

Rassegna del 27/09/2010

TIRRENO PRATO - Campagna di sensibilizzazione per prevenire gli aborti ripetuti - ...	1
CORRIERE DELLA SERA - L'Italia delle mamme: quattro bambini su dieci nascono con il cesareo - De Bac Margherita	2
TEMPO - Lettera - Una scelta consapevole - Bovicelli Alessandro	5

Campagna di sensibilizzazione per prevenire gli aborti ripetuti

PRATO. Campagna di sensibilizzazione per prevenire le interruzioni di gravidanza ripetute e le mutilazioni ai genitali femminili tra le donne immigrate. Oggi all'Associazione La Tenda (via Ferruccio) la prima iniziativa Prato con la partecipazione - annua (dalla 13 alla 18/9).

Organizzata dall'associazione Nosotras, insieme all'Associazione europea (attenti) con il sostegno della Provincia, sarà presente l'assessore alle Politiche sociali Elisabetta Ferrucci. L'iniziativa si svolge nel framework del progetto regionale "Conoscere per prevenire" finanziato dalle interruzioni volontarie di gravidanza ri-

petute (IVG) e delle mutilazioni ai genitali femminili (MGF) tra le donne immigrate).

La campagna di sensibilizzazione, in forma di festa, ha l'obiettivo di informare e orientare le donne sui temi della salute materno-infantile ed in particolare prevenire le interruzioni di gravidanza ripetute, attraverso una corretta informazione sui metodi di pianificazione familiare e di contraccezione.

Il programma della festa prevede animazioni e ballate con le cantanti di musica tradizionale rumena Ionica Stan, Gabriela Valentina Buncila e Mariana Edubescu. Informazioni al 020.639102.



Maternità Il record va alla Campania: ora è al 62,24%

L'Italia delle mamme, quattro bimbi su dieci nascono con il cesareo

Dati in crescita, nessuno come noi in Europa

ROMA. Ma quale inversione di tendenza. Ma quale contenimento. Il numero di tagli cesarei in Italia è salito ancora nel 2009 rispetto agli anni precedenti, sia pur di pochi punti. Siamo a quota 38,43% dei parti complessivi (erano il 38,32% nel 2008), un dato che rinasca l'Italia al primo posto in Europa nella classifica degli «incisori».

È l'aggiornamento appena elaborato da Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, di imminente pubblicazione sulla rivista *Industriale Monitor*. L'aumento è avvenuto quasi ovunque, anche nelle Regioni che si mantengono al di sotto della media nazionale come la Sardegna, che dal 2001 al 2009 è cresciuta dal 32,54% al 37,35, la Liguria (da 30,46% a 37,16), la Lombardia (dal 25,31% al 28,71), la Provincia autonoma di Bolzano (dal 14,09% a 25,49). Solo Trento ha ridotto dell'1,4%. Continuano l'ascesa le Regioni sopra la media. La Campania è riuscita addirittura a guadagnare portandosi dal 61,89% al 62,24. Unica eccezione, la Basilicata, in accennata fase decrescente, dopo il record negativo del 2003, quando oltre la metà dei bebè rilasciavano il primo vagito in sala operatoria.

Segno che le politiche di contenimento hanno fallito nonostante le dichiarazioni di intenti degli amministratori locali e le iniziative messe in campo qua e là, evidentemente senza energia.

«Abbiamo valutato le schede di dimissione ospedaliera e delle case di cura — dice Bruno Rusticali, coordinatore delle linee guida di Agenas —. L'incremento è minimo, ma costante e preoccupante perché è

sintomo di inappropriata. Soprattutto non è giustificabile il ricorso alla ripetizione del cesareo dopo il primo figlio avuto con la chirurgia. Le maggiori società scientifiche mondiali hanno stabilito che in questi casi si dovrebbe procedere per via vaginale».

Tra i dati più significativi, la maggior frequenza dei cesarei nelle strutture private e accreditate e in quelle che si mantengono al di sotto delle 500 nascite all'anno, tetto che avrebbe dovuto determinare la chiusura da parte delle Regioni di questi centri, più rischiosi per mamma e bambino.

Al lavoro i tecnici del ministro della Salute Ferruccio Pazio, presto una circolare. «Le nascite devono avvenire in condizioni di sicurezza, in centri con terapia intensiva neonatale — ha detto Pazio al congresso dell'associazione sanitaria delle Piccole Isole —. L'eccesso di cesarei dipende anche dalla disorganizzazione. Incoraggeremo il parto indolore e con il ministro Mariastella Gelmini abbiamo in programma di rivedere i percorsi formativi degli specialisti in anestesia e ginecologia». Molto infatti dipende dall'inesperienza e dalla mancanza di addestramento dei medici a gestire il parto naturale. Inoltre l'uso dei bisturi è una forma di medicina difensiva. Di fronte alla possibilità di una contestazione sulla scelta della metodica l'operatore preferisce tenersi al riparo da eventuali denunce.

In corso un'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta presieduta dal senatore Ignazio Marino. Tra i punti focali, la ripetizione del cesareo su donne alla seconda e terza gravidanza che hanno già subito il primo: «Il detto *Cesarian once, cesarian forever* è supera-

to. Oggi il tipo di incisione praticata permette all'utero di sopportare le contrazioni al secondo parto. Il pericolo di rottura è inferiore all'1%. Dunque non è più giustificabile rinunciare al travaglio come ha ribadito la scorsa settimana il National Institute of Health americano, l'istituzione che detta legge».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

I casi e le inchieste

Messina, Policlinico

Ad agosto una lite fra ginecologi in sala parto ritarda l'intervento. Alla madre viene asportato l'utero e il bimbo subisce due arresti cardiaci (nella foto il padre del bimbo)

Roma, Policlinico Casilino

Una discussione fra ostetrica e



ginecologa ritarda un cesareo già programmato. Il bambino nasce con problemi respiratori, muore dopo 24 ore

Milano, Buzzi

Il 21 settembre una donna muore partorendo tre gemelli. Un cesareo tardivo, secondo la denuncia del marito



Il primario

«Formazione, così combatto il bisturi-facile»

ROMA — «Quando sono diventato primario e ho presentato il mio progetto mi hanno guardato come fossi un pazzo». Invece la rivoluzione culturale è avvenuta. Ciro Guarino, direttore della ginecologia al San Leonardo di Castellammare di Stabia, è riuscito a portare i cesarei al di sotto di una soglia «normale». Erano oltre la metà dei parti totali nel 2003. Oggi solo 16 bimbi su 100 nascono con l'intervento. «Ho puntato sulla formazione del gruppo e sulla condivisione di linee guida. Ho sgombrato il campo dai falsi miti. Non è vero che la chirurgia è più sicura né che non si può praticare la via tradizionale dopo una prima gravidanza cesariana». Le sale parto del San Leonardo non sembrano locali ospedalieri. Pare di essere a casa, non un macchinario visibile. Su 5.000 bimbi mortalità zero. «Niente bacchetta magica — dice Guarino —. Molto rigore».

M.D.B.**Il direttore**

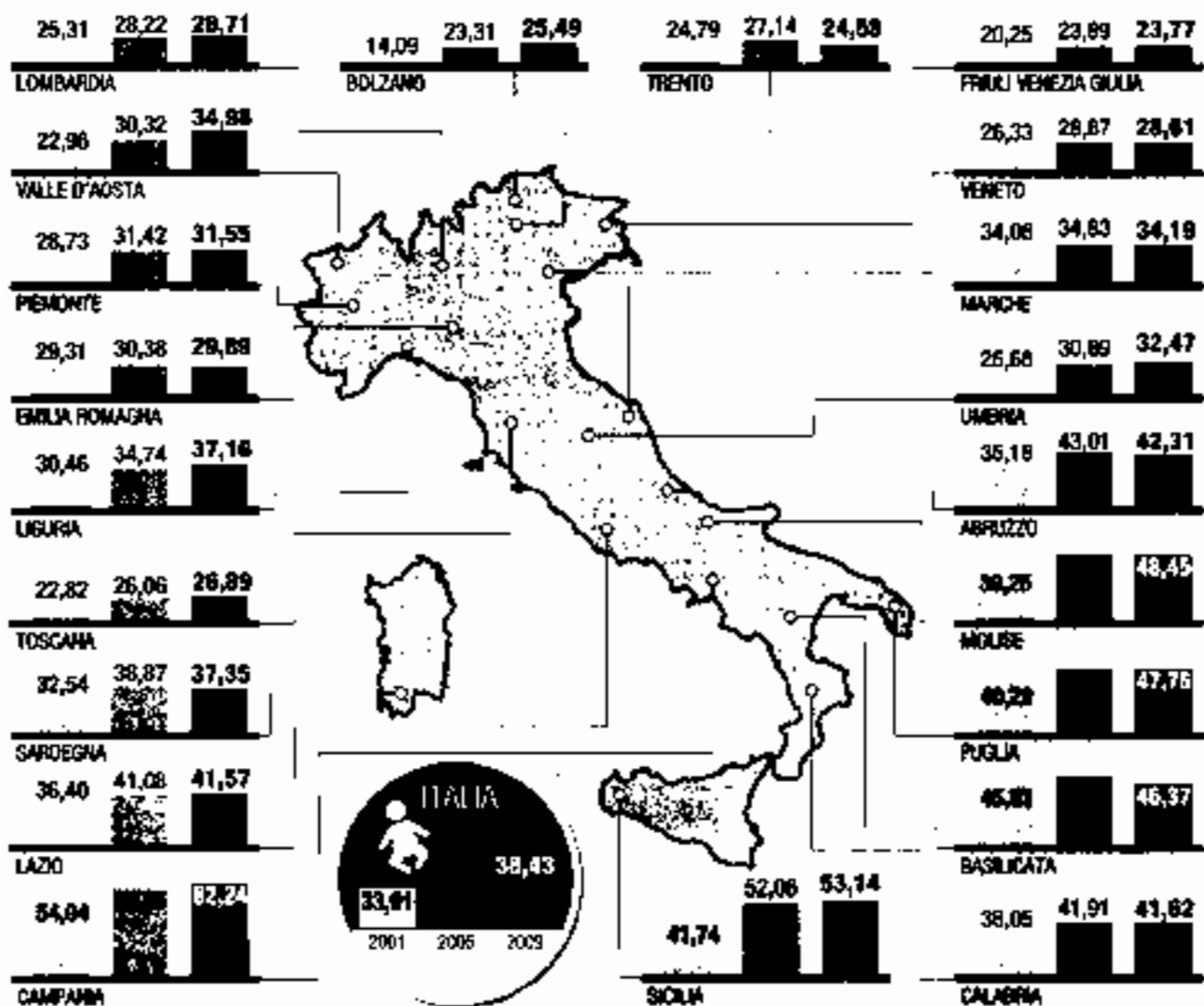
«Siamo al top degli interventi con il 90%»

ROMA — Nove neonati su dieci alla Mater Dei, clinica privata romana, nota anche come punto di riferimento di mamme-Vip, sono figli del cesareo. Primato italiano. «È vero, siamo ai primi posti — commenta il numero senza imbarazzo, anzi con orgoglio, il direttore generale del gruppo Sonia D'Agostino —. Da noi vengono donne più vicine ai 40 anni che al 20, dunque più esposte a gestazioni difficili. Guardi la classifica dei parti nelle strutture private. Noi siamo al top, circa 600 all'anno. Significherebbe pure qualcosa, no?». Secondo D'Agostino la richiesta di ricovero nella maternità della Mater Dei dipende dalla sicurezza delle attrezzature. Cinque posti di terapia intensiva, un servizio di medicina specialistica per donne gravide: «I ginecologi si sentono più sicuri. E da noi nascono molti bimbi concepiti con la fecondazione artificiale».

