ai lavori che qui tracciano un primo bilancio del world wide web, il bicchiere è senz'altro mezzo pieno.

Per i dottori, perché la cybermedicina consente loro quel «salto paradigmatico» che permette di andare oltre le utili ma pur sempre generiche linee guida e di riavvicinarsi, paradossalmente, al paziente.

Per le aziende produttrici di medicinali e dispositivi, oggi più che mai editrici di se stesse e delle news scientifiche indirizzate non solo ai professionisti del settore ma anche agli utenti.

Per i pazienti che - dopo 25 anni di web punteggiato anche da "bufale" - stanno imparando a difendersi, a leggere tra le righe immateriali della rete, a fare gruppo e a discernere

criticamente.

Per le aziende del Ssn che hanno scoperto i vantaggi e le sfide poste da una controparte informata e capace di barcamenarsi tra Facebook, Twitter e App.

Insomma il web «nastro trasportatore», come lo definisce uno dei nostri autori.

Al centro - dopo tante promesse, spesso non mantenute - torna il paziente/cittadino.

Ora - col web 2.0 divenuto patrimonio comune per chi offre e chi cerca salute - sono gli altri a doversi adeguare. Manager inclusi.

a cura di  
**Barbara Gobbi**  
**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La medicina «cyber» è il nuovo paradigma

**L**e opportunità offerte dallo sviluppo di internet stanno modificando radicalmente gli scenari applicativi in medicina e sanità. Siamo in presenza di una rete informatica che produce, trascina e condiziona la conoscenza, l'informazione e il metodo nell'ambito della prassi professionale, configurando un accostamento rivoluzionario nell'ambito della cura.

Questo nuovo scenario, dalle prospettive inimmaginabili, si apre in un campo in cui sono presenti plurali e ambivalenti possibilità di analisi, anche perché il fenomeno non può essere considerato neutrale, non solo nel contesto operativo in cui la medicina si organizza, ma anche nei contenuti e per i fini della medicina stessa.

Ci chiediamo pertanto se la Cybermedicina sia solo uno strumento operativo della medicina o se i suoi contenuti stiano modificando la medicina fin qui intesa, rivoluzionandola profondamente con tut-

te le conseguenze epistemologiche ed ermeneutiche tali da configurare una nuova cornice concettuale della stessa. La medicina si esprime non solo per il tentativo di conoscere la biologia umana, ma anche e soprattutto per poter intervenire su di essa, traducendo con propri strumenti e linguaggi interi arcipelaghi di problemi umani, collocandoli in una scala di valori e stabilendo di volta in volta quali funzioni o alterazioni siano normali, appropriate e accettabili.

Già oggi l'apporto dei principi concettuali dell'informatica ha modificato il pensiero biologico, assicurando un solido e innovativo supporto alla ricerca medica e alle scienze della vita. Basti pensare alle nuove possibilità di interpretazione e nuove comprensioni dei fenomeni naturali dovute ai concetti base della cibernetica.

I passaggi del pensiero biomedico sono noti: dalla morfologia degli organi e apparati alla struttura molecolare, dalla biochimica delle cellule ai legami tra geni ed enzimi e, infine, al significato informativo delle entità subcellulari. È il concetto di informazione, oggi, che ci permette di collegare la biochimica delle macromolecole alla genetica, è l'informazione la cornice concettuale dove la biologia ritrova un nuovo paradigma e conquista un campo di applicazione vasto e fecondo.

La struttura biologica è oltretutto anche un programma, per cui dalla discontinuità materiale degli esseri viventi emerge la presenza di una continuità formale che è assicurata da un processo di tipo numerico che entra a far parte del determinismo dei fenomeni naturali. Questa nuova interpretazione non è limitata solo alla genetica ma viene già usata in neurofisiologia e con prospettive interessanti anche in patologia generale. Per esempio, la trasmissione dell'immagine dalla retina al cervello non viene interpretata unicamente con un processo analogico. Si comincia a spiegare l'origine dei tumori con l'accumulo di errori nella trasmissione delle informazioni contenute nelle cellule. Ci si chiede se la senescenza sia un processo programmato oppure il risultato di un cumulo di errori di tipo

informativo.

