

Influenza A Contagi in calo in tutta Europa. L'osservatorio di Parigi: l'epidemia è finita

Vaccino, stop a 24 milioni di dosi

Fazio annulla l'acquisto. Germania e Francia rivedono i contratti



L'andamento del virus in Italia



Il contagio

Tra il 4 e il 10 gennaio 2010 i nuovi casi sono stati 78 mila per un totale di 4.103.000 a partire dall'inizio della sorveglianza Influnet* (43ª settimana: 19-25 ott.)

Incidenza dell'influenza per classi di età

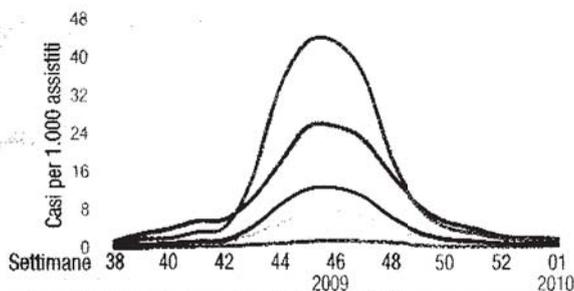
Stagione 2009-2010

- 0-4
- 5-14
- 15-64
- 65 e oltre
- Totale



Incidenza in calo

Il valore dell'incidenza totale dell'influenza è pari a 1,30 casi per mille assistiti. È in diminuzione dopo aver raggiunto il picco epidemico nella 46ª settimana (9-14 nov. 2009), con un'incidenza di 12,87 casi per mille assistiti



* È la sorveglianza della sindrome influenzale, coordinata dal Ministero della Salute

D'ARCO

MILANO — La Francia ha ufficialmente decretato la fine dell'epidemia di influenza A, almeno nelle aree metropolitane: da due settimane, i centri-sentinella segnalano meno casi di quelli necessari per parlare di epidemia, nonostante il virus continui a circolare. Anche nel resto dell'Europa, secondo l'Oms, le infezioni sono calate e in Italia la curva dei contagi, dopo il picco di metà novembre, è scesa progressivamente, salvo arrestarsi proprio nell'ultima settimana.

Così buona parte dei vaccini, acquistati dalle autorità sanitarie dei vari Paesi europei, potrebbe rimanere nei magazzini.

Non solo l'epidemia non è stata così grave come previsto, ma la gente non si è fidata del vaccino e, per di più, una sola dose (invece di due) si è rivelata sufficiente per l'immunizzazione. E adesso i governi, che avevano fatto a gara per accaparrarsi il vaccino a suon di milioni di euro, si stanno affrettando a revocare gli ordini e a rivedere i con-

tratti con le aziende produttrici. Come prima idea.

In alternativa, stanno pensando di rivendere ad altri parte del surplus (per esempio al Messico, il Paese da cui è partita l'epidemia, che ha appena denunciato di avere ricevuto soltanto la metà delle trenta milioni di dosi richieste) oppure di donarne una parte ai Paesi poveri. La Germania guida il gruppo di chi ricontratta: su 50 milioni di dosi, ordinate alla Gsk, ne comprerà soltanto 35 milioni, il 70 per cento, con un risparmio di circa 133 milioni di euro. Anche la Gran Bretagna sta valutando la cancellazione degli ordini (60 milioni di dosi richieste alla Gsk e 30 milioni alla Baxter: a oggi, ne sono state utilizzate rispettivamente 24 e 5 milioni). Il contratto con la Baxter prevede il blocco della fornitura, quello della Gsk no ed è quindi tutto da discutere.

Il Ministro della salute **Ferruccio Fazio**, rispondendo a un'interrogazione, ha annunciato che l'Italia ha annullato

metà degli acquisti inizialmente previsti (e cioè i 24 milioni di dosi che avrebbe dovuto fornire la Sanofi), mentre ha firmato il contratto con la Novartis per 24 milioni di dosi e per un costo di circa 180 milioni di euro: di queste, soltanto dieci milioni sono state prodotte e consegnate. E quelle utilizzate? Circa 900 mila, dall'inizio della campagna, secondo gli ultimi dati. «L'Italia aveva anche previsto - precisa Fabrizio Oleari, direttore generale della Prevenzione al Ministero della salute - di fornire il 10 per cento dei suoi vaccini all'Oms. Rimangono, quindi, poco più di 21 milioni di dosi complessivamente».

Secondo Fazio l'Italia è, fra i Paesi del G8, quello con le scorte vaccinali più basse, scorte che, però, è «indispensabile mantenere, perché le pandemie influenzali sono, per loro natura, imprevedibili».

La Francia, che pensava di vaccinare tutta la popolazione e ha ordinato 94 milioni di dosi a 4 diverse aziende, sta

cercando di cancellarne 50 milioni (solo l'8 per cento dei francesi si è vaccinato), lo stesso stanno facendo anche Olanda, Spagna e Svizzera.

Mosca bianca nel panorama europeo e mondiale è la Polonia: il governo non ha previsto alcuna campagna vaccinale semplicemente perché non riteneva sicuro il vaccino. Il primo Ministro Donald Tusk ha dichiarato: «Abbiamo preso questa decisione nell'interesse dei cittadini, perché il vaccino non è stato sufficientemente sperimentato, e dei contribuenti».

Molti polacchi adesso esultano (nonostante 145 morti a oggi, paragonabili, però, a quelli di altri Paesi) non solo perché sono stati risparmiati soldi pubblici, ma anche perché considerano questa deci-



sione un gesto di sfida nei confronti delle multinazionali del farmaco, dell'Unione Europea e dell'Oms.