M.D.B.

La mappa dei cesarei dati: n° % sul totale dei parti

Legenda: 2001 ■ 2005 ■ 2009



Fonte: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

PILLOLA Una scelta consapevole

Almeno sui valori importanti, credo ci sia bisogno di consapevolezza. Ecco quindi che un rapporto d'amore diventa un atto da vivere nel concreto con la massima serenità ma anche con grande coscienza. Se si desidera un figlio si è già fatta una scelta. Se il rapporto è, per il momento, l'espressione di una passione è quanto mai necessario proteggerlo con una contraccezione sicura, tradizionale. Assisto, perplessa, come ginecologo sempre di più, a scelte disavvolte da parte di molte donne che si affidano alla contraccezione d'emergenza, ora la pillola del giorno dopo ma forse tra breve quella dei 5 giorni dopo che per le sue implicazioni potrebbe porre di fronte a maggiori problemi anche di carattere etico.

Alessandro Rovicelli,
Ricercatore Università
Bologna



L'inchiesta/Dopo gli ultimi casi, dove e perché ci sono strutture di serie B

Parti, troppe nascite senza regole

PARTORIRE IN ITALIA

Ben 4 commissioni ora indagano. I ginecologi: rivedere i reparti. Le Asl: la medicina difensiva ha cambiato le abitudini

Quasi mezza Italia senza regole: dove e perché si nasce in serie B

La mortalità infantile al Sud anche 7 volte sopra la media nazionale

di CARLA MASSI

A SENTIRE parlare i ginecologi, dopo gli ultimi fatti in sala parto, si sempre che, in questo Paese, fin dal momento in cui vieni al mondo, rischi di finire nel "girone" di serie B. Rischi, insomma, di nascere in un posto super-affollato per numero di donne e di macchine o in un posto dove la disorganizzazione può far finire la tragedia anche l'evento più naturale della vita. Sono proprio loro che parlano di A e B senza mezzi termini.

Come se fosse un fatto, clinicamente burocratico, a decidere le condizioni nelle quali vedere per la prima volta la luce. Nonostante questo, il tasso di mortalità alla nascita da noi fortunatamente, è basso: 3,9 ogni 1000 nati vivi ma esiste una discreta differenza regionale da Nord a Sud che varia da 2 a 7 volte di più rispetto alla media nazionale. «Dobbiamo arricchire che ci sono tante Itale del nascere. Ci sono strutture di serie A e di serie B e, di conseguenza, madri di serie A e serie B. Or-

tante parti su cento procedono senza problemi ma gli altri possono essere anche ad altissimo rischio per la mamma e per il bambino», stigmatizza Massimo Moscarini, presidente dell'Agui, Circolo ginecologi universitari italiani. Che proprio per oggi a Roma, nell'ambito del loro congresso, organizza un incontro su "Ospedale e territorio dedicati alla donna".

«Donna che non sa che nel 50% dei nostri ospedali non si rispettano le regole di un parto doc. «La differenza sta nei numeri e nella composizione dell'équipe», aggiunge Moscarini. Non si seguono, cioè, i parametri sul numero delle persone coinvolte nell'intervento e sull'organizzazione del lavoro». Per poter definire il loro un punto nascita, spiegano i ginecologi dell'Agui, ci vogliono una serie di figure riconoscibili 24 ore su 24 che non tutti gli ospedali se lo possono permettere. La maggior parte, infatti, nei giorni festivi e nelle ore notturne, lavora sulla

reperibilità delle diverse figure. O programma i cesari per evitare che si nasca quando il servizio è scoperto. «Il gruppo da poter reperire anche in emergenza - è ancora Moscarini a parlare - deve essere formato da un anestesista, un neonatologo, un ostetrica, un ginecologo. Persone qualificate pronte a qualsiasi tipo di parto, formato per fronteggiare ogni tipo di evento. Nessun evento medico è a rischio zero. Anche il parto, pur essendo un evento fisiologico, a volte è gravato da incognite imprevise. Per questo è fondamentale che la donna sia assistita in una struttura e da personale altamente specializzato. Gli ultimi fatti, oltre purtroppo ad allarmare le partorienti, vanno presi come "campanelli d'allarme" che testimoniano la necessità di un intervento deciso».

Un parto su tre al Sud avverrebbe in strutture non adeguate. Ma non è solo la posizione geografica la discriminante che genera la serie A e la serie B. In questo caso sono i numeri a fare la differenza. Esiste infatti, una grande disparità di servizi tra gli ospedali dove si effettuano 200-300 parti

l'anno e dove, sempre in dodici mesi, se ne fanno oltre 1500. Dove sono, per questione di numeri appunto, più forti ad affrontare ogni genere di emergenza. Ma, a livello politico e non si demontano il cesareo. Perché? Perché scaricano i fondi, replicano gli addetti ai lavori, perché il settore materno infantile ha continuato ad andare avanti con le sue gambe senza essere troppo ascoltato.

Difficile non "demonizzare" il cesareo quando in quasi tutte le Asl è arrivata una richiesta per diminuire il numero. Per far quadrare meglio i conti, per tutelare la salute della donna. A guardare i prezzi del cesareo e del parto naturale, infatti, si scopre che le cifre sono assai lontane tra loro. Ecco il tariffario il costo per il servizio sanitario nazionale: 1.295 euro sul parto è naturale, 2.717 se ci sono complicanze, 2.905 con il cesareo e 4.293 se ci sono complicazioni durante l'intervento. «Si è arrivata la richiesta - spiega Giovanni Moschiero che guida la Fiaso, la Federazione dei diret-



tut i generali delle Ail - ma ogni situazione può valutare autonomamente come organizzarsi e decidere. Non dobbiamo pensare prima di tutto alla sicurezza della madre e del bambino. E', comunque, scritto il medico in scienza e coscienza a decidere. Non possono essere dirigenti a dare indicazioni mediche per far quadrare i bilanci. Certo è che molte donne lo chiedono per non soffrire prima e dopo il parto. Certo è che la medicina defensiva ha cambiato le abitudini che regolavano il parto. Certo è che ci deve predisporre ad un nuovo profondo cambiamento negli ospedali: ridimensionamento dei piccoli e maggiore sicurezza nei grandi. E il discorso vale anche per i reparti di ginecologia ostetrica». Su un punto i direttori generali hanno deciso di prendere una decisione unanime: nessun medico privato in sala parto dove può decidere unicamente il medico di turno responsabile. Leggi uguali per tutti.

Le tragedie di Mesurana hanno fatto risvegliare medici e politici da un lungo sonno. In pochi giorni sono state avviate quattro commissioni, si quar-
 tri, di indagine sui punti nati: consuntivi, misure di sicurezza, programmazione per limitare il ricorso al cesareo. Oltre al **ministero della Salute** si sono messe al lavoro le commissioni Sanità del Senato e Affari sociali della Camera, quella sugli Errori sanitari e quella sull'efficacia ed efficienza del servizio sanitario nazionale. Non saranno troppe?

(L'Espresso)

di **FRANCESCO SERRA**

Le dieci raccomandazioni sul parto

- 1** L'induzione del travaglio deve essere riservata solo per specifiche indicazioni mediche
- 2** Non c'è nessuna giustificazione per avere più del 10-15% dei cesarei
- 3** Durante il travaglio si dovrebbe evitare la somministrazione routinaria di farmaci, se non per casi specifici
- 4** Si raccomanda di non mettere la donna in posizione supina durante il travaglio. Va incoraggiata a camminare durante quelle ore
- 5** Non c'è nessuna prova che dopo un precedente cesareo sia richiesto un ulteriore cesareo per la gravidanza successiva. Partì vaginali dopo cesareo dovrebbe essere incoraggiati
- 6** A tutte le donne che partoriscono in una struttura deve venir loro garantito il rispetto dei loro valori e della loro cultura
- 7** Il monitoraggio elettronico fetale, fatto di routine, deve essere eseguito solo in situazioni mediche particolarmente selezionate
- 8** Si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento persino prima che sia lasciata la sala parto
- 9** Il neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni del due lo permettano
- 10** Una madre in buona salute non ha bisogno di alcun complemento di latte artificiale fino a 4-6 mesi di vita del bambino

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità

OSPELLOTTI/31

IL PARTO



1295€

È il costo, per il sistema sanitario, del parto naturale

IL CESAREO



2906€

È il costo, per gli ospedali pubblici, di un cesareo

IN CAMPANIA



62%

Dei parti della regione sono dei cesarei

Le Guide

LAZIO

La capitale dei poli d'eccellenza scientifica

Roma e il Lazio ospitano molti dei centri di ricerca e cura più avanzati tecnologicamente del Paese: dai reparti hi-tech del Gemelli e del San Gallicano fino agli istituti biologici dei castelli. Perfino nello zoo c'è un laboratorio di livello europeo per lo studio comparato dei dati genetici

EUGENIO OCCORSIO

Roma

Interventi di microchirurgia che grazie alle nanotecnologie riducono da 12 a 1,5 i centimetri della cicatrice per l'asportazione delle prostata, chemioterapie contro il tumore che superano l'annosa questione della caduta dei capelli, interventi ginecologici condotti in endoscopia. E ancora, i laboratori del Cnr specializzati nel differenziamento delle cellule staminali umane da utilizzare nella medicina rigenerativa, gli studi del Santa Lucia sulla via Ardeatina condotti a livello europeo e la partecipazione della Glaxo contro l'Alzheimer. E si potrebbe continuare. Molte e sorprendenti sono le aree di eccellenza nel Lazio se si va a guardare il settore della medicina e della ricerca scientifica. La presenza contemporanea di importanti istituzioni pubbliche a partire dal Cnr e dai tanti ospedali con annessi centri di ricerca, compreso tutto il complesso del Gemelli che è di proprietà del Vaticano, insieme con istituzioni private ragguardevoli oltre alla base italiana di grossi gruppi farmaceutici (Sigma-Tau, Abbott, Pfizer, Bristol-Myers e altri), crea un humus favorevole all'innovazione scientifica e attrae investimenti nell'area romana e in tutta la regione.