Nei processi biologici è presente un qualcosa che è strutturato come un linguaggio determinato storicamente e che non si può ridurre alle leggi della materia e dell'energia. Il concetto informatico sta rivedendo ora anche il nuovo paradigma posto alla medicina dalla post-genomica. Basti pensare alla Metabolomica che fa riferimento ai metaboliti nelle cellule, nei tessuti e negli organi e fluidi biologici; i metaboliti, intesi come prodotto finale dell'espressione genica o dell'attività proteica (enzimi), che definiscono così, di fatto, il fenotipo biochimico di un sistema biologico nel suo insieme, così l'uomo e la vita animale. La Metabolomica quindi dà la rappresentazione reale del sistema chiarendo che le malattie non dipendono solo semplicemente da lesioni molecolari perché i geni non funzionano in isolamento, ma fanno parte di reti complesse a loro volta interagenti con le tappe metaboliche.

La complessità dei sistemi biologici dimostra come la prospettiva ontologica del malato non è solo una particolare visuale del medico nella sua prassi, ma anche una costante della scienza nella sua storia. Nelle varie epoche si è cercato di spiegare la verità biologica con i mezzi offerti dalla tecnologia che emergeva in quel momento storico come la più potente e avanzata. Così è avvenuto negli ultimi tre secoli, per cui i sistemi biologici nel diciottesimo secolo erano paragonati alla meccanica di un orologio, nel diciannovesimo secolo alle macchine termodinamiche e nel secolo appena trascorso ai computer digitali guidati da porte logiche.

Oggi nel mondo governato dal world-wide-web si è arrivati a rappresentare i sistemi biologici come un "network"; l'idea non più di un'organizzazione gerarchica top-down, dove il controllo del sistema era generato dal genoma fino ad arrivare ai livelli gerarchici più bassi rappresentati dagli aspetti fisiologici e funzionali, bensì un sistema vivente che si modifica continuamente in dipendenza dello stato fisiologico e che interagisce con l'ambiente esterno (bottom-up). Un sistema vivente in continua ri-

■ SELPRESS ■  
 www.selpress.com

sposta a stimoli chimici e/o fisici e modifiche geniche che possono svolgere un ruolo nell'adattamento a breve termine delle specie, consentendo una variabilità fenotipica reversibile. Ecco forse spiegato un certo tipo di risposta ad esposizioni ad agenti inquinanti/ambientali con l'aumento di incidenza tumorale così repentina.

Acquisire, memorizzare, distribuire, analizzare e interpretare dati diventa essenziale in ambito biologico con collegamenti sempre più importanti con la medicina. È una vera svolta scientifica che sta integrando questa disciplina con la matematica, l'informatica e la fisica. E di conseguenza la conoscenza diventa applicazione alla Salute; un orientamento generale, che parla ormai di strumenti necessari a supportare la cosiddetta medicina personalizzata che prospetta l'individuazione di nuovi agenti terapeutici e farmacologici.

Dall'informatica ci si aspetta che, una volta applicata alla biologia, sia in grado di aumentare il numero di bersagli terapeutici. Ma passando dalla conoscenza biomedica alla pratica medica ci imbattiamo in una ulteriore svolta paradigmatica. Il metodo utilizzato dalla medicina nel produrre conoscenza è da circa due secoli il metodo scientifico che ci ha permesso di individuare una norma generale di condotta stabile nel tempo, indipendente dallo sviluppo delle conoscenze e al fine di limitare gli errori e massimizzare l'efficacia dell'approccio medico.

Il problema del metodo si perde nella storia del pensiero medico. Oggi i limiti di questo metodo sono evidenti. L'idea postmoderna in medicina è sempre più propensa ad allargare il proprio studio ai determinanti di salute e agli esiti dovuti ai differenti livelli di organizzazione, a partire dal più semplice contesto sociale dell'individuo per poi arrivare al complesso livello genetico e molecolare.