E in effetti il Consiglio d'Europa a Strasburgo, proprio in questi giorni, sta lanciando un'indagine per verificare se non ci siano state pressioni da parte dell'industria farmaceutica sull'Oms, che avrebbe troppo precipitosamente dichiarato lo stato di pandemia, e sui suoi consulenti, che hanno legami con le multinazionali.

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'indagine

Il Consiglio d'Europa sta lanciando un'indagine per verificare se ci siano state pressioni da parte dell'industria farmaceutica sull'Oms

L'allarme dell'Oms

L'11 giugno 2009 la presidente dell'Organizzazione mondiale della Sanità, Margaret Chan (nella foto) ha dichiarato lo stato di pandemia per la nuova influenza, aumentando a 6, il massimo, la soglia di allerta

Il virus

L'Oms

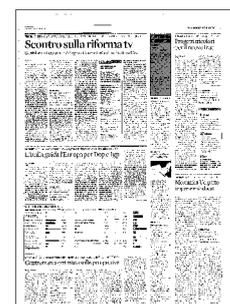
Secondo l'Oms, l'influenza A non è una «falsa» pandemia. Ieri Keiji Fukuda, consigliere del direttore generale dell'Oms per la pandemia di influenza, ha spiegato che «il numero di Paesi colpiti è passato da nove nell'aprile 2009 a 120 in luglio». Finora sono morte 13 mila persone

Il vaccino

I governi, che avevano fatto a gara per accaparrarsi il vaccino, si stanno affrettando a revocare gli ordini e a rivedere i contratti con le aziende produttrici

BREVI**Dall'Economia****INFLUENZA A****Salgono a 210
le vittime italiane**

Sono 210 le vittime in Italia dell'influenza A, su 4 milioni 120mila casi. Sono i dati del bollettino del ministero della Salute sulla pandemia nel nostro paese. Il numero maggiore di decessi si registra in Campania (52), seguita da Puglia (33), Sicilia (21) e Calabria (15). In Europa le vittime sono 2.233, nel mondo 14.160 (fonte Ecdc). I nuovi casi stimati nelle prime settimane della prima settimana (4-10 gennaio 2010) sono 78mila, per un totale di 4.103.000 casi a partire dal 19 ottobre quando è iniziata la sorveglianza Influnet della corrente stagione. Le vittime sono lo 0,005 per cento dei malati.



Niente panico e molte precauzioni: una ricerca targata

Key-Stone ha sondato le reazioni di 600 famiglie

Italiani «maturi» di fronte al virus A

Ha prevalso la capacità di critica e di analisi

L'accusa: troppo «allarmismo interessato»

Pur con alcune tipiche e forse un po' stereotipate - o rassegnate - convinzioni in merito ai possibili interessi economici retrostanti questo fenomeno, gli italiani hanno assunto un atteggiamento maturo e consapevole. Anche le famiglie con figli minori, che presentano maggiori rischi di contagio. Comportamenti di tranquillità ma tutt'altro che superficiali, che nella maggioranza dei casi hanno visto l'adozione di adeguate precauzioni senza farsi prendere dal panico e da condotte irrazionali.

L'insieme dei dati raccolti ci spinge anche a una riflessione sulla manifestazione di una sensibilità critica che favorisce la disamina delle notizie e la decodifica delle informazioni, al fine di determinare quali atteggiamenti assumere al di là dell'allarmismo generale o di qualsivoglia pressione mediatica. Chiaramente il tutto agevolato dagli effetti obiettivamente benevoli, nella stragrande maggioranza dei casi, di una pandemia certamente sopravvalutata dagli enti preposti a livello internazio-

le, Oms in primis.

Questo caso appare - dal punto di vista mediatico - non così lontano da altri fenomeni di cui si è discusso e, sia pur maggiormente severi, ci si è particolarmente allarmati nell'ultimo decennio (dalla Sars all'aviaria e prima ancora la "mucca pazza" ecc.). Ciò può contribuire a ridurre l'autorevolezza di organizzazioni internazionali, mass media, medicina in generale. Viene così spontaneo evocare "Lo scherzo del pastore" di Esopo e il suo "Al lupo, al lupo!". Nel momento in cui realmente si correranno dei rischi, sapremo davvero determinare quali atteggiamenti assumere al di là dell'allarmismo?

pagine a cura di
Roberto Rosso
presidente Key-Stone
www.key-stone.it

Si è appena conclusa un'ampia ricerca Key-Stone - istituto specializzato nel mondo della salute e del benessere - svolta su un campione rappresentativo di 600 famiglie italiane con figli, proprio al passaggio del "primo picco" dell'influenza da virus A/H1N1 - così come dichiarato dal ministro della Salute Ferruccio Fazio lo scorso 22 dicembre. L'indagine ha voluto indagare gli atteggiamenti degli italiani durante questa prima fase della pandemia.

Reazioni iniziali alla diffusione della notizia: un terzo quasi indifferente

Inizialmente la ricerca ha voluto indagare lo stato d'animo al diffondersi della notizia della possibile pandemia, sottoponendo una scala gerarchica emozionale e di livello di coinvolgimento.

Circa un terzo degli intervistati ha dichiarato una sostanziale tranquillità e basso coinvolgimento emotivo. Sono soprattutto i residenti nel Nord Italia, i meno giovani e con alto livello di scolarizzazione a dimostrare maggior tranquillità. Questo atteggiamento più fiducioso si è riscontrato maggiormente tra chi ha chiesto informazioni al proprio medico. Il 31% dichiara di aver provato interesse e di aver seguito costantemente le notizie e il 17% di averle cercate in rete. Preoccupazione o paura per il 20% degli intervistati, in particolare al Sud e tra le donne in modo più marcato.