«Sulla base di una fitta serie di ricerche condotte insieme a partner internazionali - spiega Caterina Catricalà, direttore del dipartimento di dermatologia del San Gallicano - abbiamo creato un'innovativa *Melanoma Unit*, considerato un centro d'avanguardia nel settore. Curiamo una neoplasia molto pericolosa, in grande espansione nell'occidente, per la quale è assolutamente necessario creare trattamenti innovativi e continuare con una ricerca trasla-

zionale sia dal punto di vista della diagnosi precoce che della cura». Il melanoma cutaneo, ricorda la professoressa, «è una forma tumorale fra le più gravi ed è anche un modello ideale per l'integrazione della clinica con la ricerca».

La "Melanoma Unit" dove si cura e si previene uno dei tumori più diffusi

Altrettanto motivato il team di Rocco Bellantone, che pratica la chirurgia micro-invasiva per la tiroide. «Attraverso un taglietto da poco più di un centimetro introduciamo una telecamera di 5 mm di diametro per esplorare l'area, dopodiché attraverso la stessa piccola apertura operiamo con minibisturi tecnologicamente evoluti. La procedura standard prevedeva un taglio di 10-12 centimetri visibilissimo sul collo». Il reparto al Gemelli del professore è uno dei più graditi d'Italia nel settore, con 40 letti e una lista d'attesa sempre piena. «Operiamo 1200 casi l'anno, dei quali almeno il 25-30% con queste tecniche innovative. Dipende naturalmente dalle dimensioni del tumore».

Nello stesso Gemelli-Cattolica si trovano altre isole d'eccellenza. C'è il team di ginecologia oncologica di Giovanni Scambia che dispone di macchine ecografiche di altissima precisione in grado di individuare un tumore all'utero o all'ovaia in stato iniziale e consentire che venga rimosso per via endoscopica "ad accesso unico" (attraverso l'ombelico) «con una limitazione al minimo delle conseguenze per la donna sia funzionali che estetiche e psicologiche», spiega il professore. E c'è l'istituto di patologia chirurgica diretto da Pierluigi Granone dove si usano «tutte le tecnologie più innovative per prendersi cura del paziente in ogni fase, dalla diagnosi alla cura, compresa la scelta fra le terapie farmacologiche e radiologiche da adottare».

C'è poi nel Lazio una ricca serie di poli d'avanguardia di pura ricerca. Ha compiuto dieci anni per esempio il Campus di Monterotondo del Cnr intitolato ad Adriano Buzzati Traverso, il padre della moderna biologia molecolare. Un decennio dedicato agli studi sui meccanismi molecolari delle ma-

lattie umane realizzati grazie all'archivio dei modelli di topi mutanti Emma (European Mouse Mutant Archive). «L'archivio Emma è l'unica infrastruttura di questo tipo in Europa ed è stato realizzato nell'ambito dei programmi quadro Ue», spiega il direttore Glauco Tocchini-Valentini. «Abbiamo già archiviato mediante crio-conservazione, e distribuito a ricercatori di tutto il mondo, oltre 1600 ceppi di topo ognuno dei quali possiede mutazioni che producono il modello specifico delle malattie umane. Il 98% dei geni del topo, così come moltissimi dei suoi tratti patologi-

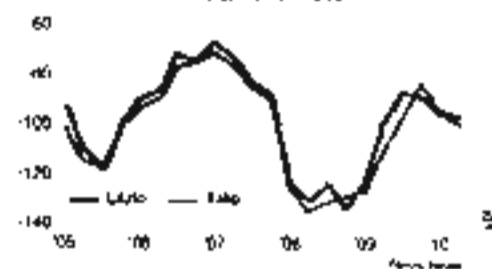
ci, sono simili a quelli umani». Sui animali si studia anche all'unità di primatologia dell'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione coordinato da Elisabetta Visalberghi con sede presso lo zoo di Roma, che vanta già molte collaborazioni internazionali e numerose pubblicazioni su riviste scientifiche di alto livello. In corso è uno studio cognitivo sulla scimmia Cebus che ha dimostrato per la prima volta che scimmie non antropomorfe, come appunto i cebi, possono utilizzare stimoli simbolici in maniera vantaggiosa, cioè sono in grado di scegliere fra differenti strumenti per massimizzare la quantità di cibo ottenuta: una capacità di ragionamento simbolico pari a quella dei bambini di tre anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Classificati in dieci anni migliaia di ceppi di topi, il cui Dna è simile all'uomo



Il giudizio sulla situazione economica, nel Lazio e in Italia



SITUAZIONE ANCORA INCERTA

La percezione della crisi non è ottimista: nel Lazio rispetto alle medie del paese.

L'INTERVISTA

Varaldo: è difficile investire in ricerca senza un ministro

► OCCORSIO a pagina 27

Prima di invocare nuovi finanziamenti pubblici, dice l'economista-scienziato, "occorre siglare un nuovo patto fra università e industria innovativa"

Varaldo: "Basta con gli sprechi I soldi alla ricerca che li merita"

I fondi a disposizione saranno sempre meno, sostiene il presidente della Sant'Anna dopo l'appello di Napolitano perché non si sacrifichi la scienza, "ed è il momento di selezionare con attenzione gli istituti sui quali puntare"

EUGENIO OCCORSIO

«Non si può non condividere l'appello del Capo dello Stato, però va integrato: non solo non bisogna affossare la ricerca, ma bisogna cogliere l'occasione per selezionare una buona volta i centri e i progetti meritevoli e quelli che invece corrispondono ad un'effettiva dissipazione di risorse». Riccardo Varaldo, presidente della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, una delle poche università italiane di prestigio davvero internazionale, nonché *honorary professor* della Chongqing University in Cina, commenta con grinta le già decise affermazioni del presidente della Repubblica: "D'accordo che bisogna fare restrizioni sul bilancio dello Stato - ha detto Giorgio Napolitano inaugurando l'anno scolastico all'inizio della scorsa settimana - ma bisogna assolutamente evitare di sacrificare la ricerca e la formazione". Ora Varaldo vuole aggiungere qualcosa che secondo lui è indispensabile per rendere "praticabile" questo lodevole proposito: «Parliamoci chiaro: in tanti rivoli della ricerca scientifica si cela uno

spreco di denaro pubblico imperdonabile», spiega il professore. «C'è bisogno di una svolta. Solo con una spietata selezione riusciremo a salvare quello che si fa di buono».

Comprenderà però che se si introducono criteri di stima questa non può essere altro che soggettiva, e allora ci si infila in un altro guazzabuglio di valutazioni...

«Ma non c'è altro da fare. Posso suggerire un criterio: ascoltare di più quello che dice il mercato, e privilegiare i progetti che possono avere un preciso riscontro economico e una validità commerciale. E' inutile tenere in piedi certe ambizioni di ricerca pura come se si dovesse puntare a chissà quale premio Nobel. Insomma temo che in Italia si tenda soltanto ad assicurare la mera sopravvivenza delle istituzioni pubbliche che fanno ricerca, senza guardare all'affidabilità e alla reale utilità dei progetti. Intendiamoci, il presidente esprime un'aspirazione perfettamente condivisibile, degna di un paese industriale della statura dell'Italia. Però il momento è effettivamente difficile. Non si possono prendere un po' di soldi, i pochi che si possono racimolare, e buttarli nel mucchio, così il più furbo se li prende tutti, col risultato di perpetuare sprechi e dissipa-

zioni. E' il momento di far valere l'esigenza di una sopravvivenza selettiva. E nel momento in cui solo pochi possono sopravvivere bisogna tagliare i rami secchi».

Cosa ne pensa del sistema di "peer evaluation" sul modello americano, quello secondo cui sono dei professori universitari a giudicare quello che altri professori universitari fanno?

«Magari fosse come quello americano. Lì è vero che si formano questi comitati di docenti ma considerano anche il numero dei

brevetti, la validità degli *spin-off*, i rapporti con l'industria, insomma si aggiunge un apparato di strumentazione aggiuntiva quale in Italia non è dato vedere. L'idea del ministro Gelmini appare parziale.



unpo' un approccio accademico vecchio stampo, limitato come è ai soli confini di ricerca, e soprattutto lunga da arrivare. Si rischia di creare un sistema autoreferenziale, molto complesso da realizzare, e oltretutto di vederle nascere chissà quando. Intanto si perdono risorse colpi. Voto sfavorevole all'asson

mi. Con il progredire della recessione e della nuova globalizzazione, i vantaggi competitivi delle nostre radicate tradizioni manifatturiere sono messi a dura prova. Da questa tradizionale riserva di competitività è fortemente ridimensionata e rischia di esaurirsi a

seguito da quella che l'asceel Zakaria, il direttore di *Nesostech*, chiama "l'ascesa degli altri". I paesi emergenti stanno aumentando con una rapidità impressionante il loro peso nell'economia mondiale con tassi di crescita che un tempo erano inconcepibili. Si crea un grande nuovo mercato acuiti in linea di principio possono arrendersi e sul quale invece l'Italia è in ritardo. Rischiamo di rimanere indietro in modo irreversibile.

Anche la presidenza della Confindustria, Emma Marcegaglia, è tornata sul problema giovedì scorso chiedendo a viva voce un

vero piano di politica industriale. In quale direzione bisogna muoversi?