Non appare pertanto adeguato il modello tradizionale, analitico, lineare, basato su sequenze prevedibili causa-effetto; appare invece necessario un modello dinamico e adattativo che è quello che ci permette di studiare la complessità e di creare efficaci interazioni dinamiche con l'ambiente e con il sistema sociale.

Ma andiamo con ordine. La medicina è, in primo luogo, informazione proveniente dal paziente. Ogni diagnosi presuppone e implica un flusso di dati che il medico deve saper raccogliere, organizzare e interpretare. Nel momento in cui il medico cerca la diagnosi per attuare una possibile terapia si confronta con innumerevoli variabili e

sfaccettature del sapere medico. È un lavoro immane che nella medicina odierna pone il medico di fronte all'incapacità di gestire da solo il flusso della conoscenza anche se, nel tempo, l'esperienza gli rende più agevole questa fatica.

Il medico oggi condivide con i colleghi i dati raccolti per ricevere referti e consulenze atte a integrare il quadro diagnostico che egli va componendo avendo sott'occhio la soggettività del malato. Tutte queste informazioni possono agevolmente essere archiviate e rese accessibili ai colleghi e ai diversi componenti della filiera della cura. Si viene via via creando un enorme data-base di dati empirici che gli "ippocratici" mai avrebbero sognato per cui l'esperienza singola può trovare analogie e differenze con altri nuovi casi clinici. L'insieme di questi casi costituisce un'informazione che può essere aggregata e validata secondo canoni epidemiologici per diventare una smisurata conoscenza analogica da impiegare a fini diagnostici e terapeutici.

Questa nuova potenzialità legata alla I&CT supera quanto prodotto nel trasferimento della conoscenza dal XX secolo in poi e si esprime in un processo di circolazione dell'informazione medica, che, in un flusso bidirezionale, parte dal paziente/soggetto per tornare al paziente/oggetto. È "la medicina dal particolare per il particolare". Questo illustra come l'uso del computer faciliti un'aggregazione di dati che permette alla pratica medica di accostarsi per la prima volta alle potenzialità del metodo induttivo che è stato il metodo ippocratico prescientifico e che meglio sembra interpretare la conoscenza ontologica del paziente.

La Cybermedicina è in grado di unificare quella tensione che sembrava insuperabile tra relazione individuale e ricerca di generalità e ciò senza sacrificare l'ontologia del malato alla generalizzazione che la conoscenza scientifica impone. Il modello della medicina imperniato sulla deduzione logica da leggi generali, di enunciati in grado di descrivere l'evento singolo, è ora oscurato dalle possibili applicazioni della Cybermedicina.

Fare diagnosi, al tempo di internet, non significa, infatti, formulare nuove teorie o dare spiegazioni partendo da leggi generali bensì ri-conoscere e ri-costruire storicamente i fatti che danno luogo alla diagnosi sulla base di alcuni modelli di riferimento, che sono i quadri diagnostici paradigmatici più volte descritti e pubblicati per mezzo delle osservazioni compiute.

Il medico opera in un continuo andirivieni, alla ricerca di analo-

gie, differenze, somiglianze, contraddizioni e sovrapposizioni, tra la costellazione delle informazioni raccolte e provvisoriamente "assemblate" (dati anamnestici e soggettivi, semeiotica, fisica, esiti degli accertamenti ecc.) e i "prototipi" di malattia raccolti e standardizzati nella letteratura scientifica (sintomi patognomonici, criteri di inclusione ed esclusione, stadiazioni cliniche, flow-chart, protocolli diagnostici ecc.). In questo oggi il medico è facilitato e potenziato nella sua prassi dalle applicazioni dell'I&CT che gli restituiscono la responsabilità totale delle sue azioni e il pieno governo delle sue scelte.

Ritengo che questo sia un vero e proprio cambio di paradigma perché è esattamente il contrario di quanto ci si propone ancora oggi ovvero la pedissequa applicazione di linee guida al di là degli specifici contesti. La Cybermedicina sta delineando un pensiero forte con un proprio fondamento epistemologico dell'operare che ci permette di affrontare i problemi medici in maniera complessiva, restituendo al medico nuove responsabilità per rispondere alla complessità dei diversi contesti in cui opera, evitando che si crei un corto circuito usurante tra medicina e società nel suo complesso.

