

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 22 GENNAIO 2014

Patto per la Salute. Lorenzin dà le cifre: "Fondo sanitario 2014 a 109,902 miliardi. E poi saliremo fino ai 122 mld del 2017"

Budget sanitario certo da qui fino al 2017, con una quota destinata alla revsione dei Lea che sarà completata in tre anni; scuola di formazione nazionale per il management sanitario; un decreto a breve per gli investimenti in sanità. Nuove politiche per i Piani di rientro. Sono solo una parte dei temi toccati dal ministro che è tornata in audizione all'Affari Sociali sul Patto per la salute, che si prevede di chiudere per San Valentino.

Poco meno di un'ora. Tanto è durata la seconda parte dell'audizione della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, in Commissione Affari Sociali, per completare l'illustrazione delle iniziative messe in atto dal ministero per la definizione del nuovo Patto per la salute ([vedi prima audizione](#)). E in questo arco di tempo, stimolata anche dalle domande dei componenti la Commissione, Lorenzin ha detto che il Patto prevede "un budget certo fino al 2017". Più precisamente (mostrando una tabella inedita ai parlamentari) per il 2014, la cifra stanziata è di 109,902 miliardi; per il 2015 la cifra è di 113,452 miliardi; per il 2016 la cifra è di 117,563 miliardi e per il 2017 è di 122 miliardi". Poi ha dato il timing del Patto. Ovvero: "Da qui a San Valentino (14 febbraio ndr.) si dovrebbero chiudere i vari capitoli che erano stati definiti". Ha annunciato un decreto a brevissimo, già concordato con il ministro Carlo Trigilia, sugli investimenti nelle strutture sanitarie. Sul tema della Governance, la ministra ha fatto sapere che "il problema non è solo dei direttori generali ma anche dei direttori sanitari e spesso le strutture non vanno perché non vanno i Direttori sanitari della struttura". Questo comporta un problema di "capacità di selezione del management sanitario" che si sta immaginando di affrontare anche con la creazione di una scuola ad hoc.

Tempistica per il Patto per la salute

"Rispetto all'ultima audizione – ha detto Lorenzin – sono accadute alcune cose. E' finita la fase consultiva del lavoro delle 10 commissioni messe in campo dalla Conferenza Stato-Regioni. Abbiamo avuto un incontro programmatico ma anche di indirizzo condiviso con le otto regioni che sono state selezionate per fare una trattativa ristretta sul Patto e abbiamo concordato un timing di date più o meno in dieci capitoli, quindi dieci gironi, divisi in due/tre appuntamenti per settimana da qui a San Valentino per cercare di chiudere il Patto nei vari capitoli che erano stati definiti".

Certezza economica fino al 2017

Lorenzin poi ha spiegato le ragioni del perché i precedenti Patti sono stati per larga parte disapplicati. "I motivi sono diversi: dalle difficoltà dei territori a realizzare i programmi di rete, a problemi di tipo sindacale, di tipo economico, però è chiaro che così non si può andare avanti. Il patto non riesce a svolgere la funzione di raccordo tra la conferenza e il governo e di uniformare verso il meglio il Sistema sanitario eliminando le criticità che ci sono e sono molto forti. Le regioni oggi invece hanno l'opportunità di poter fare un'azione di pianificazione a budget certo. La mancanza di certezza economica in passato è servita da scusa o da giustificazione per non fare. Oggi invece abbiamo un budget certo fino al 2017.

Per il 2014, 109,902 miliardi; per il 2015 la cifra è di 113,452; per il 2016 la cifra è di 117,563 e per il 2017 è di 122. Questo è il bilancio certo per il Ssn fino al 2017".

“A differenza quindi degli altri anni – ha aggiunto Lorenzin – abbiamo dei budget vincolati. Questo in passato non è successo per una serie di motivi per i tagli, per la spending review che è tutt’ora operante, per il momento sociale che stiamo vivendo. Con le regioni la proposta di base del Piano pone dei punti. Il primo è che il piano va scritto in modo tale che ci siano degli elementi auto vincolanti per le regioni e a titolo V invariato questo è un fatto che le regioni hanno accettato”.

Il secondo punto, aggiunge Lorenzin è un “nuovo modello di commissariamento, di piani di rientro. Il ministero della Salute interviene con maggiore forza dal punto di vista della gestione dei Lea con una task force che va direttamente nelle aziende non quando la crisi è già conclamata ma prima. Dai primi allarmi che abbiamo. Dopodiché arriva un gruppo che entra nell’azienda, per un tempo molto circoscritto al fine di correggere quei processi che hanno dato vita ad una disfunzione”.

Maggior controllo della Salute sulle regioni commissariate

Quindi il Patto prevede una ri-centralizzazione del controllo da parte del Ministero sul livello dei Lea. Ruolo che negli anni è venuto meno a favore di un maggior controllo del Mef. “Ma oggi, dopo quel modello di commissariamento che è stato rozzo, abbiamo bisogno di un’azione più raffinata. Le regioni devono porsi degli obiettivi di revisione della spesa interna che prevedono una centrale unica di acquisti, beni e servizi e anche la quantificazione dei costi standard, al fine di reinvestire risorse necessarie al Ssn”.

Governance

Per quanto riguarda la governance Lorenzin ha detto che il “problema non è solo dei Direttori generali ma anche dei Direttori sanitari. Spesso le strutture non vanno perché non vanno i Direttori sanitari della struttura. Quindi c’è un problema grande quanto una casa e su questo bisogna operare con un sistema di controllo puntuale. Non possiamo agire sul sistema di reclutamento delle regioni a legge vigente perché la norma prevede una selezione. Se però uno degli elementi di valutazione della *performance* è il raggiungimento degli obiettivi, si può pensare di dare degli obiettivi e remunerare gli obiettivi ottenuti. Se avviene nelle aziende non si comprende perché non si possa applicare anche all’interno di un’azienda ospedaliera”.

Selezione del management sanitario

Altra questione “la capacità di selezione del management sanitario”. Su questo Lorenzin ha detto che “c’è un deficit formativo, per rispondere a questo e al fatto che si ritiene che tutti possano fare i manager sanitari abbiamo immaginato la realizzazione di strutture di qualificazione e di selezione del management sanitario come avviene per altre professioni. Questo attraverso il centro di formazione che lo Stato ha già e gli accordi con le Università.