«Dobbiamo compiere il massimo di sforzo per salvaguardare e potenziare il manifatturiero di eccellenza che fa il "di più" per il nostro *made in Italy* e lo mantiene radicato nei distretti industriali e nelle nostre Pmi. Ma occorre saper andare oltre. Non è più vero come prima che la grande impresa è la sola in grado di investire in ricerca e sviluppo per creare posti di lavoro nel futuro. Nel nuovo scenario scientifico e tecnologico, molto più aperto, dinamico e internazionalizzato di una volta, si stanno creando spazi per una nuova imprenditorialità: *knowledge driven* e caratterizzata da forti legami con la ricerca e sovente con il mondo universitario. L'impressionante reset economico-sociale e perfino etnoativo imposto a livello globale da questa crisi, non farà altro che confermare e pressionalizzare e accentuare il trend di sviluppo di nuova imprenditorialità innovativa, conseguenza dell'effetto di discontinuità e di innovazione prodotto dalla crisi

stessa. E questa è la nuova ricerca da fare in Italia. Il suo potenziale negli ambiti delle nuove tecnologie: nano-tech, bio-tech, energie rinnovabili, 3D, ambiente».

E qual è il contributo che potrebbe dare il mondo della ricerca?

«Densivo. Dobbiamo metterci in testa che oggi non può esserci industria senza università, e non può esserci neanche università senza industria. Ripeto, dobbiamo avviare una sopravvivenza selettiva al livello dei centri di eccellenza. Occorre identificare le migliori università con forti vocazioni e competenze scientifiche e tecnologiche, che servono ma sono una quindicina e non di più, e valorizzarle spingendo al massimo sui progetti di ricerca che hanno un riscontro verificabile sull'innovazione dell'industria italiana. Sarà sgradevole, ma non c'è altro da fare viste le ristrettezze dei bilanci pubblici. L'immobilismo del modello di specializzazione produttiva dell'industria italiana è diventato un pesantissimo handicap che ci impedisce di sfiorare sui nuovi mercati e comincia a creare problemi di spazi anche su quello interno perché i paesi emergenti stanno facendo passi da giganti nella corsa al miglioramento della qualità, del design, dell'affidabilità. Riprendere le quote sarà possibile solo con una accorta politica della ricerca contestualizzata in una politica industriale degna di tal nome».

Ma da sé che avrà un ministro dello Sviluppo nella pienezza delle sue funzioni sarebbe un vantaggio.

«Certo. Il ministro dello Sviluppo deve diventare il motore di questa ricerca dell'industria e dell'università affiancate, agendo in coordinamento con il direttore della Ricerca. L'Italia non può più trascurare la necessità di attivare un ruolo attivo ed dinamico presso i centri universitari di eccellenza. Just di nuova conoscenza scientifica e di nuove idee, grandi e piccole, tecniche e creative, economiche e sociali. E questo deve avvenire nell'ambito di una politica industriale per l'innovazione altri

menti si dipendono risorse finanziarie minime. Guadano che non partono da zero, anzi ci

sono già tante imprese, anche quelle piccole che hanno avuto più coraggio, che sono impegnate sulle frontiere dell'innovazione, dall'ibrida alle biotecnologie. Si tratta di valorizzarle, metterle a sistema, ricordarle non le università dovrebbe essere questo il cuore di un nuovo sistema Italia, innovativo e aggressivo, con cui conquistare i mercati mondiali. Troppo poche imprese italiane sono riuscite ad entrare e radicarsi con successo nei nuovi paesi con propri centri produttivi. Dall'Italia è possibile esportare soltanto prodotti unici come la Ferrari o le griffe del lusso. Chiaramente non basta».

Resta il problema che dare anche solo un minimo aiuti pubblici alle imprese innovative oggi è a dir poco arduo.

«Senta, prima di piangere sugli aiuti pubblici impossibili si possono

minimizzare i costi con una razionalizzazione e un intelligente utilizzo del potenziale di giovani talenti tecnologici presenti nelle migliori università. E a quel punto i fondi si dividono davvero un investimento, se si ha un'etica di medio-lungo periodo per non interrompere progetti di successo. In passato abbiamo fatto degli sprechi spaventosi, dal motore diesel della Fiat all'informatica fino addirittura a certe innovazioni nelle energie rinnovabili che adesso ci tornano dall'estero sotto forma di prodotti e attrezzature. F ora di volare pagina».

di *GIUSEPPE DI STEFANO*

Non si può fare a meno di un ministro dello Sviluppo se si vuole varare una politica industriale seria e recuperare competitività

C'è il pericolo che arrivino gli ornosmi slancianti a pioggia: arriverà il più furbo e se li prenderà tutti, com'è successo fin troppe volte

La ricerca scientifica nel mondo

In % sul Pil

Svezia	3,6
Giappone	3,5
Stati Uniti	2,6
Germania	2,5
Francia	2,1
Regno Unito	1,8
Spagna	1,2
Italia	1,1

LA BIOGRAFIA**Una vita fra ateneo e imprese**

RICCARDO Varaldo (nella foto in sella all'MP3 Piaggio alla Zongshen Industrial Group di Chongqing in Cina), è una peculiare figura di economista-ricercatore-manager. Nato a Savona, cominciò la carriera accademica nella

stessa università di Pisa dove si era laureato nel 1958. Nel '66 venne chiamato da Giorgio Fuà alla facoltà di Economia di Ancona, e nel '72 ritornò a Pisa come ordinario di economia e management delle imprese. Dal 1981 all'87 è stato preside della facoltà di Economia della città toscana, e nel 1988 si è trasferito alla Sant'Anna di cui è diventato direttore nel 1993 e presidente nel 2005. Alla carriera universitaria ha sempre affiancato ruoli operativi in aziende, ricoprendo cariche in organi di gestione di Nuovo Pignone, Alleanza Assicurazioni, Oto Melara, Targetti Sankey. E' oggi membro dei consigli d'amministrazione di Finmeccanica e Piaggio e del consiglio di sorveglianza di Intesa San Paolo.

I SETTORI**BIOTECNOLOGIE****NANOTECNOLOGIE****ENERGIE RINNOVABILI**

La prima bilancia sulla procedura di trasmissione via web degli attestati di malattia all'Inps

Certificati on-line senza sprint

I medici: nessuna ostilità verso il sistema, ma ci vuole tempo

IL CICLO DEL COLLAUDO

Certificati medici online trasmessi in tutta Italia	380.245 (di cui 57.432 nell'ultima settimana e 19.328 nell'ultima giornata)
Regioni «virtuose»	In vetta alla classifica c'è la Lombardia con 215.946 moduli inviati telematicamente. Al secondo posto ci sono le Marche (22.241), al terzo il Veneto (21.418), al quarto la Campania (18.629)
Regioni in ritardo	L'Emilia Romagna finora ha inoltrato 8.174 documenti, la Toscana si è fermata a 4.540, Fanalino di coda il Molise (484), mentre dal Friuli-Venezia Giulia non risulta sia stato spedito via web neppure un certificato
Risparmio stimato	Il ministero per l'Innovazione nella pubblica amministrazione ipotizza un contenimento dei costi intorno ai 10 euro per ogni certificato di malattia on line, rispetto alla versione cartacea

LA PRIMA BILANCIA DEL CICLO DEL COLLAUDO

Pagina a cura di SIMONA D'ALESSIO

La trasmissione via web dei certificati di malattia dei lavoratori pubblici e privati all'Inps procede, ma non riesce ancora a ingranare la marcia. Una situazione allarmante, se si pensa che il sistema, promosso dal ministro per l'innovazione nella pubblica amministrazione guidato da Renato Brunetta, entrerà in vigore dal primo febbraio del 2011 (la fase sperimentale è stata prorogata infatti fino al 31 gennaio prossimo). I camice bianchi hanno più di un motivo per preoccuparsi: sulla testa dei medici pende, infatti, come una spada di Damocle, l'incubo di anziani che vanno dal deferimento disciplinare al licenziamento per i dipendenti e alla perdita della convenzione per i medici di medicina generale. Una rivoluzione che corre sulla rete (l'abbattimento dei costi di gestione dei flussi cartacei dovrebbe consentire un risparmio stimato in circa 500 milioni di euro l'anno) e che coinvolge circa 190 mila persone (tra cui 60 mila medici di medicina generale e guardie mediche, 7.700 podiatrici e 125 mila dottori dipendenti dalle Aal e degli ospedali). La categoria è in agitazione, però non alza gli stacati. Aredo Bianco, presidente

della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici, ha così spiegato a *ItaliaOggiSette*: «Siamo impegnati perché questa innovazione tecnologica vada in porto. Non c'è nessun pregiudizio, né ostilità sul nostro da parte nostra, tuttavia siamo consapevoli come categoria che tali strumenti necessitano di avere i loro tempi per poter funzionare adeguatamente. La certificazione è un atto che coinvolge tutti i medici: chi ha uno studio privato e chi no, chi vive in aree densamente popolate e chi abita in zone periferiche del paese, dove l'informatizzazione non è perfetta. Perciò», aggiunge, «c'è bisogno di avere a disposizione un lasso di tempo adeguato per garantire il corretto funzionamento della macchina». Le parole di Bianco sono arrivate, appunto, nei giorni in cui è stata decisa la proroga al 31 gennaio del prossimo anno della messa a regime del meccanismo, con una differenziazione tra medici di famiglia e ospedalieri. Nessuna sanzione potrà, quindi, essere usata a un professionista che non sarà in grado di espletare le procedure di invio dei documenti attraverso il web. La decisione è stata presa il 15 settembre scorso, al termine di una riunione della commissione incaricata del collaudo, quando è emersa, come un balsamo

sulle ferite, la mediazione del ministro della salute Ferruccio Fazio, che ha ottenuto di mettere un freno al definitivo «obbligatorio passaggio dalla carta alla procedura on-line. Meglio rimanere nella sperimentazione per altri quattro mesi, è stata l'idea del responsabile del distretto di Lungotevere a Roma, piuttosto che rendere effettivo un processo che vede numerosi medici ancora disorientati e privi dei mezzi adeguati (fra cui un collegamento internet veloce e affidabile in ogni momento) per poter certificare in maniera telematica lo stato di salute dei pazienti-lavoratori. La direzione imboccata sulla strada della modernizzazione è quella giusta, a parere di Brunetta, che ha risposto così: «La percentuale dei medici di famiglia che hanno ritirato finora le credenziali di accesso (il Pin) necessarie per l'invio dei certificati sia ormai pari all'81%», con «circa 6 mila datori di lavoro privati già collegati al nuovo sistema, per un totale di oltre tre milioni di dipendenti». Il ministro ha gettato acqua sul fuoco delle polemiche, preannunciando che la confusione che ha accompagnato questo provvedimento andrà scomparendo, poiché «nelle prossime settimane

ne saranno sciolte anche gli ulteriori nodi che, fisiologicamente, accompagnano le start up di iniziative di questa portata». E, fra le decisioni adottate per aiutare i professionisti che hanno fatto il giuramento d'Ippocrate ad avere domestichezza con il servizio, il ministro ha ricordato che è attivo un call center (il numero verde è 800018677) per l'invio tramite canale telefonico da parte di tutti i medici che stiano riscontrando delle difficoltà nell'utilizzo della rete. Molto più duro è stato il commento di Massimo Cecco, segretario nazionale della Fp-Cgil medici, per il quale quella stabilita altro non è che una proroga «mascherata dal proseguimento delle procedure di collaudo». Nelle prossime settimane, pertanto, si comprenderà se, parafrasando un celebre romanzo di Carlo Emilio Gadda, il «pasticciaccio brutto» dei certificati di malattia on-line si concluderà o meno con un lieto fine.

di Simona D'Alessio



PANTELLERIA. «Si punterà su metodi indolori»

Emergenza parti Fazio: così cambieremo il sistema in Sicilia

PANTELLERIA

«La prossima settimana emaneremo una nuova circolare sui punti nascita: lo ha annunciato il Ministro della Salute Ferruccio Fazio al Congresso Nazionale dell'An S P.I. (Associazione Nazionale Sindacato delle Piccole Isole) che si è svolto a Pantelleria.