**Maurizio Benato**  
 vicepresidente Fnomceo



**LETTERATURA E INFORMAZIONE MEDICO-SCIENTIFICA: ATTENTI ALLA SUPERFICIALITÀ**

## Ingannevole (può essere) il paper più d'ogni cosa

presidente del chapter italiano della Association  
of Health care journalists (Ahcj)

**PER LE AZIENDE UNA**

## Il manager refrattario penalizza i cittadini

«In futuro, quando Internet sarà ampiamente usata dai medici, le informazioni sui progressi con un potenziale effetto immediato sulla salute degli individui o delle popolazioni potrebbero essere comunicate al meglio attraverso questo mezzo. Ma la medicina non è la fisica: è improbabile che l'ampia circolazione di manoscritti in fisica abbia un effetto immediato sul benessere del pubblico, anche quando il materiale è distorto o falso. In medicina, una pratica di questo tipo potrebbe avere conseguenze indesiderate di cui tutti ci pentiremmo»: fa un certo effetto rileggere a distanza di quasi 20 anni la chiusa dell'editoriale pubblicato nel 1995 dai direttori del *New England Journal of Medicine* **Jerome Kassirer** e **Marcia Angell**.

L'Open Access era ovviamente di là da venire, e lo scenario sembrava chiaro: «Gli articoli delle riviste mediche sono comunicazioni tecniche intese per i medici non per il consumo da parte del pubblico», scrivevano i due. E più avanti: «La parola "pubblicazione" ha assunto un nuovo significato. Oggi chiunque disponga di un computer, un modem e un collegamento a Internet può essere editore. Le conseguenze di questa trasformazione dovrebbero spingere tutti noi della comunità medica a fermarci a riflettere». Nessuno però si fermò, e fu il *New England* ad adeguarsi alla nuova realtà in continua accelerazione, lanciando nel 1996 il proprio sito web.

Negli anni seguenti il numero delle riviste scientifiche e degli articoli pubblicati ogni anno è cresciuto con un ritmo inesorabile: oggi si stima che le riviste scientifiche - cartacee o solo elettroniche, con o senza peer-review - pubblichino annualmente oltre un milione e mezzo di articoli, con un ritmo che cresce ogni anno del 3% circa (*Plos One*, della *Public Library of Science*, ne sforna da solo oltre 30.000 all'anno) rendendo impensabile per chiunque conservare una visione d'insieme. E sollevando più di qualche dubbio sulla qualità e rilevanza - quando non sull'onestà, visto l'aumento drammatico delle retraction e delle denunce di frodi - di una così abbondante produzione. Una produzione spesso messa in rete in formati preliminari, tante volte insufficienti a giustificare la diffusione alla stampa laica.

Proprio il *New England Journal of Medicine* aveva pubblicato, nel 1991, un elegante studio caso-controllo (reso possibile da circostanze fortunate) che per primo dimostrò il ruolo dei mass media nella percezione - anche da parte di clinici e ricercatori - dell'importanza di qualsiasi studio clinico, tanto significativo da incrementarne le citazioni e quindi l'impact factor per molti anni. Lo studio si riferiva ovviamente all'era pre-Internet, ma ha contribuito a promuovere il bombardamento crescente di comunicati-stampa all'indirizzo di un sistema dei media anch'esso sempre più messo a dura prova dall'avvento della rete.

Se uno studio di *Plos One* del 2008 concludeva con un notevole understatement che «Sono desiderabili metodi per migliorare la pubblicazione e l'interpretazione dei comunicati-stampa delle aziende farmaceutiche, per prevenire una copertura mediatica ingannevole», un analogo studio del 2009 degli *Annals of Internal Medicine* bacchettava anche le istituzioni accademiche per i comunicati-stampa su «ricerche di rilevanza incerta per la salute umana». Nello stesso anno un editoriale di *Lancet* sul ruolo dei media - dopo aver citato l'interessante esperienza del *Science Media Centre* inglese (che è da tempo allo studio anche in altri Paesi, tra cui l'Italia) - concludeva scrivendo che «Il ruolo futuro del giornalismo di salute dipenderà dagli scienziati e dai professionisti sanitari che sapranno lavorare insieme e impegnarsi con i media per assicurare l'interpretazione responsabile della ricerca».