Investimenti nelle strutture sanitarie

La ministra ha riconosciuto la “necessità di affrontare investimenti nelle strutture sanitarie. La richiesta l’ho fatta a Carlo Trigilia, Ministro per la Coesione territoriale, nell’ambito dei fondi per interventi di sviluppo e coesione per quanto riguarda l’ammodernamento del patrimonio immobiliare e tecnologico anche del settore ospedaliero. Questo dovrebbe far parte del prossimo decreto in quanto le infrastrutture ospedaliere sono infrastrutture tecnologiche come le altre”.

La questione degli ospedali e della riconversione e chiusura

Su questo ha spiegato Lorenzin, il decreto Balduzzi si è fermato in Conferenza delle regioni. “Il problema però è in via di soluzione anche perché non possiamo uscire dal Patto senza aver risolto il problema dell’assegnazione dei posti letto”. Il patto affida anche “un ruolo centrale al piano sanitario, che diventa – ha riferito la ministra – lo strumento principe per l’azione delle regioni. Oltre al piano ruolo centrale anche alle linee guida nazionali che dovranno avere un impatto più stringente all’interno delle regioni”.

Fiscal compact

Quello del fiscal compact ha detto Lorenzin “è un tema di politica generale ma che ha un impatto sulla spesa del welfare e sanitaria che non possiamo non calcolare. Le misure che stiamo immaginando di porre in essere attraverso il patto e una razionalizzazione dell’efficientamento della spesa devono tener conto del fatto che dovremo ridurre di 50 miliardi l’anno il debito. E questo inciderà molto sulla spesa pubblica italiana. Il tema vero è come mantenere la sostenibilità del sistema per le generazioni

future. Dobbiamo capire tutti che siamo in una fase dirimente di grandi trasformazioni e, come accadde per il sistema previdenziale 15 anni fa, o capiamo ora che dobbiamo mettere in sicurezza il sistema o è difficile che questo regga”. Anche perché “stanno cambiando i modelli di cura. E questo tema non è veramente affrontato. Lo si fa solo in piccoli tavoli tecnici ma non è ancora diventato patrimonio di tutti. La medicina personalizzata è il futuro, tutti vorranno avere accesso a modelli di cura *one to one* che non costeranno alcune migliaia di euro come i farmaci chemioterapici ma 150/200mila euro. Quindi un sistema universalistico come il nostro dovrà porsi il problema di come e in quale misura garantirsi l’accesso ai farmaci. Da qui anche il tema della compartecipazione della spesa per garantire a tutti i cittadini e non soltanto a chi ha un’assicurazione la possibilità di avere il meglio. Anche il mondo industriale si sta interrogando su queste tematiche, ben cosciente che lo Stato non potrà pagare tutto. È una questione su cui noi dobbiamo cominciare a riflettere da subito”.

Spesa farmaceutica

Dopo i modelli di cura personalizzati Lorenzin ha parlato della spesa farmaceutica dicendo che “è stata abbattuta di diversi miliardi di euro con una serie di manovre. E oggi la spesa farmaceutica italiana è la più bassa rispetto ai livelli europei. Bassa al punto che i nostri farmaci hanno costruito un mercato parallelo. Questione che non possiamo ignorare: i farmaci vengono venduti all’estero su un mercato parallelo e le farmacie non sono rifornite. Quindi se da un lato la riduzione della spesa farmaceutica ha prodotto un risparmio dall’altro abbiamo un mercato parallelo e un problema sulla tenuta dei sistemi industriali”.

“La spesa farmaceutica ospedaliera – ha concluso su questo punto – continua ad essere fuori controllo dell’8%. E occorre capire se la spesa ha sfondato perché i tetti sono troppo bassi o perché qualcuno ha sbagliato. Probabilmente le due cose vanno insieme, ma ciò non toglie che gli squilibri alla fine vanno poi sanati”.

Trasparenza

“Il portale della salute è in dirittura d’arrivo. Il portale darà l’accesso a tutti i dati in modo integrato. Obiettivo è avere accesso alle informazioni”. La ministra ha poi annunciato di aver visto “la prova del Trip advisor della salute funziona ed è piuttosto d’impatto. A breve sarà sul sito del ministero almeno per quanto riguarda gli Ircss. Lì attraverso un controllo semplificato dei dati, nel massimo rispetto della privacy, l’utente per ogni singola struttura, vede e valuta”.

Ddl Lorenzin

“Io sarei più fiduciosa sulla capacità del Parlamento di legiferare. Il Ddl non è solo sugli ordini professionali e sarà un’occasione importante per vedere nel complessivo alcune norme a cui potremo agganciare a questo vagone alcune questioni che sono state sollevate. Spero che il Parlamento lo gestisca in modo veloce in modo tale da avere presto questa norma attesa”.

Decreti Lea

Ultimo punto affrontato da Lorenzin la questione Lea. “Il patto – ha concluso – deve rifare i Lea. Una delle ragioni della stabilizzazione è proprio questa. Abbiamo stabilizzato il budget per poter assegnare una quota e in tre anni revisionare i Lea, che verranno sfoltiti e aggiornati. La nuova fase del Ssn dovrà focalizzarsi sui Lea, sulla qualità della cura e sulla sostenibilità finanziaria”.

[SEGUI TUTTA L'AUDIZIONE DEL MINISTRO LORENZIN NELLA REGISTRAZIONE VIDEO](#)

CONFRONTO MINISTERO DELLA SALUTE-REGIONI

Patto per la salute: si chiude entro febbraio

Si riaprono con una tabella di marcia serrata i tavoli Governo-Regioni sul nuovo Patto per la salute. Secondo l'agenda annunciata dalla ministra **Beatrice Lorenzin** al termine dell'incontro giovedì scorso con le Regioni al ministero della Salute, il nuovo Patto dovrà chiudersi al massimo entro fine febbraio e sarà declinato in step immediatamente applicabili. Il tavolo agirà coordinandosi con quello sulla spending review guidato dal commissario straordinario **Carlo Cottarelli**. La scaletta sarà decisa dagli assessori regionali, poi si procederà su dieci tavoli in dieci successivi incontri, come previsto già da luglio scorso, ma senza la presenza di 21 Regioni per ogni gruppo di lavoro. E si tenterà di condurre in porto anche la revisione dei costi standard, sulla base delle ipotesi già formulate dalle Regioni alla fine dello scorso anno, ma con un quadro più preciso sugli impatti. I dieci temi: dispositivi medici, assistenza ospedaliera, personale dipendente, cure primarie, piani di rientro, mobilità e tariffe, edilizia sanitaria, integrazione sociosanitaria, rapporti Ssn-Università, ricerca sanitaria.