«Dobbiamo», ha detto Fazio, «fare in modo che le nascite avvengano quanto più possibile in condizioni di sicurezza, in strutture che facciano registrare almeno 500 parti l'anno e dotate di reparti di terapia intensiva neonatale». Parlando all'eccessivo ricorso ai parti cesarei, il ministro ha sottolineato come tale fenomeno dipenda anche da una «inadeguata» organizzazione e ha preannunciato che verrà incoraggiata la possibilità di ricorrere al parto indolore: «Ho parlato dell'argomento col ministro Gelmini ed entro una quindicina di giorni andre-

mo a rivedere i percorsi formativi degli specializzandi in ginecologia e in anestesia». Parlando poi del sistema sanitario in generale, Fazio ha aderito che il ministero ha individuato dei percorsi privilegiati per la sanità nelle isole minori che si inquadrano nel contesto nazionale in cui ci si sta muovendo: «L'aumento dell'aspettativa di vita ci impone di ridisegnare il percorso delle cure mediche. Il ricovero ospedaliero deve avere una connotazione diversa rispetto a prima. Vanno assicurati livelli essenziali di assistenza a tutti i cittadini quanto più possibile vicino casa, ovunque essi si trovino. Occorre quindi potenziare le strutture territoriali che devono prendersi in carico il malato assieme ai medici di medicina di base, per i quali incoraggeremo l'associazionismo, limitando il ricovero ospedaliero soltanto ai casi acuti».

di **GIUSEPPE CARRELLI**



LA LETTERA

“Alle parafarmacie manca un arbitro”

Sono un'appassionata di calcio e seguo spesso le partite in TV. Mi piacciono soprattutto quelle dove puoi vedere il bel gioco, privo di inutili cattiverie e ben gestito dall'arbitro. Nella vita mi occupo di farmaci e sono una farmacista titolare di Parafarmacia, una delle aziende nate dalle liberalizzazioni volute nel 2006 da Bersani e da qualche tempo nel mirino di una miriade di provvedimenti volti ad annullarne l'esistenza. Gli esponenti dell'attuale maggioranza si sono sbizzarriti nel presentare ddl sulle parafarmacie: Ddl n. 863; Ddl n. 2079; Ddl n. 1417; Ddl n. 1627, i quali stabiliscono di fatto la nostra sparizione dallo scenario nazionale. Alto si è levato il grido d'allarme persino dell'Antitrust, circa la natura anti-concorrenziale dei ddl presentati al Senato, accolti dalla XII Commissione Igiene e Sanità, di cui è Segretario e Relatore Luigi D'Ambrosio Lettieri. Ed ecco il nocciolo della questione che fa tornare al significato della parola "arbitro". Si ravvisa una discutibile posizione all'interno della Commissione Igiene e Sanità del Sen. D'Ambrosio Lettieri, che si configura a mio avviso, come evidente posizione in conflitto di interessi. Nella fattispecie, nutro forti dubbi che egli, titolare di Farmacia, Presidente dell'Ordine Provinciale dei Farmacisti di Ba-

ri e attuale Vice Presidente FOFI, possa serenamente discutere e decidere delle sorti di 6000 colleghi farmacisti che operano in strutture diverse dalla farmacia convenzionale, quindi in diretta concorrenza con essa. Sempre ritornando alla metafora calcistica, è come se facessimo arbitrare l'incontro Italia-Germania al Sig. Rosetti. Sarebbero quindi segnale di correttezza le dimissioni del Senatore Lettieri, poiché pensiamo che un parlamentare che ricopre simultanea-

mente le cariche sopracitate, non possa fungere da arbitro, in quanto persona che ha forti interessi che lo legano ad una delle parti avverse, e quindi in inaccettabile posizione conflittuale. Qui purtroppo non si tratta di un gioco, ma del lavoro e quindi del significato stesso della

vita di migliaia di colleghi, me compresa, che hanno messo su le loro aziende, tutelati ed incoraggiati da una legge di questo Stato, che vi hanno investito i loro danari, il loro futuro, la loro professionalità, che nulla hanno tolto allo Stato, se non contribuito col pagamento di tributi e apportato risparmi ai cittadini, e che adesso vedono sgretolare e dissolvere i loro sogni e la loro dignità. Comunque, ammettiamo che tutto questo sia un gioco e giochiamo. Ma almeno, dateci l'arbitro giusto.

Antonella Puleo



Annarosa Racca, presidente Federfarma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità il 13 ottobre vertice a Roma per lo sblocco delle risorse finanziarie del programma Fas. Laboratori di diagnostica in rivolta

Il piano ospedaliero è legge: «Subito i fondi»

Documento pubblicato sul Bure Parte il confronto con il governo sull'assegnazione dei contributi

Gerardo Ausiello

Il piano ospedaliero è legge. Il provvedimento viene infatti pubblicato oggi (o al massimo domani) sul Bure dopo aver ricevuto il via libera del governo. In queste settimane la struttura commissariale ha provveduto ad effettuare alcune modifiche al testo sulla base delle osservazioni formulate dai ministeri dell'Economia e della Salute, ma l'impianto generale è rimasto invariato. I cambiamenti principali riguardano la rete neuropsichiatrica, che è stata riorganizzata in rapporto alle patologie psichiatriche ed ordinarie per differenziare i percorsi clinici dei pazienti. Il prossimo vertice tecnico è in programma a Roma il 13 ottobre. L'obiettivo è ottenere lo sblocco delle risorse nell'ambito del fondo sanitario nazionale (2,5 miliardi) e dei fondi Fas (500 milioni) per scongiurare un nuovo aumento delle addizionali Irpef e Irap. Il tutto mentre continua la protesta dei centri diagnostici che hanno raggiunto i tetti di spesa.

Postfetto

Prevista la riduzione di 1.297 letti e la riconversione di altri 853 da acuti in posti per riabilitazione e lungo degenza. Bisognerà passare dagli attuali 831.088 ricoveri a 603.259.

Modifiche

Cambia l'impostazione dei servizi neurologici e psichiatrici in relazione al territorio

Il pubblico Verranno chiusi gli ospedali con meno di 100 posti letto. Il criterio riguarda i presidi di Risarcia (in provincia di Avellino), Sant'Agata dei Goti, Cerasa Sarnese e San Bartolomeo in Galdo (Benevento) e ancora i nosocomi di Teano e Capua (Caserta), quelli di Casigliano

di Ravello e Agropoli (Salerno) nonché il Loreto Crispi di Napoli

I privati

Il patto non è stato esteso a cliniche e case di cura trasformamente accreditate, ma solo a quelle che d'ora in avanti richiederanno l'accreditamento nonché ai soggetti privati che intendono realizzare nuove strutture di ricovero.

Le trasformazioni

Monaldi, Cotugno e Cio faranno parte di un'unica super azienda. Il Monaldi e il Policlinico della Federico II entrano nella rete dell'emergenza mentre il Centro traumatologico perde il pronto soccorso. L'Annunziata, invece, sarà non dei centri del polo pediatrico con Santobono e Pausoliyon. Il plesso di Maddaloni confluisce in quello di Marcianise, quello di Gragnano nel San Leonardo di Castellammare, quello di Cava in Villa Mastra a Sarno (solo parzialmente). Il Ruggi di Salerno accoglierà il Du Princi e il nosocomio di Mercato San Severino. Un processo analogo è previsto per l'Urbano I di Nocera e per il presidio di Pagani. Le strutture di Pollena Trocchia, Torre del Greco e Scalfari avranno un indirizzo riabilitativo. Nel nuovo ospedale della Valle del Sele confluiranno i presidi di Eboli, Battipaglia, Oliveto Citra e Rocca di Caspide.

L'Ospedale del Mare

Il plesso della zona orientale di Napoli, che dovrà essere completato in 36 mesi, accoglierà Incurabili, San Gennaro, Ascalesi e Luiseo Mare e diventerà un centro trauma di alta specializzazione.

La rete territoriale

Il piano punta alla riconversione ed alla dismissione degli ospedali in favore di un potenziamento delle 7 Asl e dei 72 distretti sanitari. In quest'ottica si punta all'istituzione di ospedali di comunità e di strutture polifunzionali per la salute.