Anche grazie a Internet, in anni recenti numerose associazioni professionali di giornalisti specializzati hanno iniziato a promuovere - per così dire "dal basso" - progetti per un controllo di qualità basato principalmente sul confronto e sulla peer-review, come quello ideato dal giornalista americano Gary Schwitzer, che sull'ultimo numero di *Jama Internal Medicine* ha descritto il lavoro sistematico di revisione di 1.889 tra articoli e servizi radiotelevisivi apparsi nei principali media americani tra il 2006 e il 2013. In oltre la metà dei casi erano basati unicamente su un comunicato-stampa, e spesso esageravano i benefici ignorando il contesto e le alternative e tacendo su rischi e costi.

**Fabio Turone**

## TECNOLOGIA STABILIZZATA CHE È DOVEROSO METTERE A REGIME

**M**edico cardiologo appassionato da sempre di informatica, nel 1996 decisi di seguire a Roma un corso nel quale alcuni esperti inquadravano la filosofia del web. Nel 1993 era stato lanciato il primo browser per il grande pubblico e io da 2 anni seguivo questa nuova strana creatura.

All'epoca ero direttore medico dell'ospedale di Treviso e, cogliendo le opportunità date dall'informaticizzazione dei processi organizzativi e clinici, avevo iniziato a studiare la dematerializzazione dei documenti sanitari. In quel corso, unico medico presente, cominciai a intuire le potenzialità del nuovo approccio e iniziai a vivere uno stato di eccitazione. Passai una notte insonne e, rientrato, costituì un gruppo di lavoro che declinasse le potenzialità del web in contesto clinico e sanitario. Mi scontrai con le tipiche contraddizioni delle organizzazioni sanitarie: tanto attente alle evoluzioni scientifiche quanto resistenti alle modificazioni organizzative sistemiche. Figurarsi rispetto a un cambiamento che sovvertiva l'approccio organizzativo tradizionale fino a modificare il rapporto medico/paziente.

Mi resi conto che poteva essere per la sanità una rivoluzione come quella di Ford nel 1913. Non più il paziente nastro trasportatore e collettore di informazioni in un assetto organizzato caratterizzato da divisioni e reparti, ospedali, strutture e servizi territoriali autonomi ma una situazione dove è il web il nastro trasportatore, il centro è il paziente/cittadino e le organizzazioni sanitarie partecipano ai percorsi diagnostici e terapeutici in concerto tra loro.

I primi anni furono molto duri. Spronavo i collaboratori, convinto dell'importanza di rispondere con rapidità per essere i primi e competere sui finanziamenti di ricerca. Da innovatori abbiamo vissuto sia la difficoltà di non avere un contesto normativo maturo sia lo sforzo di convincere i decisori, non ancora pronti, a portare a sistema le soluzioni prototipali. Decisi di sfruttare la mia competenza e di applicare, collaborando con università italiane e straniere, la metodologia Hta ai progetti sviluppati. A differenza di quanto si credeva 15 anni fa, gli studi dimostrarono che l'applicazione dell'Ict consentiva risparmi anche notevoli.

Nel frattempo ero stato nominato direttore generale e, forte dei riscontri, applicai le nuove tecnologie senza aspettare che la normativa venisse a illuminare la via.

Era il 2003 e nel mondo stava per esplodere il Web 2.0. Nella pratica mi resi conto che, nonostante la validazione scientifica dei risultati ottenuti, l'interpretazione delle tecnologie innovative viste come avveniristiche frenava il cambiamento su larga scala. Decisi allora di promuovere la partecipazione a progetti europei, cercando partner accreditati per sviluppare, definire, perfezionare standard semantici e di comunicazione che, attraverso un riconoscimento più ampio, stabilizzassero gli investimenti e consentissero di coagulare altre aziende venete e internazionali per sistematizzare l'approccio e offrire le opportunità del web al maggior numero possibile di cittadini.