«La riunione - ha sottolineato Lorenzin - è andata molto bene. Ci siamo visti con il comitato ristretto e siamo d'accordo su due punti principali: il nuovo Patto deve contenere visione e pragmatismo». Visione, ha chiarito Lorenzin, vuol dire «avere l'ambizione di traghettare un progetto di pianificazione del Servizio sanitario nazionale che regga alle sfide attuali e dei prossimi anni. La prima sfida è quella della sanità transfrontaliera e la seconda è la sostenibilità del Ssn a fronte delle crisi economiche e del problema demografico, con una popolazione sempre più vecchia e che sta cambiando il suo fabbisogno di salute». La seconda parola d'ordine, il pragmatismo, dovrà segnare un deciso cambio di rotta rispetto al passato: «Fino a oggi i Patti per la salute sono stati attuati al 40-50 per cento. Questo deve essere un patto concreto, con impegni stringenti da parte delle Regioni in accordo con il Governo per fare le cose che si sono dette. Quindi anche con un sistema di verifica e di monitoraggio».

Sarà infatti necessario un maggior controllo da parte del ministero. «È emersa da parte di tutte le Regioni - continua Lorenzin - l'esigenza di un rafforzamento dei controlli da parte del ministero della Salute sugli aspetti sanitari, i Lea e sul coordinamento scientifico della prevenzione. Sono molto contenta di questa richiesta perché ci dà la possibilità anche di rispondere alle nuove esigenze epidemiologiche che abbiamo nel Paese».

Rosanna Magnano



FARMACI: LORENZIN, CAPIRE PERCHE' SPESA OSPEDALIERA SFORA TETTO

Roma, 22 gen. (Adnkronos Salute) - La spesa farmaceutica italiana "è sotto controllo per quanto riguarda la parte territoriale, mentre quella ospedaliera c'è uno sfondamento rispetto al tetto prestabilito. Ora bisogna capire se ha sfiorato perché il tetto è troppo basso o perché ci sono stati errori di organizzazione, oppure entrambe le cose, ed è un tema che stiamo cercando di riportare in equilibrio. Prima di rivalutare il tetto, bisogna capire perché la spesa sfora". Lo ha spiegato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, a margine di un' audizione alla Camera.

"La spesa farmaceutica in Italia - ha poi sottolineato il ministro - ha avuto un abbattimento di diversi miliardi, oggi è fra le più basse in Europa tanto che si è creato un mercato parallelo, consentito dalla legge anche se non si può ignorare che le forniture intermedie non riforniscono le farmacie per servire i cittadini italiani". Per contrastare il fenomeno, ha ricordato il ministro, "stiamo lavorando su più ipotesi normative da inserire nel quadro del recepimento della direttiva europea sulla vendita on line dei farmaci".

Inoltre, ha ricordato Lorenzin, "per mantenere in Italia livelli adeguati di innovazione e ricerca siamo intervenuti con emendamenti che hanno controbilanciato la situazione per mantenere le linee di investimento. O si dà una certezza regolatoria e normativa o è difficile che vengano fatti investimenti nel nostro Paese". Infine, per il futuro "occorre affrontare il tema della medicina personalizzata, che oggi viene toccato solo in piccoli tavoli tecnici. Trovo che quello dei farmaci generici o degli innovativi sia oggi un argomento ' giurassico', perché presto tutti vorranno accedere alle terapie mirate che non costeranno più 7-8.000 euro a ciclo come i chemioterapici attuali, ma 150-200.000. E bisogna porsi la domanda, anche con il mondo industriale, di come garantire ai cittadini il meglio che c'è, ponendo anche la questione della compartecipazione alla spesa sanitaria".

L'antica strategia del "disease mongering" per creare nuovi mercati di potenziali pazienti

I sani nel mirino delle cure

Avanza la nemesi medica di Ivan Illic - E la diagnosi resta la malattia più diffusa

DI DONATELLA LIPPI *

«**L**e persone sane sono malati senza saperlo».

Nel paesino di Saint-Maurice, il Dottor Parpalaïd, medico condotto, decide di cedere il posto a un giovane collega, il Dr. Knock che, deluso dallo stato di buona salute degli abitanti del villaggio, si rende disponibile per consultazioni gratuite, durante le quali insinua nei suoi interlocutori l'idea di essere ammalati.

Per tutti, prescrive terapie di lungo corso, alleandosi col farmacista e trasformando il municipio in una clinica.

Parpalaïd, venuto a sapere della situazione, cerca di recuperare il suo posto, ma l'oratoria di Knock è tale da convincerlo di essere ammalato e di doversi far curare...

Correva l'anno 1923 e l'idea di applicare la pubblicità alla medicina, in un'epoca in cui le prime reclames intensive venivano favorevolmente esportate da oltre Atlantico in Europa, e la capacità suasoria di Knock di piegare la mente di tutti, che sembrava preludere alla instaurazione delle grandi dittature europee, garantirono il

successo a una pièce teatrale, che giocava su quello che pareva essere un vero e proprio paradosso.

La circostanza immaginata da Jules Romains in "Knock, ovvero il trionfo della medicina", era, invece, tragicamente premonitrice.

Ci ha messi in guardia, più di vent'anni fa, anche Ivan Illich in "Nemesi Medica", disegnando il rischio di trasformare, in un futuro prossimo, tutte le persone in buona salute in altrettanti - più o meno potenziali - malati.

Mentre un tempo si inventavano medicinali contro le malattie, ora si inventano, infatti, malattie per generare nuovi mercati di potenziali pazienti.

Nel 1976, Henry Gadsen, allora direttore della casa farmaceutica Merck, dichiarò alla rivista Fortune: «Il nostro sogno è produrre farmaci per le persone sane. Questo ci permetterebbe di vendere a chiunque».

A distanza di più di 30 anni, il suo auspicio sembra essersi realizzato: camuffate, spesso, con l'abi-

to della prevenzione, le strategie di marketing farmaceutico hanno infatti oggi come target non il malato, ma la persona sana.

Per poter mantenere inalterato il mercato degli anni passati, sostenuto da mutualismo e gratuità, l'industria della salute deve rivolgersi alle persone sane.

Questo fenomeno prende il nome di "disease mongering" ed è una pratica insidiosa, spesso invisibile, che può comportare il rischio di scelte terapeutiche inadeguate, malattie iatrogene e danni alla sostenibilità economica del sistema sanitario, sottraendo risorse utili.

«Chissà come la gente moriva prima dell'invenzione di tante malattie?» (S.J. Lec)

Tre sono i piani su cui queste strategie morbigeno agiscono: il piano quantitativo, che prevede l'abbassamento dei parametri che definiscono la frontiera del "patologico" (a esempio, nel caso di ipercolesterolemia, ipertensione, diabete); il piano temporale, che consiste nella promozione e nella diffusione di pratiche di screening, la cui efficacia è incerta oppure non ancora dimostrata; il piano qualitativo, che trasforma in condizioni medico-sanitarie situazioni che dovrebbero far parte della normalità della condizione umana (G. Domenighetti).