DIR. PRODUZIONE: SILVIA ILLI



Riassetto rete ospedaliera

PRESIDI PUBBLICI CON MENO DI 100 POSTI LETTO CHE VERRANNO CHIUSI

N.	Prov.	Asl	Presidio	P.I. attuali
1	AV	Avellino	PO DI BISACCIA	64
2	BN	Benevento	PO S. Giovanni di Dio - S. AGATA DEI GOTI	32
3	BN	Benevento	PO S. Maria delle Grazie - CERRETO SANNITA	74
4	BN	Benevento	PO S. BARTOLOMEO IN GALDO	0
5	CE	Caserta	PO TEANO	25
6	CE	Caserta	PO Palasciano - CAPUA	38
7	NA	Na1 Centro	PO Loreto Crespi - NAPOLI	15
8	SA	Salerno	PO I. Giordano - CASTIGLIONE D' RAVELLO	10
9	SA	Salerno	PO AGRIPOLI	48

RICLASSIFICAZIONE E NUOVA DESTINAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI

N.	ASL	Presidio	Confluenze e riclassificazioni
1	CE	PO S. FELICE A CANCELLO	Ospedale ad indirizzo riabilitativo
2	CE	PO MADDALONI	Confluisce nel PO di Marigliano al termine della ristrutturazione
3	NA1c	PO Incurabili - NAPOLI	
4	NA1c	PO S. Gennaro - NAPOLI	
5	NA1c	PO Ascalesi - NAPOLI	
6	NA1c	PO Loreto Mare - NAPOLI	
7	NA1c	PO Annunziata	Ospedale aggregato all' A.O. Santobono - Pausippon
8	AO	Monaldi - NAPOLI	
9	AO	Cotugno - NAPOLI	
10	NA1c	PO CTO - NAPOLI	
11	NA3s	PO Apicella - POLLENA	Ospedale ad indirizzo riabilitativo e plesso del P.O. di Nola
12	NA3s	PO Maresca - TORRE DEL GRECO	Ospedale ad indirizzo riabilitativo
13	NA3s	PO GRAGNANO	Plesso del PO S. Leonardo di Castellammare di Stabia
14	SA	PO S. Maria dell'Uomo - CAVA DEI TIRRENI	Continuisce in parte nel PO Villa Matiz di Salerno
15	SA	PO M. Scariato - SCAFATI	Ospedale ad indirizzo riabilitativo
16	SA	PO A. Fucito - MERCATO S. SEVERINO	Plesso della AO Ruggi d' Aragona di Salerno
17	SA	PO A. Tortora - PAGANI	Plesso del PO Umberto I di Nocera Inferiore
18	SA	PO G. da Procida - SALERNO	Plesso della AO Ruggi d' Aragona di Salerno
20	SA	PO S. Maria Addolorate - EBOLI	
21	SA	PO S. Maria della Speranza - BATTIPAGLIA	
22	SA	PO S. Francesco d' Assisi - OLIVETO CITRA	
23	SA	PO S. Francesco d' Assisi - OLIVETO CITRA	Dopo la confluenza la struttura è destinata a presidio ad indirizzo riabilitativo



MINISTERO DELLA SANITÀ

Le Guide

LAZIO

Ospedali chiusi, meno posti letto è severa la "ricetta" per la Sanità

Il primo ottobre la Regione dovrà presentare al governo il piano di rientro del gravissimo deficit del settore. Se passerà bene, altrimenti scatterà la mannaia degli aumenti fiscali

« Il primo ottobre avremo già messo in campo il nostro piano di rientro sanitario che garantirà migliore qualità e professionalità spendendo di meno», con queste parole pochi giorni fa il presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, intervenendo dal palco della Festa Tricolore di Sacrofano, in provincia di Roma, ha voluto ribadire l'impegno ad affrontare seriamente e definitivamente l'annoso problema del buco nei conti della sanità, a dispetto delle polemiche che hanno accompagnato i primi mesi dell'amministrazione della nuova giunta di centro-destra. Sul solo Lazio pesa oltre un terzo del deficit sanitario nazionale del 2009, che riguarda 19

regioni infatti il "buco" è di 3,3 miliardi, contro i 3,4 miliardi nazionali. Per questo il settore è stato omnisulato nel corso delle audizioni parlamentari tenute prima della chiusura estiva il capo dell'Aspiratorio Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria dello Stato Francesco Masnoci ha tuttora rilevato che le performance della Regione sono migliorate negli ultimi anni, passando da un disavanzo strutturale del 24% nel 2006 al 15% nel 2009. Il debito totale ammonta comunque a oltre 10 miliardi di euro.

Già all'inizio di giugno la presidente Polverini aveva annunciato il piano di riordino della rete ospedaliera, che prevede la cancellazione di 2.492 posti letto (dei quali 666 per malati acuti, 1203 la rianimazione e 623 per il lungodegenza). Obiettivo allineare il Lazio allo standard di 4 posti letto ogni mille residenti. Inoltre la manovra economica varata dal governo prevede il blocco del turn over del personale per i prossimi tre anni. La Polverini ha anche annunciato che cambierà il modo di controllo della spesa sanitaria, che non sarà più consuntivo, ma preventivo: «Un gruppo di otto esperti con rappresentanti di cambruc-

ne e finanziari, controlleranno in forma preventiva le spese delle Asl, che nel 2011 nel Lazio non saranno più 12 ma 8, per poi diventare in tempi stretti 6».

Per l'attuazione del piano Renata Polverini, nelle vesti di commissaria di governo alla sanità regionale, ha varato dodici decreti, una parte dei quali, per la precisione quelli riguardanti la riduzione di spesa per i laboratori della specialistica ambulatoriale, sono stati però sospesi dal Tar a metà luglio. Il piano va adesso presentato in via definitiva al ministero dell'Economia, la scadenza è quella del 30 settembre, dunque decisamente alle porte. La sfida è trovare i fondi evitando lo scatto automatico degli aumenti dell'Irpef dell'8 per cento. La presidente insiste sostenendo che non ci saranno stangate fiscali, l'opposizione ne parla e ne dubita. Il ministero della Salute, esaminando in via preliminare il piano, alla fine di luglio aveva riconosciuto il "cambio di rotta" del Lazio, dando alla Regione altri due mesi

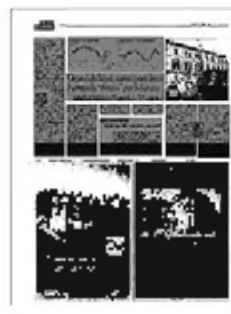
"per accelerare su alcuni provvedimenti". Se alla fine il giudizio del governo dovesse essere positivo, verranno sbloccati 421 milioni necessari per coprire il deficit del 2009. Potrebbe invece rimanere scoperta una parte del disavanzo, in questo caso la via obbligata rimarrebbe quella dell'aumento delle tasse.

Tagliare i posti letto negli ospedali è solo un primo passo per una complessiva riorganizzazione del sistema sanitario regionale. Chiuderanno una serie di ospedali a Roma e provincia (Manno, Ariccia, Rocca Priora, Subiaco, Rieti (Magliana Sabina e Amatrice), Viterbo (Casquinus, Acquapendente e Ronchiglione), Frascati (Isola Liri, Abna, Princescorvo), Latina (Fregene e Gaeta). Proprio sicuramente non si tratterà di scelte indolori.

Sarà preventivo il controllo della spesa mentre le Asl saranno ridotte di numero

La Polverini: "Sarà preventivo il controllo della spesa mentre le Asl saranno ridotte di numero"

FRANCESCO




L'INTERROGAZIONE

"Il 118 non deve essere privatizzato"

Nel piano dei tagli alla Sanità laziale, uno dei nodi più spinosi resta quello del servizio 118. L'opposizione in consiglio ha già iniziato la battaglia sul tema e, proprio nel mese di agosto due consiglieri regionali del Partito Democratico hanno presentato un'interrogazione urgente al presidente Renato Poverini denunciando, tra le altre cose, "il rischio di una privatizzazione selvaggia del servizio a scapito della sicurezza dei cittadini".

SE A SALVARE LA RICERCA ITALIANA SARANNO GLI INVESTIMENTI CINESI

 A quanto pare c'è chi considera la ricerca scientifica di frontiera un patrimonio da valorizzare e su cui puntare, magari investendo grosse cifre. È di questi giorni la notizia che i cinesi investiranno due milioni di euro sull'Ebri (European Brain Research Institute), l'istituto di Roma diretto da Rita Levi Montalcini, le cui ricerche sono centrate sugli effetti terapeutici dell'Ngf (Nerve Growth Factor), la molecola scoperta decenni fa dalla stessa Levi Montalcini e capace di stimolare la crescita e la rigenerazione di alcuni tipi di cellule nervose. I termini dell'accordo non sono ancora noti nei dettagli, ma si tratta di una collaborazione fra l'istituto italiano in questione, l'università di Pechino e una *company* cinese, la Xiamen Biotech.

È chiaro che i cinesi si aspettano un ritorno economico da questi investimenti e si mostrano fiduciosi, dopo che la stessa azienda ha potuto commercializzare qualche tempo fa un farmaco basato sull'Ngf e diretto ad alleviare i danni di alcune forme di polineuropatia periferica. Si è sempre saputo che l'Ngf aveva enormi

potenzialità per quanto riguarda le malattie del cervello, della vista e anche della pelle, ma le potenzialità vanno sviluppate e applicate, un impegno questo che devono dividersi la ricerca di base, con una sempre migliore comprensione dei meccanismi biologici alla base dell'azione dell'Ngf, e la ricerca più propriamente **farmaceutica**, con la preparazione di farmaci sempre più efficaci e privi per quanto possibile di effetti collaterali.

I cinesi hanno dato una valutazione positiva di queste prospettive e si ripromettono lo sviluppo e la commercializzazione di sempre nuovi farmaci nel settore delle malattie neurodegenerative della tarda età, un campo in espansione e sempre più rilevante in un mondo che invecchia velocemente. La notizia non può non far piacere, perché risolve le sorti di questo istituto dalla vita per ora assai precaria e perché costituisce un precedente molto significativo. La ricerca di valore va premiata: da ciò non potrà che derivarne qualcosa di buono. *Intelligenti pauca.*

Edoardo Boncinelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nell'Istituto di San Martino il primo intervento in Italia di Tomo-Radiocirurgia per trattare una lesione neoplastica cerebrale

Radioterapia, nuova frontiera all'Ist tutta la cura in una seduta di 30 minuti

LFATTO di essere al centro di una vera e propria battaglia politico-sanitaria per la "fusione" con il San Martino, non ha impedito all'Ist di conseguire un importante primato nazionale: nell'Istituto genovese è stato eseguito infatti il primo trattamento di Tomo-Radiocirurgia su un paziente affetto da una localizzazione neoplastica secondaria nel-

l'encefalo, di dimensioni inferiori al centimetro. L'innovativa tecnica consiste nell'erogare in un'unica seduta l'intera dose di radioterapia con la Tomoterapia Elicoidale, sofisticata attrezzatura utilizzata da oltre un anno all'Ist per i trattamenti radianti estremamente complessi. Rispetto ai trattamenti di radiocirurgia eseguiti con altre attrezzature radianti, la Tomoterapia permette, subito prima del trattamento, di verificare "on line", attraverso l'utilizzo di una speciale Tac integrata, l'anatomia della sede da irradiare e assicurare la massima precisione del fascio. È inoltre innovativa la possibilità di irradiare simultaneamente più lesioni encefaliche impiegando lo stesso tempo di irradiazione di una singola lesione. Queste potenzialità rendono il

trattamento radiante di una o più lesioni contenuto entro i 30-40 minuti. Per l'irradiazione sono utilizzati dispositivi dedicati detti "stereotassici" perché di altissima precisione geometrico-spa-

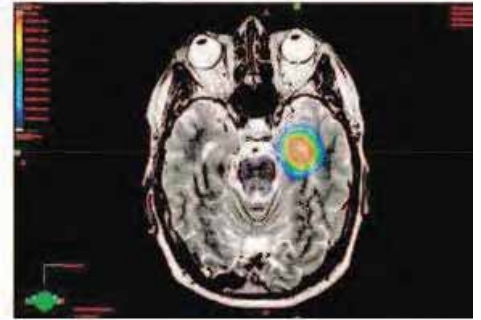
ziale al fine di irradiare esclusivamente bersagli tumorali di piccole dimensioni evitando danni alla parte sana dell'encefalo.