Eravamo nel 2005, ma questo approccio, nonostante il successo a livello europeo (Health Optimum eletto miglior progetto Ict in Europa del 2005), aveva consentito di raggiungere solo parte della popolazione veneta con servizi territorialmente disomogenei. Perciò insieme ad altri manager proponemmo ai decisori regionali di costituire Arsenal.IT, consorzio volontario tra le

aziende sanitarie venete per convergere su modelli organizzativi, standard informatici e semantica.

Fund raising, programmazione, progettazione e project management sono gli strumenti che hanno consentito di diffondere i servizi in modo omogeneo a favore dei veneti.

L'intuizione fu di mettere a fattor comune le best practice per renderle patrimonio comune di tutte le aziende su base regionale. I mezzi sono stati sperimentazioni sul documento clinico informatico (i progetti Escape), esperienze di telemedicina (teleconsulto e telelaboratorio con Health Optimum), iniziative di messa in rete delle cure primarie (Doge) e di homecare (Renewing health).

Grazie a ciò oggi i circa 5 milioni di veneti possono scaricare i referti via web, usufruiscono dei servizi in rete dei Mmg, del telemonitoraggio per pazienti cronici, della rete hub&spoke per il teleconsulto neurochirurgico e di altri servizi di supporto. Il forte commitment e il ruolo di indirizzo della Regione assunto negli anni hanno consentito, attraverso adeguati strumenti normativi e programmatici, di concretizzare una reale democrazia digitale sanitaria.

Oggi, a 25 anni dalla nascita del web, possiamo parlare di tecnologia stabilizzata. La mole di dati e informazioni resa disponibile grazie alle tecnologie e alla rete garantisce migliori servizi e percorsi di cura più "democratici". In tale contesto benefici e risparmi prodotti dall'eHealth per il sistema sanitario e per il cittadino implicano una concreta responsabilità dei decisori nell'eventuale scelta di non seguire questa strada.

**Claudio Dario**

presidente di Arsenal.IT e direttore generale dell'Azienda ospedaliera universitaria di Padova



Tito Boeri

# Atenei, la vera riforma è dare soldi ai più bravi

**L** turnover dei ministri della Pubblica Istruzione in Italia, si sa, è particolarmente elevato. Quasi immancabilmente ogni nuovo titolare del dicastero produce una riforma del sistema di reclutamento dei docenti, i cosiddetti "concorsi universitari". È un modogattopardesco per associare il proprio nome all'università, cambiando tutto per non cambiare nulla. Le regole sono state modificate già quattro volte in 15 anni, con clamorosi dietrofront dai concorsi nazionali a quelli locali e viceversa. Il nuovo ministro, Stefania Giannini, non sembra fare eccezione. Si è già impegnata su queste colonne ad un'operazione sulla carta ancora più radicale: abolire i concorsi. Ogni riforma ha dei costi elevati: richiede di investire capitale politico nel convincere rettori e rappresentanze dei docenti, crea nuove ansie a chi magari sta valutando se rientrare in Italia, aumenta l'incertezza di chi punta a una carriera nell'accademia italiana, dissuadendo dunque i migliori dal restare. Ha senso lanciarsi in questa operazione? Non ci sono altre priorità per l'università italiana?

**CONCORDO CON PIERO IGNAZI:** bisogna dare continuità alle procedure per l'abilitazione nazionale, sottoposte ad una prova durissima con il concorso dei 60 mila. Non hanno dato una prova così negativa come si vuol fare credere. Mille ricorsi su 60 mila domande (meno del 2 per cento) sono davvero pochi. Gli aneddoti di cui ha dato conto "l'Espresso" sono, appunto, aneddoti. Sfido chiunque a non trovarne di simili analizzando il comportamento di un campione altrettanto grande di assunzioni in imprese private. Studiando più a fondo i numeri e i dati sui candidati e sui commissari si scopre che il criterio preponderante per la concessione dell'abilitazione è legato al numero e alla qualità delle pubblicazioni, controllando le quali non sembra esserci una distorsione a favore dei candidati che provengono dall'università italiana rispetto agli outsider, come documentato su [lavoce.info](http://lavoce.info). Bisognerebbe ora che queste procedure si tenessero ogni anno, con numeri più

**Il concorso per l'abilitazione dei professori non è il problema. Servono incentivi economici per attirare i migliori**

piccoli, permettendo alle commissioni di fare un lavoro più approfondito e dando un segnale d'apertura a chi guarda all'Italia da fuori: sappiate che ogni anno, a settembre, c'è la procedura per l'abilitazione nazionale.