Anche la vecchiaia, come già diceva Terenzio (Senectus ipsa morbus est) è diventata un morbo...

Non a caso, nel 2002, la prestigiosa rivista Bmj ha pubblicato una "Classificazione internazionale delle non-malattie", contenente più di 200 condizioni ritenute a torto come patologiche, camuffate da aulica terminologia medichese: in questo modo, la timidezza che impondeva le guance, è diventata Disturbo d'ansia sociale e noia, forfora, calvizie e menopausa si sono caricate di funesti presagi, invocando specifici trattamenti.

Oltre a inventare nuove malattie e a medicalizzare condizioni fisiologiche, allora, il disease mongering, focalizzando un'attenzione esclusiva su soluzioni farmacologiche o tecnologiche, esclude una comprensione ampia delle dinamiche, che ruotano intorno alla salute, nel suo vent-

glio di implicazioni biologiche, psicologiche e sociali, approfittando del fatto che «il desiderio di prendere medicine è forse la più grande differenza fra l'uomo e l'animale» (W. Osler).

Su questa debolezza, giocano le campagne di marketing dei nuovi prodotti, in un gioco di tacite alleanze tra settore farmaceutico, medici, opinion leader e mezzi di comunicazione.

Ma non è un caso che il termine greco che indicava il "capro espiatorio", fosse phàrmaikon (????) e che, da esso, derivi il nostro lemma col significato di "medicina".

Già nell'antichità, l'osservazione aveva evidenziato che il phàrmaikon può svolgere un effetto benefico o nocivo, in relazione alle quantità impiegate e alle reazioni individuali: le dynámeis del farmaco, le sue potenzialità - e i suoi effetti, quindi - dipendono dagli dèi e dalle mani di chi le somministra, ma, soprattutto, dalla purezza del medico, proprio perché il phàrmaikon ha un profondo valore religioso e ambivalente, che ancora oggi sopravvive nella parola inglese drug.

E il rimedio deve corrispondere alla malattia, da cui è strettamente dipendente: Ippocrate (V sec. a.C.) raccomandava il ripristino dell'equilibrio, in una concezione della malattia come discrasia umorale; salus e salvezza erano cercate, nel Medioevo, all'interno dei santuari... ogni epoca e ogni corrente di pensiero ha disegnato un diverso concetto di cura, proponendo diversi trattamenti e terapie, prescrivendo rimedi e farmaci, calibrati sull'idea principe di malattia.

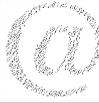
In realtà, come la storia di oggi ci insegna, «una delle malattie più diffuse è la diagnosi» (K. Kraus).

* Storia della medicina
 Università di Firenze

FLOP LOCALI, DISASTRI SERIALI

Troppe poltrone, basterebbe solo un'Agenzia

IN RETE



**Lazio e Calabria:
 i verbali sui piani
 di rientro**

www.24oresanita.com

La sanità si caratterizza perché tutti vi girano intorno senza affrontare concretamente il problema. Senza sancire la sua reale inconsistenza nel 50% del Paese. Finalmente, la politica (Faraone, Pd) ha deciso di interessarsene organicamente (Il Sole 24 Ore dell'11 gennaio 2014).

Al di là delle cose da fare, emerge un dato incontrovertibile: le Regioni sono inadeguate a gestire la salute.

A fronte di quella che ce la fa, nonostante non si sia accorta per anni di buchi plurimilionari di qualche sua Asl, seppure collaborata da certificazioni contabili a regime e advisor di "alto rango"; di quella che va bene grazie a decine di Irccs, prevalentemente privati, di grande valore scientifico e a una mobilità attiva di circa mezzo miliardo di euro, ci sono quelle che non ce la faranno mai, perché commissariate da sempre e per sempre.

Tra le Regioni in profondo rosso, che contano circa 30 milioni di cittadini, Lazio e Calabria sono state bocciate sonoramente dal Tavolo Massicci e dal Comitato permanente per i Lea, anche relativamente al 2013.

Un problema che si ripete da anni e nei confronti del quale nessuno ha messo mano. Tant'è che i verbali di fine anno appaiono essere la fotocopia l'uno dell'altro. Un po' quello che succede con gli atti di programmazione sanitaria, che non ci sono più da tempo, sostituiti da meri documenti ragionieristici, peraltro scandalosamente simili, che fanno tanto male alla qualità dei servizi e non affatto bene allo stato dei conti di esercizio, sempre in deficit, nonostante il blocco del turnover che massacrà l'esigibilità uniforme dei Lea.

Fatte queste premesse, vengono naturali alcune domande, nei confronti delle quali i cittadini attendono, da tempo, le risposte.

La prima, se le cose vanno così male, perché si mantengono gli stessi commissari (peraltro la gran parte coincidenti con i presidenti di Regione responsabili, quantomeno pro quota, degli originari danni) e gli stessi sub commissari?

Direttamente connesso con la prima è il secondo interrogativo. Perché si continuano, addirittura, a vendere per nuove figure sub commissariali usate, che hanno già fatto male in alcune Regioni e assumono, invece, caratteristiche salvifiche altrove?

Ancora: perché si mantengono a spese degli italiani (nonostante la presenza retribuita dei revisori aziendali e di quelli regionali di nuova istituzione), gli advisor

(oramai riuniti in cartello al fine di evitare inutili concorrenze) dai costi plurimilionari che, stante alla lettera dei verbali, non servono a nulla?

Perché non si cambia il sistema di controllo centrale, dal momento che quello esistente glissa su tutto infrannualmente salvo, poi, attestare la disfatta a fine anno, allo scopo di giustificare la sua persistenza?

Perché concentrare nell'Agenas la programmazione, espropriando il ruolo istituzionale delle Regioni, nonostante le deficienze organizzative e pianificatorie acclamate in tale senso dal Tavolo e dal Comitato?

Considerati i problemi e le risposte che non arrivano, ben venga la riassunzione dei poteri in capo allo Stato. Ma davvero!

Se così è (e ciò comincia a essere condiviso da un esponente di primo piano del Pd), che ci sta a fare ancora l'aziendalizzazione? Perché non pensare ad agenzificare il sistema? Perché non individuare 21 agenzie regionali che fanno capo a una Agenzia nazionale, tipo quella delle Entrate?