Canali di raccolta di informazioni: spicca il ruolo del medico al 29%

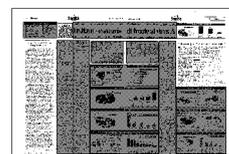
La televisione è il canale informativo fondamentale, in particolare per le famiglie meno evolute sotto il profilo culturale. Internet è stato utilizzato dal 17% delle famiglie con un picco a circa il 30% nell'uso della rete per i laureati. Il medico risulta essere un vero "medium" alternativo alla televisione per chi lo ha maggior-

mente consultato. La domanda poteva avere risposta multipla.

Comportamenti igienico-sanitari: cambiati per il 59% delle famiglie

La diffusione del virus ha comunque inciso sui comportamenti preventivi di tipo igienico-sanitari della maggior parte degli italiani. Molto forte è stata la spinta ad acquistare disinfettanti per le mani, frutto probabilmente anche di campagne pubblicitarie specifiche e strategie distributive molto capillari.

Tra le «precauzioni più specifiche» adottate - soprattutto da mamme con meno di 40 anni e più genericamente al Sud - si incontra l'acquisto di barriere protettive come guanti o mascherine, sino alla preferenza per i cibi precotti e confezionati per una minoranza di famiglie (circa il 2%).



Abitudini nella vita sociale: modificate solo per il 12%

Molto meno marcata è risultata la modifica delle abitudini da un punto di vista sociale e relazionale. Nonostante la forte attenzione all'igiene personale, solo il 12% ha modificato le proprie abitudini e i comportamenti sociali, riducendo le situazioni potenzialmente a rischio: principalmente i luoghi affollati, i mezzi pubblici e i locali di ricreazione. Ciò è avvenuto soprattutto per gli ambienti più pericolosi per i bambini. Il fenomeno ha riguardato in modo più marcato (30%) soprattutto chi aveva sin dall'inizio manifestato maggior preoccupazione.

Luoghi di maggiore rischio di contagio: le scuole per i due terzi delle famiglie

Scuole, ospedali e mezzi pubblici spiccano quali ambienti ritenuti più pericolosi per il possibile contagio. Ma va considerata la peculiarità del campione, composto essenzialmente da famiglie con figli, nel valutare la forte incidenza delle scuole quale principale luogo di contagio. Seguono gli ambulatori medici e i luoghi di ricreazione. Da notare che, tra gli «altri luoghi» indicati sono stati spesso citati spontaneamente i supermercati e centri commerciali.

Reazioni a sintomi di malattie influenzali: hanno colpito il 69% delle famiglie

Decisamente "matura" la reazione degli italiani di fronte a sintomi generici di malattia influenzale o da raffreddamento di qualche membro della famiglia, che considerando la stagione ha fisiologicamente toccato circa il 70% delle famiglie.

Nel 43% dei casi si è semplicemente lasciata al suo decorso la sindrome pensando che non si trattasse di nulla di preoccupante.

Va premesso che la diffusione delle notizie e le campagne stampa hanno avuto forte rilevanza durante l'estate, anche le dichiarazioni ministeriali facevano presagire una recrudescenza della malattia in autunno. Nonostante ciò solo il 4% ha provato realmente timore, recandosi peraltro in rarissimi casi (1%) al pronto soccorso. Criticità potenziale all'inizio fortemente temuta dalle istituzioni.

Diffusione della malattia: arrivata nel 17% delle famiglie

La ricerca condotta da KeyStone non si è posta l'obiettivo di "misurare" la quantità di cittadini che hanno contratto o pensato di aver contratto il virus - il cui dato è reso disponibile dagli enti preposti - ma di offrire una visione del fenomeno nel suo complesso, misurandone i comportamenti.

In questo caso si osserva come, secondo gli intervistati, nel 17% delle famiglie del campione ci sia stato almeno un caso di influenza da A/H1N1, in particolare tra i figli.

Diffusione della malattia a livello scolastico: il virus nel 52% delle scuole

Molto più diffuso il fenomeno a livello scolastico. Secondo il sondaggio, infatti, nel 52% delle scuole frequentate dai figli vi sono stati casi di influenza da virus A/H1N1.

A questo proposito si è voluto approfondire l'argomento chiedendo ai genitori il tipo di reazione alla diffusione del virus a scuola. Anche in questo caso, sia pur alla presenza effettiva del rischio di contagio da H1N1, e nonostante il tema abbia riguardato i figli, le famiglie italiane si sono dimostrate in due terzi dei casi tranquille e hanno reagito senza allarmismi.

di comunicazione: "allarmismo interessato"

Oltre il 70% degli intervistati lamenta un allarmismo eccessivo da parte degli enti preposti e dei mezzi di comunicazione. Il tema dell'enfatizzazione della pandemia è stato quindi ulteriormente approfondito - inizialmente con una domanda aperta per evitare qualsivoglia influenzamento - e le dichiarazioni sono praticamente unanimi: per il 98% di coloro che lamentano allarmismo questo è creato per interessi di vario genere, anche se nell'immaginario spicca quello dell'industria farmaceutica, con il 66% di citazioni.