La seduta di radiocirurgia è stata eseguita attraverso la stretta

collaborazione tra il personale medico, fisico e tecnico dell'Ist (Servizio di Radioterapia Infantile e Tecniche Speciali afferente al reparto di Oncologia Radioterapica e Servizio di Fisica Medica Ist), il personale della Unità di Neurochirurgia del San Martino e l'Università. La procedura radioterapica si è svolta in un'unica giornata con l'esecuzione di Tac di centratura al mattino e trattamento radiante nel pomeriggio. Il paziente è stato dimesso due giorni dopo, evidenziando un'ottima tolleranza alla terapia. I programmi di collaborazione tra ricercatori dell'Ist e del San Martino prevedono di eseguire presto trattamenti radiocirurgici per piccole lesioni encefaliche non neoplastiche, localizzate in sedi non facilmente operabili dal neurochirurgo.

**La procedura totale
si è svolta in
un'unica giornata
Il paziente dimesso
dopo due giorni**

L'immagine



LA LASTRA

La proiezione su risonanza magnetica del trattamento radiocirurgico con tomoterapia. A fianco, la sede dell'Ist di Genova



La polemica

Il ministro punta il dito sulle "doppie velocità" dei certificati di invalidità e malattie

Brunetta attacca i medici liguri "On line solo se vi conviene"

Brunetta all'attacco dei medici di famiglia

MICHELÀ BOMPARTI

IL MINISTRO BRUNETTA in una di collisione contro i medici di famiglia genovesi. «Giudico che non può fare il certificato medico on line perché non ha il pc». Ha attaccato ieri il titolare dell'Innovazione, il visitatore al Castro per valutare la rivoluzione digitale dell'ospedale di Sturla — allora mi venga a spiegare perché in vedere ospita tranquillamente, senza problemi e pervasi informatica, i certificati di invalidità. Trovo a spiegarlo che i certificati di invalidità sono a pagamento, quello di malattia invece no». Brunetta si è arabbiano su quella che giudica come «rigidità» che ostacola l'entrata in vigore della sua riforma tecnologico-amministrativa. «Rigidità sindacali, culturali, economiche», ha indicata. Nei mesi scorsi, la Finmg, federazione di medici di famiglia genovesi, aveva attaccato a sua volta il ministro, denunciando che né negli ambulatori né negli ospedali ci sono sufficienti pc per garantire il cer-

tificato medico on-line.

«Se i medici liguri dicono di essere impossibilitati a usare la rete perché non hanno i computer e gli accessi sbagliano — ha rincarato la dose il ministro Brunetta — Se andate a verificare medico per medico scoprirete che tutti sono già dotati di computer, tutti hanno già il collegamento in rete, anche perché, ripeto, tutti stanno già inviando on line i certificati di invalidità. Solo che mentre i certificati sono pagati, i certificati medici di malattia non sono pagati. E non dico altro».

Il ministro ha ritrovato il sorriso parlando del progetto "smart inclusion". «Questo progetto — ha detto — mi entusiasma ogni volta. Anche oggi alla quinta tappa con all'istituto Gramina Gaslini di Genova ho incontrato persone straordinarie e un clima positivo». «C'era — ha sottolineato Brunetta — sono 120 i bambini collegati dai reparti di oncologia in famiglia di cinque ospedali. Il progetto costa ogni volta 500 mila euro stanziati dal ministero, dal Gnr, da Telecom o, bonà loro, dalle banche. È un lavoro silenzioso, senza ritorno mediatico che mette insieme la parte più bella dell'Italia che così smette di dividersi in inutili egoismi».

(m. bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL RUOLO DELLA POLITICA NELLA SANITÀ

LE NOMINE
E IL MERITO

di SERGIO HARARI

Mancano ancora tre mesi alla scadenza di mandato dei direttori generali degli ospedali lombardi ma la battaglia politica per gli avvicendamenti è già cominciata. La Lega rivendica il risultato ottenuto nelle ultime elezioni regionali e vuole riscuotere quello che ritiene essere il premio del suo successo. Le direzioni generali nella nostra Regione sono 44, nella stretta osservanza dello *spoils system*: la Lega ne pretenderebbe addirittura venti se le ottenesse consiglierebbe la faccia della sanità formigomana. Per il partito di Bossi è giunto il momento di far sentire la propria voce nel settore chiave della politica regionale; non gli basta più detenere l'assessorato competente, vuole occupare le posizioni operative, anche se gli uomini si scarseggiano. La Lega non ha ancora avuto modo di allevare una propria classe dirigente: in questi anni è stata troppo impegnata a costruire la sua struttura e il suo radicamento nel territorio, né si fida degli opportunisti dell'ultima ora. Anche se sono molti, oggi, quelli che fanno lo *hic* per promettere fedi padane, ma non basta una cravatta verde a fare un legislatore.

La sanità è il fiore all'occhiello del successo formigomano e il presidente è tutt'altro che disponibile a discutere con il nuovo ospite di nome e strategie. L'ennesima e-prova si è avuta nella nomina del nuovo direttore generale del Policlinico di Milano, decisa direttamente dal governatore all'ultimo secondo, bruciando il candidato interno dell'

ospedale, gradito alla Lega. La tentazione è palpabile. Che le nomine dei direttori generali siano di derivazione politica è, almeno in parte, comprensibile: si tratta di un ruolo tecnico fortemente influenzato dalle scelte strategiche politiche. Anche se una valutazione del manager della sanità, basata non solo su obiettivi economici ma anche di risultato clinico e di qualità degli ospedali, meriterebbe un approfondimento. I direttori generali però sono anche un anello fondamentale di trasmissione del potere, potere che viene poi esercitato a cascata nella scelta dei primari e dei professionisti della salute. Il clima è tale da farci prevedere che nei prossimi mesi il glogio della politica si farà sentire, ancora più di quanto già non sia avvenuto in questi anni, anche sulle nomine del personale medico. E' scontato dire che tutti desideriamo essere curati da un dottore scelto per le sue competenze e non le luse al manuale Cencelli. Vorremmo che sulla condotta italiana logica delle lottizzazioni prevalesse il criterio del merito soprattutto in questo momento così delicato per il Paese e per l'economia, in un settore così delicato come la sanità. La politica deve sapersi fermare ai ruoli che le competono, liberando i professionisti, medici, primari, ricercatori, infermieri dalla sua influenza-invasione.

La Lombardia dà un segnale, il braccio di ferro tra le forze politiche per affermare il proprio peso si traduce in una battaglia per il riconoscimento del merito e della professionalità. Forse sperarlo è un'utopia ma indignarsi è ancora lecito.

sharari@harmani.it



IL FEDERALISMO SANITARIO UN ESEMPIO DI RIGORE, NON FERMATELO

Si scettica il Consiglio dei ministri per il varo del decreto sul federalismo regionale e, ancorabili, arrivano i distinguo e le resistenze delle Regioni impegnate nel riassetto dei bilanci di bilancio del passato.

Vi sono diverse buone ragioni per augurarsi il rispetto dei tempi previsti. Innanzi tutto, si tratta di un passaggio preparato a lungo, anche per impulso della Commissione paritetica guidata da Luca Antonini. Va ricordato, poi, che si arriva ai blocchi di partenza avendo assicurato la congruità dei finanziamenti rispetto ai fabbisogni. In terzo luogo, i rapporti tra i livelli di governo rivedono coerentemente tra annunci e realizzazioni. Infine, è urgente fissare regole certe a salvaguardia dei conti pubblici, su uno dei capitoli di spesa più rilevanti e a più forte crescita negli anni a venire.

Il decreto rende trasparenti i criteri di determinazione del fabbisogno finanziario standard delle Regioni in sanità: individua il finanziamento sostenibile dato i vincoli di finanza pubblica e dà i parametri definiti in sede consuntoria, e lo si ripartisce sulla base delle variabili

che più incidono sulla spesa, a cominciare dalla composizione per fasce di età della popolazione. La costruzione di benchmark di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni amministrative e politiche in caso di deficit, completano una misura che si propone di curare quella sindrome da vincoli di bilancio «soffice» e da riorganizzazioni che, negli anni passati, ha prodotto disavanzi e ripiani a pie di lista da parte dello Stato.

Il federalismo sanitario può rappresentare un esempio positivo, a cui far riferimento per innalzare l'efficienza della spesa e la qualità delle decisioni di finanza pubblica in ambiti che vanno dai servizi pubblici locali sino all'università.

Per chiudere la lunga transizione istituzionale italiana, vanno affermati requisiti di correttezza, di trasparenza e di stabilità nel funzionamento dello Stato e nei rapporti tra livelli di governo. Che di ciò si tenga conto quando si tratterà di valutare le prossime mosse degli attori in gioco.