Un modo che consentirebbe finalmente di sottrarre la gestione della salute alle angherie della politica, agli appalti truccati e all'occupazione della delinquenza organizzata. Ma anche per costituire filiere regionali ospedaliere uniche che:

- da una parte, eviterebbero quella assurda offerta al ribasso della qualità prestazionale prodotta dai presidi dipendenti dalle aziende del territorio rispetto a quella delle aziende ospedaliere/universitarie, sì da rendere il tutto legittimamente concorrenziale con il migliore privato accreditato;
- dall'altra, realizzerebbero un mercato di species d.o.c., rendendo tutti gli erogatori di livelli assistenziali ospedalieri - da retribuirsi tutti a produzione e non già economicamente assistiti, come avviene ancora sovente, a prescindere dalle prestazioni rese - soggetti di mercato contrattualmente contrapposti alle aziende di territorio, in quanto tali legittimate a spuntare nei loro confronti i migliori prezzi.

Ettore Jorio
 Università della Calabria

ricerca

«La medicina non può creare false speranze»

«È un momento cruciale quello che stiamo vivendo: non solo per il sistema sanitario italiano ma per il panorama globale. A trasformazioni di questo tipo si arriva solamente in armonia con i principi di base quale il rigore, la trasparenza, l'attenzione alla sofferenza, l'etica della professione medica». Così Mauro Ferrari, lo scienziato italiano che ha inventato la nanomedicina, chiamato dal ministero della Salute a presiedere la Commissione per valutare il protocollo Stamina, ha lasciato intravedere che la risoluzione della complicata vicenda che da mesi è alla ribalta della cronaca italiana, ha una valenza generale per avviare un processo nuovo e migliorativo di tutto ciò che concerne l'applicazione della scienza. «L'obiettivo finale è stare al servizio di chi soffre. Mi ripropongo di abbassare le tensioni ripristinando il più possibile un'atmosfera di fiducia e di dialogo», ha proseguito Ferrari illustrando il principale scopo se la sua «missione» sarà confermata. Al centro, il concetto di medicina al servizio dell'uomo, ma anche altri autorevoli esperti hanno voluto offrire spunti per tenere alto il dibattito.

Paolo Bianco, direttore del Laboratorio cellule staminali dell'Università La Sapienza di Roma, ha sottolineato le responsabilità politiche nella gestione della sanità pubblica, gli errori gravissimi che possono essere commessi quando scienza e politica non rimangono ciascuna nell'area che gli compete. «Anche la scienza deve restare nel proprio ambito. Non è un compito politico o di comunicazione quello di un comitato scientifico».

I media rimangono il luogo privilegiato dove si avvia la discussione bioetica e hanno una grande responsabilità. Questo hanno voluto ribadire i ricercatori Elena Cattaneo, Michele De Luca e Gilberto Corbellini, denunciando episodi di comunicazione errata e faziosa in programmi televisivi. «No a irresponsabilità nella pratica della libertà d'informazione, da cui sono venuti danni irreparabili a persone e

alla sanità pubblica», hanno affermato in un'editoriale. «Le competenze occorre affidarle a quei mezzi di comunicazione capaci di cogliere il significato civile e la responsabilità sociale del loro ruolo». Esiste, dunque, una responsabilità comune dell'operatore scientifico e dell'operatore dell'informazione per ciò che riguarda la diffusione di una conoscenza precisa e oggettiva, che includa l'attenzione ai limiti e alle conseguenze di determinate scoperte o procedure scientifiche, per non estendere illusoriamente le possibilità della medicina. Silvio Garattini, a capo dell'Istituto Mario Negri di Milano, ha voluto ricordare la lunga e complessa strada per passare da un'idea a un prodotto farmaceutico. «Queste regole, che valgono per tutti i farmaci, non sono il frutto delle elucubrazioni di un gruppo di burocrati, ma il risultato di decenni di miglioramenti della qualità della sperimentazione per proteggere la salute e i diritti dei malati. No alle terapie segrete di cui non si sa nulla: in un paese normale queste cose non accadono».

Alessandra Turchetti



PRESENTATO IL «LIBRO BIANCO» DELL'AVIS

L'80% degli italiani dona sangue con costanza

Basilicata con la più alta percentuale di donatori. Campania e Lazio indietro rispetto agli standard richiesti dalla Ue

NOTIZIE CORRELATE

«Gli italiani sono tra i migliori donatori di sangue in Europa. L'80% di loro lo fa periodicamente e con costanza, consentendo così maggiore sicurezza al paziente che riceverà la trasfusione e favorendo, nel volontario, l'assunzione di un stile di vita sano e consapevole che ottimizza il funzionamento di tutto il sistema di raccolta». A dirlo è Vincenzo Saturni, presidente nazionale dell'Avis (Associazione Volontari Sangue), nella presentazione del «Libro Bianco» che fotografa analisi e prospettive dell'organizzazione nel contesto nazionale. «Un punto di forza dell'Italia, che ci vede al secondo posto in Europa, è il nostro straordinario patrimonio di fidelizzazione dei volontari, definiti dalla legge come veri e propri operatori sanitari perché concorrono al raggiungimento dell'autosufficienza nazionale», spiega Saturni.

BASILICATA AL TOP - Con oltre 256mila donatori di sangue - emerge dal rapporto presentato alla Camera dei Deputati - la Lombardia si conferma la regione più generosa. Ma, rispetto alla popolazione residente, quella con la percentuale più alta di donatori è la Basilicata (5,84%), seguita da Umbria (5,44%) ed Emilia Romagna (5,43). A favorire il risultato, il forte radicamento dell'associazionismo sul territorio, definito da Saturni «uno dei valori aggiunti del sistema sangue italiano». In particolare è proprio l'Avis, nata nel 1927, la principale associazione del settore: presente in 3.254 comuni italiani, rappresenta il 71% dei donatori italiani e garantisce il 79% del fabbisogno nazionale.

I NUMERI - In generale, nel 2012, le donazioni sono state 3 milioni e duecentomila, in crescita dello 0,19% rispetto al 2011 e di oltre il 5% rispetto al 2009. La fascia d'età maggiormente sensibile a questa forma di volontariato è quella compresa tra i 36 e i 45 anni, che rappresenta il 27% del totale dei donatori, subito seguita dalla fascia 46-55 (23%). Meno attivi i giovani sotto i 25 anni (13%). In particolare a donare sono gli uomini, che rappresentano il 67% del totale, non tanto per maggior generosità quanto per minori criteri di esclusione: possono donare fino a quattro volte l'anno, mentre le donne in età fertile non più di due.