Efficacia della campagna di comunicazione: soddisfatto l'85%

Nonostante la dichiarazione di eccessivo allarmismo, la campagna di comunicazione nel suo complesso ha certamente contribuito a rendere gli italiani più consapevoli. Pur tenendo conto dei dubbi relativi all'amplificazione del problema a ipotetici interessi economici connessi, ben l'85% delle famiglie italiane intervistate si ritiene soddisfatta e consapevole rispetto al tema relativo alla diffusione dell'influenza A. È probabile che un certo atteggiamento di maturità, che non sembra affatto connesso a sottovalutazione, sia anche dovuto a una corretta modalità di comunicazione non solo degli enti preposti e dei media, ma anche dei medici di famiglia e dei farmacisti, che interpellati sembra abbiano contribuito a fornire il giusto apporto nell'indispensabile equilibrio nella relazione "rischio-precauzioni". Le analisi di correlazione dimostrano infatti un atteggiamento molto più razionale da parte dei soggetti che hanno consultato il medico di famiglia per avere maggiori informazioni.

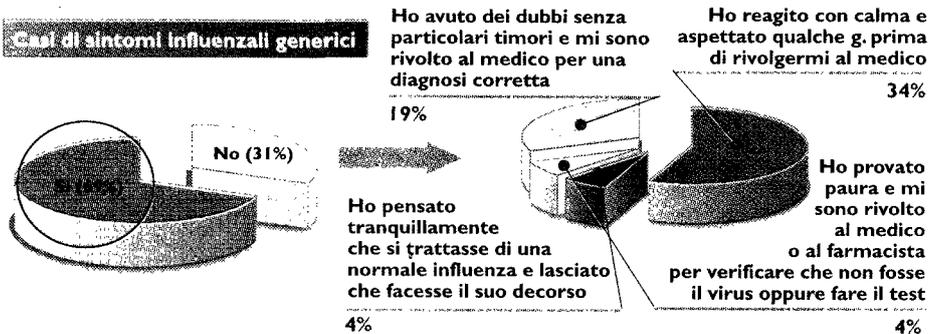
Opinioni sulla campagna

I numeri dell'epidemia

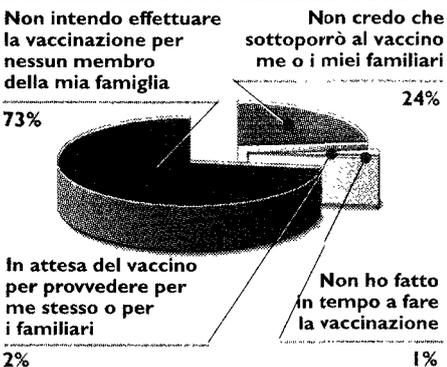
- Casi stimati di influenza A in Italia da maggio: **3,96 milioni**
 - Decessi accertati: **193**
 - Ricoveri legati a forme severe: **923**
 - Casi che hanno necessitato di assistenza respiratoria: **446**
 - Dosi di vaccino consegnate alle Regioni: **10 milioni**
 - Vaccinati: **812.559**
 - Percentuale di operatori sanitari vaccinati: **15%**
 - Percentuale di donne incinte vaccinate: **12%**
 - Percentuale di persone a rischio tra 6 mesi e 65 anni vaccinate: **12%**
- Fonte: min. Salute, 31 dicembre 2009

Reazione a sintomi influenzali generici

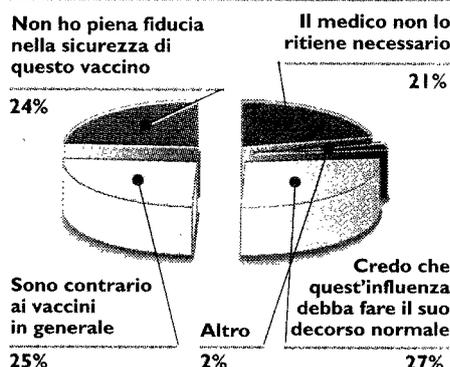
Casi di sintomi influenzali generici



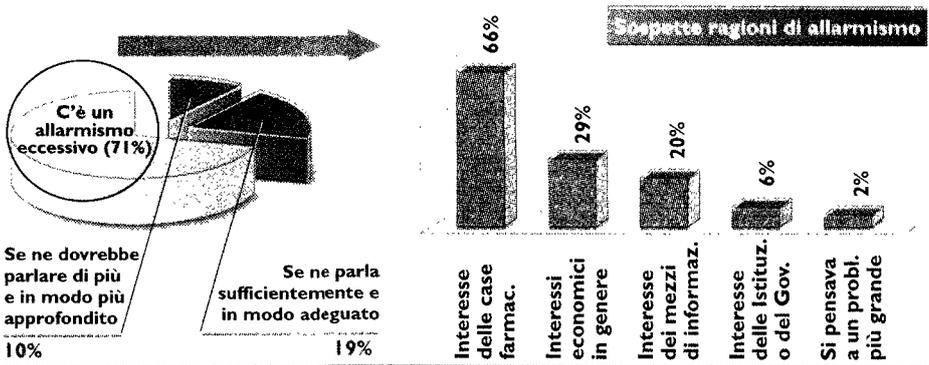
Gli orientamenti sul vaccino



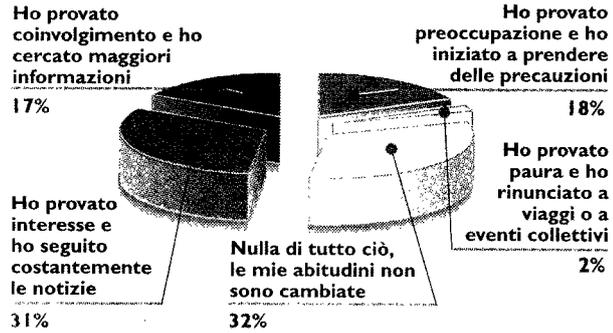
Le resistenze al vaccino



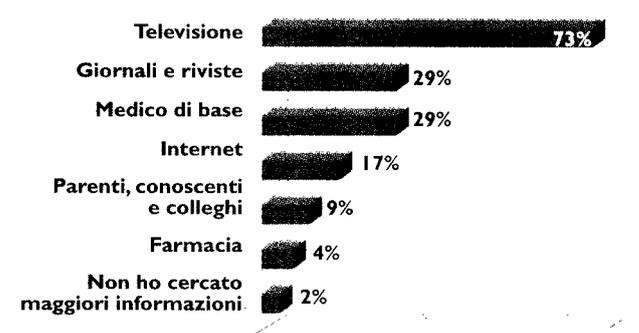
Opinione rispetto alla campagna di comunicazione in atto