Fabio Pamolli

Corriere della Sera



CONSIGLIO DEI MINISTRI/ Via libera a un ddl con varie misure in materia sanitaria

Fondi alla ricerca impignorabili

Ordini vigilati dal Minsalute. Prelievo sulle forniture alle Asl

DI GIOVANNI GALLI

Disposto il divieto di atti di sequestro e pignoramento presso terzi a valere sui fondi destinati al finanziamento della ricerca sanitaria, corrente e finalizzata, svolta dagli enti destinatari dei finanziamenti di cui agli articoli 12 e 12-bis dlgs n. 502 del 1992. Gli ordini e le relative federazioni dovranno essere enti pubblici non economici istituiti al fine di tutelare i cittadini e gli interessi pubblici sottoposti alla vigilanza del ministero della salute. Fino al 31 marzo 2012 le aziende che producono o commercializzano in Italia dispositivi medici, compresi i dispositivi medico-diagnostici in vitro e i dispositivi su misura, sono tenute, in occasione di ogni vendita effettuata a strutture del Servizio sanitario nazionale, al versamento a favore dell'acquirente di un contributo pari all'1% della somma fatturata al netto dell'Iva. Sono alcune delle novità contenute nel disegno di legge proposto dal ministro della salute **Ferruccio Eazio** recante «Sperimentazione clinica e altre disposizioni in materia sanitaria», approvato ieri dal consiglio dei ministri.

Il governo viene delegato al riassetto e riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano da attuarsi entro nove mesi. I decreti dovranno prevedere il riordino e l'individuazione del numero dei comitati etici con predisposizione di criteri di certificazione, prevedendo in ogni caso almeno un comitato etico per ogni regione e tenendo in considerazione il numero di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico presenti; l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase 0 alla fase IV; la realizzazione di una rete dei comitati etici; meccanismi di valutazione delle performance delle azien-

de sanitarie pubbliche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche; l'istituzione di un portale di consultazione per il cittadino.

Dal 2010 nell'ambito delle risorse previste per il finanziamento dei bandi di «ricerca finalizzata» una quota pari al 10% di tali risorse è destinata a progetti di ricerca sanitaria presentati da ricercatori di età inferiore ai quarant'anni. Il ddl stabilisce che il singolo ricercatore possa completare il progetto di ricerca qualora venga meno il rapporto con la struttura nella quale è stato avviato il suddetto progetto (i finanziamenti sono destinati alla persona e non alle istituzioni). Saranno ammessi a beneficiare degli interventi relativi ai programmi di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (art. 20 della legge n. 67 del 1988) anche l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e il ministero della salute.

Relativamente alle professioni, viene istituito un ordine specifico per la professione odontoiatrica, nel rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermo restando l'obbligo di iscrizione per l'esercizio specifico della professione. È prevista inoltre l'abrogazione delle attuali norme che indicano il diploma di specializzazione in odontoiatria quale requisito necessario per accedere al profilo professionale dirigenziale di odontoiatra e per il conferimento dell'incarico di responsabile di struttura complessa del Servizio sanitario nazionale.

Individuato un binario normativo per il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), fino ad oggi non disciplinato a livello nazionale da norme di carattere primario o secondario, che è definito come l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Il Fascicolo sanitario elettronico è istituito dalle

regioni, spiega una nota ministeriale, «a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria». Sono istituiti anche sistemi di sorveglianza e registri di rilevante interesse sanitario e di impianti protettivi ai fini di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico al fine di garantire un sistema attivo di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di un rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.

—©Riproduzione riservata—

Arriva una disciplina uniforme sul fascicolo sanitario elettronico



SCIENZA SENZA FRONTIERE

Il centro fino a qualche mese fa rischiava di chiudere: ora fornirà tecnologie all'industria farmaceutica cinese

Ricerca, i cinesi "comprano" l'Ebri: 2 milioni all'istituto della Montalcini

Fondi agli studi sul fattore di crescita: da dividere i guadagni sui futuri farmaci

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - Nel nostro paese ha rischiato di chiudere i battenti. Invece, in Cina l'Ebri, il centro di ricerche fondato dal premio Nobel Rita Levi Montalcini, potrebbe rivoluzionare completamente la lotta a molte patologie cerebrali. Nel nostro paese sembrava un inutile costo: senza una sede e senza un euro per pagare le bollette arretrate. In Cina invece viene considerata una gallina dalle uova d'oro, un'opportunità per produrre farmaci da commercializzare in tutto il mondo. Per questo l'European Brain Reseach Institute (Ebri) da quest'anno fornirà tecnologie all'industria cinese. Straordinariamente entusiasta delle potenziali applicazioni dell'Ngf (Nerve Growth Factor), il fattore di crescita delle cellule nervose che è ha fatto vincere il Nobel al membro dell'Accademia dei Lincei, la Cina pensa a mettere la propria etichetta su alcuni frutti delle scoperte dell'Ebri. L'azienda di biotecnologie, Xiamen Biotech LTD ha stanziato un finanziamento di ben 2 milioni di euro per «comprare» i cervelli a lavoro sull'Ngf. In pratica, si tratta di una collaborazione, a cui partecipa anche l'Università di Pechino, per potenziare e migliorare i risultati delle ricerche sulle applicazioni terapeutiche dell'Ngf nella lotta alle patologie cerebrali, in particolare all'Alzheimer,

ma anche per sfruttare le enormi potenzialità terapeutiche nei campi dell'oculistica e della dermatologia.

La Xiamen Biotech LTD, sfruttando la scoperta della

SULLE ETICHETTE "MADE IN CHINA"

Le applicazioni terapeutiche delle scoperte promettono proficui ricavi

Montalcini, ha già realizzato un farmaco, impiegando direttamente sull'uomo l'Ngf. Questo farmaco, dopo essere stato sperimentato con risultati straordinari su 500 mila pazienti affetti da polineuropatia periferica, una malattia del sistema nervoso periferico, ha avuto l'autorizzazione all'immissione in commercio.

Dopo il successo di questa prima realizzazione, una delegazione della Xiamen Biotech è venuta in Italia a ringraziare la Montalcini per la sua scoperta ed in tale occasione ha chiesto di poter collaborare con i ricercatori dell'Ebri per potenziare le applicazioni di questa linea di ricerca.

L'accordo firmato dal Commissario dell'istituto, Giuseppe Nisticò, e per la parte cinese dal Chairman Aihua Pan, prevede l'erogazione all'Ebri di un finanziamento di 390 mila euro l'anno per cinque anni, per un totale di 1 milione e 950 mila euro e lo scambio di ricercatori cinesi che verranno a lavorare all'Ebri e ricercatori italiani che dall'Ebri andranno nei laboratori della Xiamen Biotech. I lavori in comune inizieranno a gennaio del prossimo anno.

«Al momento non siamo entrati nel dettaglio degli accordi commerciali - spiega Nisticò - ma considerato il cospicuo finanziamento, in caso di realizzazioni importanti, al-

la Cina, che ha creduto nell'eccellenza dell'Ebri, spetterà la sua parte».

Nel frattempo l'Ebri ha anche avuto la garanzia dei finanziamenti triennali della regione Lazio in un recente incontro tra il presidente della regione Renata Polverini e la Montalcini.

L'Ebri è quindi pronta a lasciarsi alle spalle gli ultimi burrascosi mesi di incertezze e si prepara a questa prestigiosa collaborazione internazionale con l'apertura di due nuovi laboratori sulle malattie neurodegenerative. Si è anche concluso di recente l'iter del concorso per un nuovo capo laboratorio e, delle 16 candidature presentate, è risultato vincitore Michelangelo Campanella, un giovane ricercatore italiano

che lavora presso la University College di Londra da oltre sei anni. Campanella, un cervello in fuga, lascia il posto all'università londinese per ritornare in Italia. E' uno dei rari esempi di scienziati ritornati nel proprio paese dopo aver acquisito importanti esperienze all'estero. L'avventura di Campanella inizierà a novembre ma questo potrebbe non essere l'unico ritorno. La selezione dei candidati,

oltre al vincitore ha portato ad individuare anche 4 idonei che potranno essere chiamati nei prossimi tre anni a dirigere i nuovi laboratori che l'Ebri ha in programma di attivare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I dati dell'Ocse

Caricelli, la fuga dall'Italia

300.000 laureati che lavorano all'estero, dopo aver lasciato il nostro paese

Circa 6.000 gli italiani che hanno ottenuto il visto speciale (M1B) dagli Stati Uniti

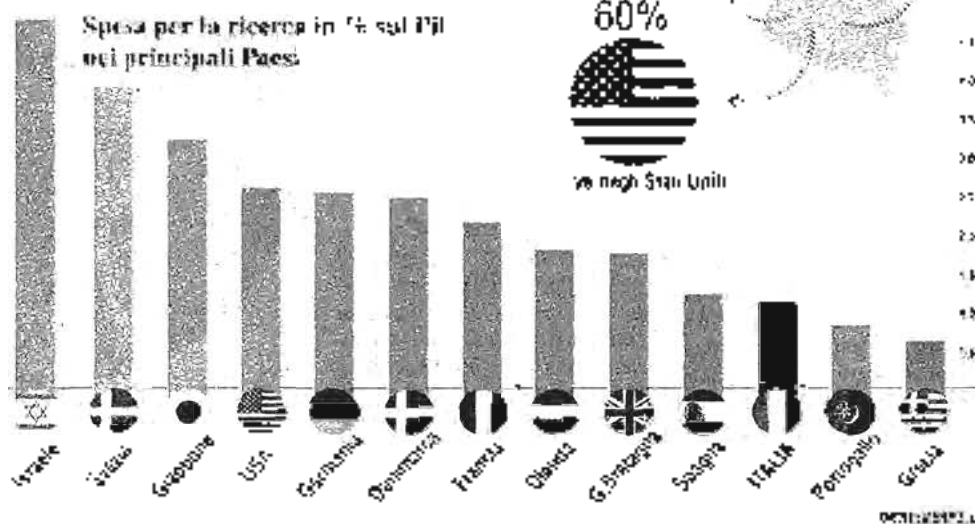
25% va in Gran Bretagna



15% va in Germania



60% va negli Stati Uniti



LA PAROLA CHIAVE

NERVE GROWTH FACTOR

di PIETRO CALISSANO

La scoperta del Nerve Growth Factor (NGF) è stata il «breakthrough» che portò alla luce l'esistenza dei fattori di crescita delle cellule nervose (NGF ed EGF). Le enormi potenzialità della scoperta della Montalcini hanno portato centinaia di ricercatori di tutto il mondo a lavorare sulle applicazioni del NGF e delle altre proteine della stessa famiglia. Queste proteine svolgono ruoli cruciali non solo come fattori essenziali per la vita e lo sviluppo delle rispettive cellule nervose ma anche per il trasporto dal cervello all'organismo e viceversa, di molecole essenziali per numerose funzioni organiche. La scoperta del NGF ha portato in evidenza l'esistenza di una nuova famiglia di sostanze che svolgono il ruolo di «raccordo» per il funzionamento dell'intero organismo.