ITALIA DIVISA - Qualche problema c'è nell'accreditamento dei centri di trasfusione sangue rispetto ai parametri chiesti dall'Unione Europea, che prevedono il rispetto di una serie di caratteristiche e requisiti di sicurezza e qualità. «Le regioni del Sud e in particolare quelle in piano di rientro procedono lentamente. L'obiettivo, da raggiungere entro dicembre 2014, vede Lazio e Campania ancora ai blocchi di partenza»

spiega Giuliano Grazzini, direttore del Centro Nazionale Sangue. Il federalismo divide e le regioni procedono in ordine sparso: Friuli Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta e Liguria hanno già portato a termine il percorso e hanno tutti i centri accreditati secondo standard europei, seguiranno a breve anche Emilia Romagna e Toscana. Lavori in corso, a diverse velocità, in Lombardia, Piemonte, Marche, Umbria, Puglia, Calabria, Basilicata, Sardegna e Sicilia, che dovrebbero raggiungere l'obiettivo entro i tempi previsti.

PLASMA PREZIOSO - «Preoccupano, invece - ribadisce Grazzini - Lazio e Campania. In particolare in quest'ultima dobbiamo rilevare una difficoltà a livello di amministrazione regionale a comprendere il messaggio, ovvero il rischio di perdere la possibilità di utilizzare il plasma donato, con un riflesso inevitabile sull'intero sistema trasfusionale italiano». La conseguenza per le regioni che non arriveranno pronte al traguardo, infatti, è di non poter utilizzare il plasma, preziosa materia prima per realizzare farmaci salvavita che servono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, come immunoglobuline, albumina e fattori antiemofilici. Mentre l'Italia è al terzo posto a livello europeo per la produzione di plasma ad uso farmaceutico, ovvero emoderivati, la quantità di plasma di cui disponiamo grazie alle donazioni non arriva a coprire il fabbisogno nazionale. E rischia di calare, nel 2015, se le ragioni non si adegueranno alla normativa comunitaria. Per questo, «a partire da fine gennaio - assicura Grazzini - avvieremo un monitoraggio mensile, come richiesto dal Ministero della Salute».

LA DIETA GIUSTA - Come prepararsi alla donazione? «È consigliabile - secondo Lisa Baesso, biologa nutrizionista - una dieta ricca in ferro e liquidi e povera in grassi. Non serve andare a stomaco vuoto, anzi, una colazione leggera a base di succhi, spremute e fette biscottate va benissimo. Anche i vegani non sono esclusi, per loro il ferro è assimilabile da legumi, spinaci e frutta secca, ma meglio aggiungere succo di limone a questi alimenti perché la vitamina C facilita l'assorbimento di ferro, a differenza di caffè e tè, che andrebbero assunti separatamente».

stampa | chiudi

Trapianti, proposta shock del Nobel Becker: "Mercato legale dei reni contro liste d'attesa"

La provocazione dell'economista per far aumentare il numero di organi disponibili e per contrastare il mercato illegale che sfrutta la miseria. D'Avack (Cnb): "Eticamente inaccettabile". Costa (Cnt): donazione deve essere libera e gratuita



ROMA - Rendere legale il mercato degli organi; in particolare dei reni. Una proposta shock destinata a far discutere. Se, poi, ad avanzarla non è un medico né uno scienziato, ma un'economista premio Nobel, la polemica è scontata. "L'unico modo per aumentare la disponibilità di reni per i trapianti è permettere alle persone interessate di vendere un proprio rene, in un vero e proprio mercato, con prezzi fissati dall'autorità pubblica": è quanto sostiene Gary Becker, premio Nobel proprio per aver dimostrato come le leggi del mercato si applichino anche ad altri campi della vita quotidiana (medicina compresa), in un articolo apparso sul Wall Street Journal.

Il sistema, scrive Becker in un editoriale firmato assieme al collega argentino Julio Elias, sarebbe applicabile anche ad altri tipi di trapianti, con pagamenti anche a chi acconsente a farsi espianare gli organi dopo la morte.

L'articolo parte dalla considerazione che negli Usa la lista di attesa per i trapianti dura 4/5 anni, il doppio rispetto ad appena dieci anni fa, e che le politiche per incentivare i trapianti da consanguinei o i cosiddetti 'trapianti domino', con lo scambio di organi tra membri di famiglie diverse compatibili, non riescono a ridurre le attese e i costi connessi. "Nessuno dei metodi in uso oggi è in grado di eliminare la carenza di reni - scrivono gli autori - mentre invece pagare i donatori per i loro organi ci riuscirebbe". Un'analisi che fissa anche un ipotetico prezzo: con circa 15mila dollari (più o meno 11mila euro) il numero di organi disponibili crescerebbe molto senza incidere eccessivamente sul costo del trapianto.

Un identico ragionamento potrebbe essere fatto per gli altri organi. "La presunta immoralità di un mercato degli organi - afferma Becker - andrebbe confrontata con la possibilità di evitare la morte dei pazienti in lista d'attesa".

Ma, come prevedibile, la proposta ha scatenato una serie di reazioni decisamente avverse. In Italia, ad esempio, il vicepresidente del Comitato nazionale di bioetica (Cnb), Lorenzo D'Avack, interpellato dall'Ansa, definisce "eticamente inaccettabile" lo scenario prefigurato da Becker. "Ciò implicherebbe - sostiene D'Avack - lo sfruttamento delle categorie più deboli a vantaggio di quelle più forti. Non sarà mai, infatti, la persona ricca a decidere di vendere un rene bensì a farlo sarà sempre la persona povera, spinta da necessità".

D'Avack ammette che l'apertura del mercato effettivamente contribuirebbe a ridurre le liste d'attesa, ma il solo

pensarlo è assurdo: "La società - sottolinea - deve pagare un prezzo se vuole rimanere nel rispetto di alcuni principi etici; se così non fosse, di fronte alla prospettiva di poter migliorare una situazione, qualunque cosa potrebbe essere ammessa". Al contrario, sottolinea, "viviamo in una società in cui la quasi totalità dei Paesi ritiene che il corpo sia fuori dalle pratiche di commercio".

La proposta di Becker, però, avrebbe il pregio di rendere 'trasparente' una pratica che nella realtà esiste già ed è sempre più diffusa nella più totale illegalità. Secondo una recente stima dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), infatti, almeno il 10% di tutti i trapianti di rene a livello mondiale sarebbe frutto di un traffico illegale che, nella migliore delle ipotesi, sfrutta la miseria e la disperazione dei 'donatori'.