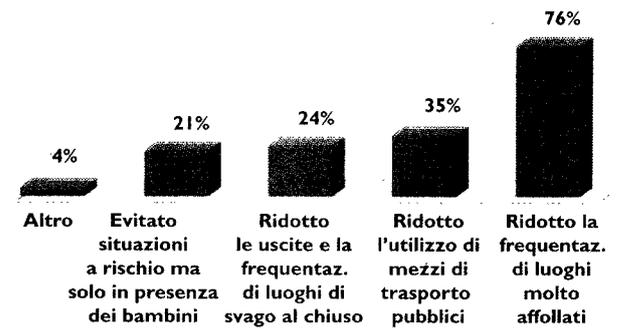
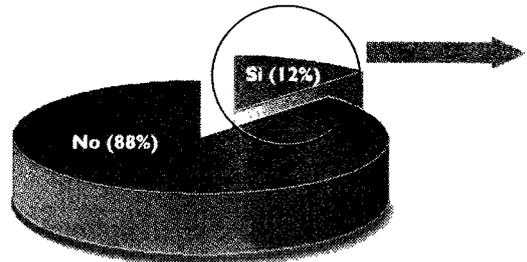
La prima reazione al diffondersi della notizia



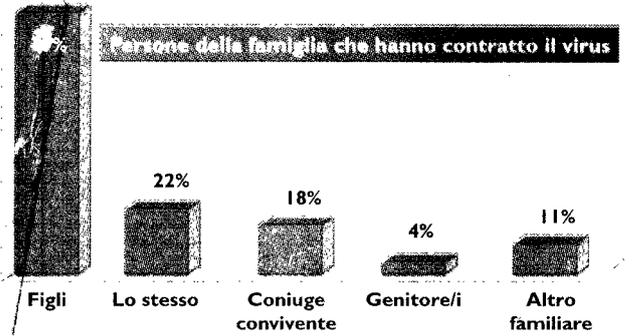
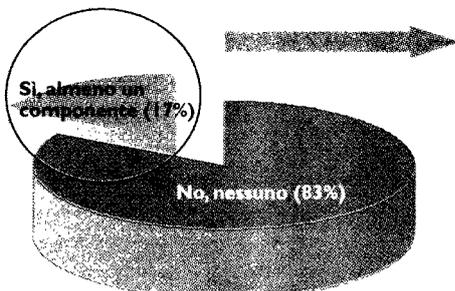
I canali di informazione



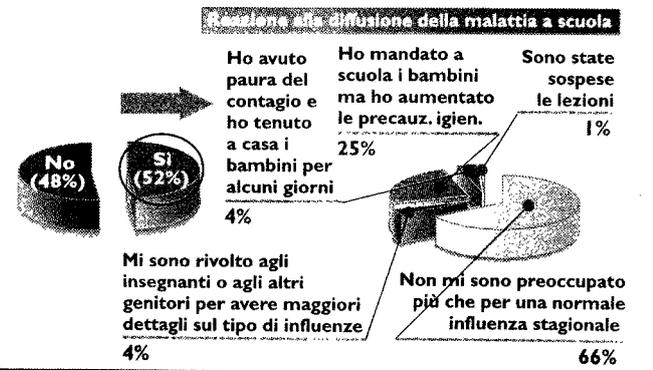
La modifica delle abitudini



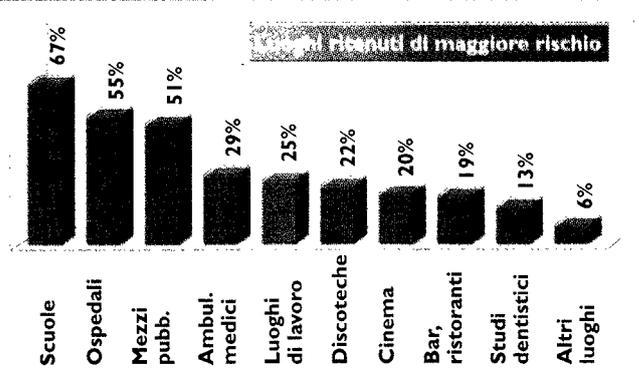
Infezione da H1N1



Casi di H1N1 nella scuola



Luoghi frequentati dai figli



**In arrivo al Mezzogiorno
465 milioni per la ricerca**

In arrivo il primo bando per la ripartizione dei fondi europei ricerca e competitività 2007-2013. Alle regioni del Sud andranno 465 milioni di euro, mentre altri 100 sono destinati al Centro-nord. **» pagina 7**

**Verso la ripresa dell'economia
IL SOSTEGNO ALL'INNOVAZIONE**

Dote aggiuntiva. Altri 100 milioni andranno a finanziare le iniziative del Centro-nord

Sinergie. Le aziende potranno coordinarsi e presentare «costellazioni di progetti»

Al Sud 465 milioni per la ricerca

Arriva il primo bando per i fondi Ue 2007-2013 - Sostegno alle Pmi e alle reti di impresa

Eugenio Bruno
ROMA

Tempo poche ore e anche in Italia la macchina del Pon 2007-2013 "Ricerca e competitività" si metterà in moto. Il bando con la prima tranche dei finanziamenti europei per il sostegno della crescita nelle regioni a sviluppo ritardato è ormai pronto. A disposizione del Mezzogiorno ci saranno 465 milioni di euro. Altri 100 invece andranno alle aree del centro-nord. Dedicando un'attenzione particolare alle reti di imprese e agli incentivi per la creazione di filiere tra aziende, enti pubblici e università.