**AL TEMPO STESSO** bisognerebbe occuparsi dei problemi davvero rilevanti dell'università italiana. Che utilizzo pensa il nuovo ministro di fare della valutazione della qualità della ricerca svolta dall'agenzia per la valutazione? È stata un'impresa gigantesca e costosa che offrirebbe oggi la possibilità a un ministro che vuole davvero riformare l'università di attribuire i fondi alle varie sedi in base alla loro produttività scientifica. Quale quota del Fondo di Finanziamento Ordinario delle università vuole il ministro investire in questa operazione che vuole premiare le università più attive nella ricerca? Il governo Letta si era impegnato ad arrivare a non meno del 16 per cento nel 2014, del 18 per cento nel 2015, del 20 per cento nel 2016, e così via, fino a un 30 per cento di finanziamenti all'università basati sulla quota premiale. Intende il ministro Giannini rispettare questo programma? Andare oltre il 30 per cento e in che tempi? Darebbe gli incentivi giusti a chi deve prendere le decisioni davvero importanti, a partire dal reclutamento vero, con chiamate dalla lista di abilitati o anche al di fuori mediante contratti di diritto privato. Perché i concorsi nazionali danno solo un'abilitazione, una condizione necessaria per essere messo in ruolo. Sono poi le diverse sedi a decidere chi chiamare e chi no. E se ricevono più soldi quando

fanno bene nella ricerca, faranno di tutto per attrarre i migliori. Al punto che una volta arrivati al 50 per cento di quota premiale, si potrà probabilmente, a quel punto sì, fare a meno dell'abilitazione nazionale e magari dello stesso ministero dell'Università, limitandosi a gestire centralmente la valutazione e, sulla base di questa, l'allocazione dei fondi.

**ALTRO PUNTO CRUCIALE** è incentivare davvero assunzioni di altissima qualità, imparando le lezioni dai fallimenti dei vari programmi di rientro dei cervelli degli ultimi dieci anni. Questi offrivano incentivi temporanei in contratti altrettanto temporanei mentre l'unico modo per attrarre i cervelli è offrire contratti a tempo indeterminato. Si può prendere spunto dalla Catalogna, una regione in difficoltà economica come noi, che ha creato un'agenzia che è riuscita a fare arrivare 300 persone di altissimo livello da tutto il mondo offrendo dei contratti a tempo indeterminato. Ha intenzione il ministro di replicare questa esperienza? Il principale programma italiano di finanziamento della ricerca di base, il Prin (Progetti di Ricerca di Interesse Nazionale), è agonizzante. Quest'anno gli sono stati destinati 38 milioni a fronte dei 175 degli anni precedenti. Ha intenzione il ministro di rivitalizzare questo programma o intende come il predecessore di fatto puntare tutto sui finanziamenti europei dell'Erc (European Research Council)? Se sì, può davvero l'Italia fare a meno di un programma per la ricerca di base? Come si vede i problemi e le decisioni su cui lasciare un segno non mancano. I concorsi per l'abilitazione nazionale non sono la priorità. Si possono raffinare, ad esempio riducendo i raggruppamenti nelle varie discipline. Circa il 15 per cento dei candidati ha presentato domande a più raggruppamenti, un'indicazione del fatto che la loro numerosità corrisponde al desiderio di creare posizioni di potere piuttosto che a vere e proprie demarcazioni disciplinari. Ma si tratta di aggiustamenti abbastanza marginali che possono essere risolti con atti amministrativi. Le vere riforme sono altrove.