E' in Asia e Sud America, secondo gli esperti, che il fenomeno del traffico di organi raggiunge i livelli più preoccupanti, mentre sta crescendo sempre più la rilevanza della Rete come piazza del business: da un'analisi recente fatta sul social network Orkut, ad esempio, è emerso come vi fossero almeno 35 comunità virtuali che ospitavano annunci di ricerca o vendita di un rene. I gestori di Orkut, all'epoca della ricerca, precisarono di aver cambiato le regole e cancellato quelle microcomunità dove esplicitamente si poteva verificare la vendita di organi.

Anche Nanni Costa, presidente del Centro nazionale trapianti, boccia comunque

la provocazione di Becker: "Da noi il principio è totalmente diverso - sottolinea - . Per noi la donazione degli organi deve essere un atto 'libero e gratuito'. Una parte del corpo umano non andrebbe mai venduta, non solo per i principi cristiani, ma per qualunque etica. Inoltre, dal punto di vista della sicurezza un mercato del genere sarebbe pericolosissimo, perché chi vende lo fa sempre per necessità, e questa porta a nascondere eventuali problemi di salute".

http://www.repubblica.it/salute/medicina/2014/01/20/news/nobel_becker_mercato_dei_reni-76481277/

FRANCIA: VOTATO CONTROVERSO TESTO PER SEMPLIFICARE ABORTO

(ANSA) - PARIGI, 22 GEN - E' stato votato nella notte dal Parlamento francese il controverso testo di riforma della legge sull'aborto. Il testo modifica in parte la legge del 1975, che porta il nome di Simone Veil, all'epoca ministra della Sanita'. Il nuovo articolo semplifica il ricorso all'aborto cancellando la condizione per cui una donna debba essere in stato di "estremo disagio" per ricorrervi. Una menzione giudicata "obsoleta" dalla ministra socialista delle Pari opportunita', Najat Vallaud-Belkacem. Il nuovo testo prevede che una donna possa abortire perche' "non intende portare a termine la gravidanza". La riforma, per la quale hanno fatto blocco socialisti, ecologisti ed estrema sinistra, era combattuta da una parte dell'opposizione di destra, che teme una "banalizzazione" dell'aborto e un'inutile "frattura" della societa'. (ANSA).

STIMOLAZIONE ELETTRICA NERVI FUNZIONA CONTRO MAL DI TESTA

(AGI) - Las Vegas, 22 gen. - La neurostimolazione sottocutanea, una tecnica che prevede l'uso di uno o piu' elettrodi per lenire il dolore, e' efficace contro il mal di testa cronico, ed e' in grado di abbassare notevolmente il ricorso ai farmaci. Lo afferma uno studio presentato a Las Vegas al meeting della North American Neuromodulation Society da Paul Verrills della Metro Spinal Clinic di Melbourne. Lo studio ha coinvolto per oltre 4 anni 83 pazienti che soffrono di mal di testa, a cui sono stati impiantati uno o piu' elettrodi sottocutanei nelle zone dove avevano piu' dolore. Di questi, 60 hanno detto di avere avuto un miglioramento in seguito all'innesto e 41 hanno riportato un miglioramento di oltre il 50 per cento. L'83 per cento dei pazienti ha ridotto l'uso di analgesici o di altri farmaci e sono anche state osservate diminuzione di disabilita' e depressione. In 10 casi e' stata necessaria una revisione chirurgica (risistemazione elettrodo), ma non sono state riportate complicazioni a lungo termine. "Il mal di testa e' uno dei motivi piu' frequenti per cui i pazienti si rivolgono a noi, soprattutto giovani e donne", ha spiegato Giovanni Frigerio, terapeuta del dolore del Barolat Neuromodulation Institute Europe di Appiano Gentile. "Nove persone su 10 - ha aggiunto - l'hanno provato almeno una volta nella vita; il 50 per cento ha diversi attacchi durante l'anno, e nel 18 per cento dei casi il paziente ne soffre per tutta la vita, senza trovare una soluzione. In caso di mal di testa persistente (ossia che dura da piu' di tre mesi, con oltre 4/5 attacchi al mese), il paziente deve fare degli accertamenti per escludere altre patologie e impostare terapie farmacologiche per ridurre il dolore. A lungo andare, tuttavia, i farmaci danno spesso assuefazione e diventano meno efficaci. Ecco perche' e' importante individuare cure alternative".

asca*Decisioni
in tempo reale*

23-01-2014

Salute: asma, broncopneumatia, enfisema. Piu' vicine cure personalizzate

(ASCA) - Roma, 22 gen 2014 - Dai farmaci di nuova generazione per asma e bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e altre malattie respiratorie a terapie innovative da impiegare quando i farmaci piu' comuni non hanno effetto, fino alle nuove tecniche diagnostiche sempre piu' sofisticate che permettono di tracciare l'identikit molecolare della malattia per ogni singolo paziente, arrivando a personalizzare sempre di piu' le cure e a massimizzarne i benefici per i malati. Di questo e molto altro si parlera' venerdi' 24 e sabato 25 gennaio in occasione del Convegno "Aspetti clinici e farmacologici in medicina respiratoria", presso la Facolta' di Medicina e Chirurgia dell'Universita' Cattolica di Roma (Centro Congressi Europa Largo Vito 1, inizio ore 8.30), presieduto dai Paolo Montuschi, Riccardo Pistelli e Salvatore Valente, dell'Unita' Operativa di Farmacologia e dell'Unita' Operativa di Pneumologia del Policlinico "A. Gemelli" di Roma. Il Convegno internazionale, sotto l'Alto patronato del Presidente della Repubblica, ha il patrocinio di Associazione Chiara Lubich per la Pneumologia, Societa' Italiana di Farmacologia e Societa' Italiana di Medicina Respiratoria. "Tra gli obiettivi del Convegno - spiega Montuschi - vi e' quello di presentare le attuali conoscenze e indicare nuove prospettive in diversi ambiti della medicina respiratoria tra cui la farmacologia clinica di asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'insufficienza respiratoria, nonche' le nuove metodiche per la valutazione della funzionalita' respiratoria e l'endoscopia bronchiale e interventistica". In particolare, saranno discusse nuove prospettive nella terapia farmacologica dell'asma e della BPCO e il ruolo di metodiche radiologiche (tecniche di imaging) per una migliore definizione delle malattie respiratorie. Le due principali malattie oggetto del convegno, asma e BPCO, interessano non meno del 10% della popolazione italiana e a oggi non tutti i pazienti riescono a gestire bene la propria malattia con le terapie attualmente disponibili. Il convegno sara' articolato in varie sessioni per affrontare tutte le novita' disponibili per la cura di queste e altre malattie respiratorie, in particolar modo per i pazienti piu' "difficili". Sara' discusso il ruolo diagnostico e terapeutico dell'endoscopia bronchiale, con la presentazione di metodiche innovative come la "termoplastica" (che riduce la massa dei muscoli bronchiali facilitando la respirazione) usata per l'asma bronchiale o l'impianto di "valvole endo-bronchiali" in pazienti affetti da enfisema polmonare, o autentici sviluppi futuri in farmacologia. Saranno presentati anche approcci di terapia farmacologica personalizzata nella BPCO, in particolare la possibilita' di individuare pazienti che rispondono ai glucocorticoidi inalatori, attualmente prescritti nella maggior parte dei pazienti con BPCO senza una reale base razionale. Limitare la prescrizione dei glucocorticoidi inalatori ai pazienti con BPCO nei quali risultino realmente efficaci puo' tradursi anche in un contenimento dei costi in termini di riduzione degli effetti collaterali di questi farmaci e quindi della spesa farmaceutica. red/mpd