Le risorse

La doppia destinazione territoriale è una delle peculiarità del bando. In realtà, il programma operativo nazionale (Pon) "Ricerca e competitività" 2007-2013 destina una quota dei fondi strutturali europei alle cosiddette "regioni della convergenza" - vale a dire con un Pil pro capite inferiore del 75% alla media Ue - per metterle al passo con il resto del continente. Sul piatto ci sono 6,4 miliardi di euro da qui al 2013. Divisi praticamente a metà tra Sviluppo economico e Istruzione. Di questi ultimi, 1,6 andranno spesi entro l'anno.

1465 milioni di cui sopra rappresentano solo la prima tranche. E saranno così ripartiti: 80 milioni alla Calabria, 90 alla Sicilia, 145 alla Campania e 150 alla Puglia. Sul presupposto che il

cuore pulsante dell'innovazione batte al nord, l'Istruzione ha deciso di prelevare 100 milioni dal fondo nazionale per le agevolazioni alla ricerca (Far) e destinarli alle imprese centro-settentrionali che verranno coinvolte nei progetti o con una partecipazione al 25% oppure fornendo consulenza e know-how. Laddove in passato gli stessi soggetti erano costretti ad aprire una sede al sud per poter partecipare alla selezione.

I progetti

A giorni l'invito alla «presentazione di progetti di ricerca industriale» - cioè diretti a introdurre innovazioni di prodotto, processo o servizi e contenenti e rivolti anche alla formazione di tecnici o ricercatori - sarà pubblicato in Gazzetta ufficiale. Da quel momento partirà il count down per la presentazione delle domande, che si concluderà il 9 aprile. Nove i settori interessati, con una scelta che tende a mettere insieme i settori indicati come prioritari a livello europeo con alcune peculiarità tutte italiane: ict, materiali avanzati, energia e risparmio energetico, salute dell'uomo e biotecnologie, sistema agroalimentare, aerospazio e aeronautica, beni culturali, trasporti e logistica avanzata, ambiente e sicurezza.

Al fine di non disperdere le risorse in mille rivoli, ogni intervento dovrà durare non più di 36 mesi. Al tempo stesso dovrà avere un valore minimo di 5 milioni di euro (e uno massimo di 25). Nel bando, inoltre, trova po-

sto una delle innovazioni a cui il ministro Mariastella Gelmini tiene di più: la «costellazione di progetti» (si veda Il Sole 24 ore del 6 novembre). Ciò significa che i piani di importo più rilevante potranno essere suddivisi tra almeno tre imprese in porzioni di importo non superiore a 10 milioni e capaci di "brillare" di luce propria.

I destinatari

Al bando potranno partecipare aziende, consorzi, organismi di ricerca e parchi scientifici e tecnologici. Per incentivare la collaborazione pubblico-privata viene previsto che, in caso di partecipazione al progetto di un ateneo o di un ente pubblico, il contributo a fondo perduto salirà dal 50 all'85 per cento. Per non tagliare fuori le aziende più piccole viene poi previsto che nei progetti presentati dalle grandi imprese una quota non inferiore al 35% dovrà essere riservata alle pmi. Nella selezione, infine, un occhio di riguardo verrà prestato alle reti di imprese come disciplinate dalla legge 33 del 2009.

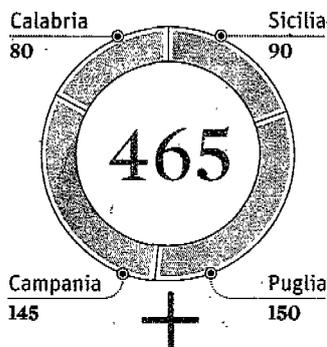
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Arriva la prima tranche di fondi europei

LE RISORSE

Bando per progetti ricerca industriale. **In milioni**



Regioni Centro-Nord del fondo per le agevolazioni alla ricerca (Far)

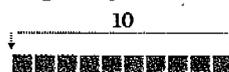
I COSTI

Somme massime rimborsabili. **In milioni**

Progetti (incluso la formazione)



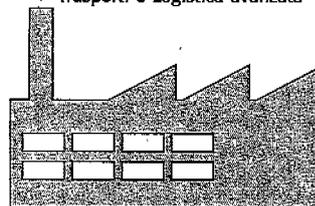
Singola impresa



I SETTORI

Ambiti di finanziamento

- Aerospazio/aeronautica
- Ambiente e Sicurezza
- Beni Culturali
- Energia e Risparmio Energetico
- Ict
- Materiali Avanzati
- Salute dell'uomo e Biotecnologie
- Sistema agroalimentare
- Trasporti e Logistica avanzata



INTERVISTA | Mariastella Gelmini

«Rafforzeremo la collaborazione pubblico-privato»

ROMA

Una grande opportunità per il Mezzogiorno. Ma al tempo stesso una leva per incentivare la collaborazione Nord-Sud attraverso le partnership pubblico-private aperte ad imprese, atenei e centri di ricerca. È così che il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini vede il primo bando per l'attribuzione delle risorse europee destinate alla ricerca e alla competitività. Proprio quando all'orizzonte già si profila una scadenza forse ancora più sentita dalla responsabile dell'Istruzione. Entro fine mese, infatti, dovrebbe essere pronto il programma nazionale della ricerca 2010-2012. Che punta far salire, da qui al 2013, la quota di investimenti pubblici in R&S dallo 0,56 allo 0,65% e il cui valore potrebbe superare i 10 miliardi di euro.

Il primo bando per le risorse Pon 2007-2013 è ormai in dirittura d'arrivo. Che importanza da' a questo atto?

Un'importanza straordinaria. È il primo atto concreto dopo gli accordi firmati a giugno con le "regioni della convergenza". Una grande opportunità per il rilancio delle regioni del Mezzogiorno.

Quali sono gli aspetti più innovativi contenuti nel bando?

È indispensabile puntare alla qualità e non alla quantità dei progetti, selezionandoli su base meritocratica. Valorizzare dunque i migliori, concentrando l'impiego delle risorse su interventi rilevanti per evitare la frammentazione del passato. Bisogna produrre effetti durevoli sulla imprenditorialità nel territorio. Una novità fondamentale sarà la collaborazione nord-sud attraverso laboratori pubblico-privati, pmi e

università o centri di ricerca che consentirà di ottenere risultati importanti.

In arrivo c'è anche il nuovo programma nazionale della ricerca. È molto atteso anche perché l'ultimo risale al 2007. Quali saranno gli obiettivi?

La valorizzazione dei giovani eccellenti a cui sarà data la possibilità, attraverso consistenti finanziamenti, di fare vera ricerca per la prima volta. Il piano tiene conto inoltre del tessuto imprenditoriale italiano nella definizione degli obiettivi. La creatività e l'innovazione so-

SELEZIONE SUL MERITO «Con le aggregazioni le Pmi affronteranno meglio la concorrenza internazionale»

no nel Dna delle nostre piccole e medie imprese. Lo sforzo che sto facendo è favorire l'aggregazione delle pmi per meglio affrontare la competitività internazionale. Proprio nel bando sulla ricerca industriale è stato per la prima volta inserito tra le priorità il concetto di "costellazione di imprese", proprio per indurle ad attuare una strategia di squadra.

Per renderlo operativo al meglio che contributo si aspetta dagli altri ministeri?

Con gli altri ministeri è necessario un quadro coordinato e unitario di azione. Il governo ha messo a punto una strategia complessiva che sarà sicuramente apprezzata dal mondo della ricerca.

Eu. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Corte dei conti condanna il dottore «per l'abuso di ricette» Troppi farmaci? Paga il medico

«Ha prescritto troppi farmaci». La Corte dei conti apre un nuovo scenario nella lotta agli sprechi e condanna un medico al rimborso di 2.500 euro, stabilendo che nelle cure è necessario tenere conto delle «limitate risorse per la sanità». Si chiude così un'inchiesta che ha visto coinvolti a Milano 564 medici.

A PAGINA 20 **Guastella**

Milano Nella cura è indispensabile tener conto delle «limitate risorse per la sanità»

Prescritte troppe medicine «Deve pagarle il medico»

La Corte dei Conti condanna a risarcire il danno alla Asl

In farmacia Giro di vite della Corte dei Conti della Lombardia contro l'eccesso di prescrizioni

Farmaci
Lo spreco
in numeri

30

Euro
è la cifra che ogni italiano spende ogni anno acquistando farmaci che poi non usa

2

Miliardi di euro
è la stima del valore totale dei farmaci sprecati in un anno

30%

Pastiglie
è il contenuto delle confezioni (blister) che non viene utilizzato dal paziente

MILANO — Il medico di famiglia che prescrive più farmaci mutuabili del necessario oppure senza gli esami preventivi imposti dal Servizio sanitario nazionale deve rimborsare la spesa all'erario, anche se dal punto di vista clinico la ricetta era corretta. La Corte dei conti condanna un medico di base «iperprescrittore» aprendo uno scenario nuovo nel contrasto agli sprechi delle ricette facili nella spesa sanitaria, che nel 2009 ha fagocitato 102,6 miliardi di euro.

È la chiusura della «vertenza» aperta dalla Procura della Corte dei Conti della Lombardia nel 2005, quando sotto la lente di ingrandimento della Guardia di Finanza di Milano finirono 564 medici sospettati di prescrivere troppi farmaci.

L'indagine nasceva dal sospetto che alcune aziende farmaceutiche facessero «comparaggio», la pratica di elargire viaggi gratis in località esotiche con la scusa di fantomatici convegni, computer, telefonini e regalie varie a medici che poi prediligevano nelle ricette i prodotti delle stesse aziende. Grazie ai sistemi informatici delle Regioni, che memorizzano le ricette «rosse» staccate dai dottori (quello della Lombardia è all'avanguardia), la Gdf si concentrò su 277 medici che per due anni avevano sforato del doppio la media statistica delle prescrizioni e non erano rientrati nei limiti nonostante gli ammonimenti delle Asl. Il danno ipotizzato era di 12,3 milioni.

Dopo che i nomi finirono in

un fascicolo del vice procuratore generale Paolo Evangelista, 56 medici hanno risarcito volontariamente l'erario per 121 mila euro, 6 sono stati citati in giudizio, 108 sono sotto indagine, i restanti lo saranno presto. Contro l'inchiesta si schierò una sigla sindacale autonoma che organizzò una forte protesta durante la quale alcuni medici si incatenarono di fronte agli uffici della Corte per dire «no al risparmio sulla pelle dei malati».