<http://it.notizie.yahoo.com/salute-asma-broncopneumatia-enfisema-piu-39-vicine-cure-185400108.html>

IL CASO

Quei ricercatori che non meritiamo

PIETRO GRECO

I ricercatori italiani fanno sempre di più, con sempre meno. O, se volete, continuano a celebrare con fichi sempre più secchi nozze di sempre maggiore successo. Tre recentissimi rapporti internazionali ci danno la misura di questa condizione paradossale in cui ormai verso la scienza italiana.

Il primo è il rapporto sulla «Consolidator Grant 2013 Call» con cui l'European Research Council (Erc) ha finanziato 312 progetti di ricerca scientifica, europei e non, sulla base unicamente del merito. La dotazione della Call era notevole: 575 milioni di euro. Il finanziamento per singolo progetto presentato da un ricercatore era piuttosto alto: in media 1,84 milioni di euro con un picco massimo di 2,75 milioni di euro. La competizione è stata al massimo livello.

Questi i risultati. La Germania ha visto premiati 48 suoi ricercatori. Subito dopo, l'Italia: con 46 ricercatori. Seguono, nettamente distaccate, la Francia (33), la Gran Bretagna (31) e l'Olanda (27). Poi ancora il Belgio e Israele (17) e la Spagna (16). Per avere un'indicazione di quanto sia straordinaria la performance dei ricercatori italiani basta ricordare che l'Italia ha ottenuto praticamente lo stesso numero di successi della Germania, sebbene spenda in ricerca meno di un quarto della Germania (17 miliardi di euro contro i 71 della Germania). E ha ottenuto il 39% di successi in più della Francia, sebbene la Francia investa in ricerca una cifra (40 miliardi nel 2013) che è quasi due volte e mezza quella italiana. Lo stesso vale per la Gran Bretagna: con un investimento in R&S doppio rispetto a quello italiano, ha visto finanziati un terzo in meno di progetti di suoi ricercatori rispetto a quelli degli italiani.

Pochi giorni prima il rapporto International Comparative Performance of the UK Research Base - 2013, elaborato dagli esperti della Elsevier per conto del Department of Business, Innovation and Skills (Bis) del governo della Gran Bretagna registrava l'avvenuto sorpasso dei ricercatori italiani su quelli americani in termini non solo di produttività, ma in termini di qualità. La performance può essere racchiusa in poche cifre: nell'anno 2012 con l'1,1% dei ricercatori del mondo, con l'1,5% della spesa totale

mondiale (che, secondo la rivista R&D Magazine ha superato i 1.150 miliardi di euro; l'Italia ha prodotto il 3,8% degli articoli scientifici del pianeta che hanno ottenuto il 6% delle citazioni).

Le citazioni sono considerate, appunto, un indice di qualità. E, dunque, la qualità media degli articoli scientifici di autori italiani è cresciuta costantemente negli ultimi anni e ora è 6 volte superiore alla media mondiale. I nostri ricercatori hanno fatto meglio degli americani. E sono stati superati solo dagli inglesi e dagli svizzeri.

Possiamo riassumere queste due notizie con un piccolo slogan: i ricercatori italiani sono pochi, ma buoni. Lavorano molto e hanno stoffa.

Ma qui iniziano le dolenti note. Lo stesso rapporto dell'Erc sui suoi Consolidator Grant riporta che dei 46 assegni staccati per i ricercatori italiani, solo 20 saranno spesi in Italia: 26 ricercatori (il 57% dei vincitori) lo andranno a spendere all'estero. Perché all'estero trovano un ambiente migliore.

In nessun altro Paese la diaspora è stata così alta. I tedeschi che spenderanno all'estero il loro grant sono 15 (il 31%); i francesi 2 (il 6%); gli inglesi 4 (il 13%). Inoltre la capacità di attrarre ricercatori dall'estero è sfacciatamente contraria al nostro Paese: 10 stranieri andranno a spendere il loro grant in Germania e altrettanti in Francia; addirittura 34 stranieri andranno in Gran Bretagna. Cioè la classifica dei Paesi dove verranno spesi i soldi dell'Erc è completamente ribaltata: 62 progetti saranno realizzati nel Regno Unito; 43 in Germania; 42 in Francia e solo 20 in Italia.

Il succo è chiaro: i ricercatori italiani sono bravi - più bravi di quasi tutti gli altri - ma l'Italia non è un Paese adatto per fare scienza.

D'altra parte per avere buone idee non occorrono soldi. Ma per creare un ambiente adatto alla scienza, occorrono investimenti. E gli investimenti italiani in ricerca scientifica stanno crollando. Secondo la rivista americana R&D Magazine, che ogni anno redige un rapporto sugli investimenti mondiali in ricerca, l'Italia è decima al mondo per produzione di ricchezza (Pil), ma solo quattordicesima per investimenti assoluti in ricerca scientifica. Eravamo dodicesimi nel 2012. Lo scorso anno ci hanno superato anche Australia e Taiwan. I due Paesi hanno un Pil pari alla metà di quello italiano, ma investono di più in ricerca. Non solo in termini relativi,



ma assoluti.

Questo, dunque, è il paradosso della scienza italiana. Da un lato aumenta la produttività e la qualità della ricerca, dall'altro diminuiscono i finanziamenti. In pratica l'Italia sta disperdendo la risorsa che conta di più nell'era della conoscenza. L'unica, forse, che sarebbe in grado di tirarla fuori dal percorso di declino in cui si è incamminata da due o tre decenni. Se solo ce ne accorgessimo anche noi, oltre che gli esperti stranieri.