Nella sentenza, i giudici (Vetro, presidente, Massa, Tenore, relatore) non nascondono che si tratta di un «delicato problema». I medici prescrivono i farmaci seguendo «scienza e coscienza», ma contemporaneamente devono rispettare le norme sull'impiego delle

medicine fissate dal Ssn anche per il contenimento della spesa pubblica. «Medico e paziente devono essere consapevoli del fatto che le risorse disponibili per la sanità sono relativamente limitate».

Il criterio da seguire è quello della «appropriatezza» dei farmaci in relazione alle malattie e ai pazienti. Ogni medico di base ha a disposizione un prontuario e altra documentazione dove sono riportate le



caratteristiche dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario e le procedure per la loro prescrizione. Un medico che ritiene di dover prescrivere un farmaco, ma non può farlo perché le norme vietano di addebitarlo al Ssn, può trovarsi di fronte a un «conflitto con quello che la sua scienza e la sua coscienza gli dettano per il bene del paziente», se quest'ultimo non è in grado di pagare di tasca propria le medicine. Per questo, secondo i giudici contabili, il medico deve potersi muovere con un certo «margine di discrezionalità». Per condannarlo, cioè, non basta il solo sfioramento dei parametri. Il collegio si è rivolto a tre periti di fama per verificare i 9 casi presi a campione dalla Procura. Le conclusioni, però, non sembrano avere nulla a che fare con «scienza e coscienza». In sei episodi, infatti, ci sarebbero stati comportamenti «ingiustificati e gravemente colposi». Talvolta il farmaco era corretto dal punto di vista clinico, ma non lo erano le procedure seguite prima di arrivare alla prescrizione. In certi casi, invece, sono stati prescritti 4 o 5 cicli di somministrazione, quando ne sarebbe bastato solo uno. Il medico dovrà risarcire al Ssn 2.840 euro con gli interessi e, assieme al sindacato che ha voluto affiancarlo nella causa, pagare i costi dei periti.

Giuseppe Guastella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

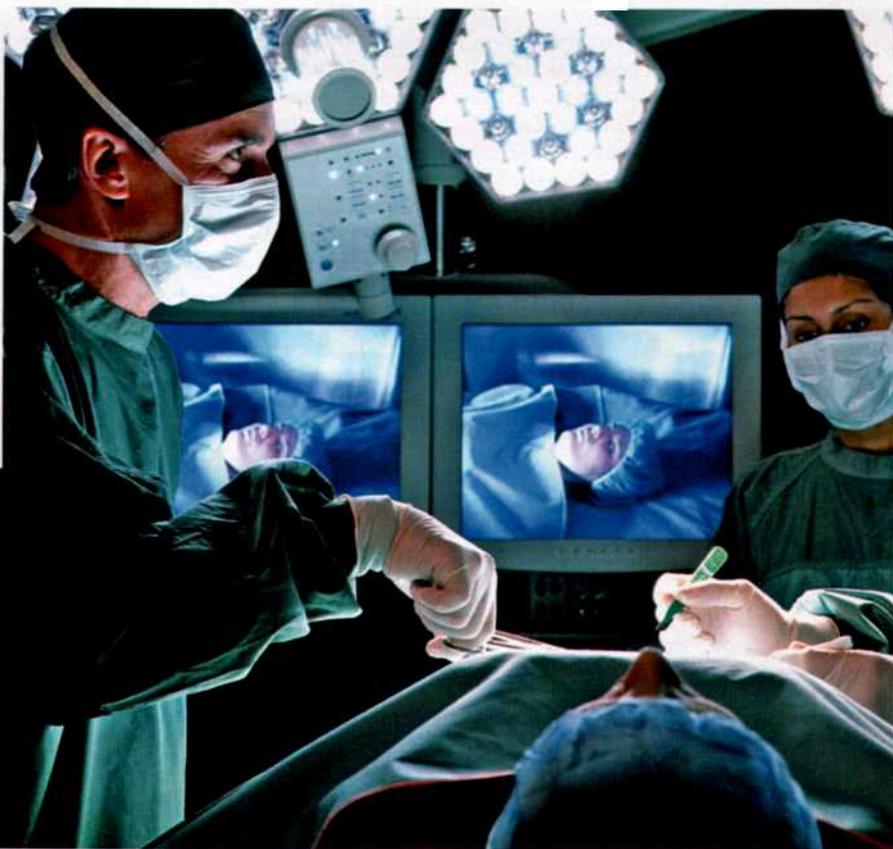
I controlli

Il dottore dovrà sborsare 2500 euro. L'indagine era partita nel 2005: sotto osservazione 564 medici

IL MEDICO ha sempre ragione

Errori chirurgici. Analisi sbagliate. Mancata assistenza. Si moltiplicano i casi dal Nord al Sud. Ma nessuno vuole davvero affrontare il problema. E i camici bianchi ne escono sempre impuniti

DI PAOLO BIONDANI



Dalla Puglia al Trentino, dalla Lombardia alla Sicilia, la malasanità torna ad allarmare. I due neonati morti a Foggia, l'infarto al pronto soccorso di Pisa o le tragedie ospedaliere in Calabria sono vissute non come drammatiche eccezioni, ma come sintomi di un male cronico, che si riacutizza ciclicamente. Allora, come in un copione da anni immutato, i familiari delle vittime invocano condanne esemplari, le associazioni denunciano altri orrori ospedalieri, i ministri promettono riforme, l'opposizione accusa, i pm indagano, i medici si sentono perseguitati. Ma quando il dolore e la rabbia vengono dimenticati, si torna al punto di partenza: nessuna diagnosi, nessuna cura. Sulla carta lo Stato continua a minacciare di punire i responsabili con l'arma estrema del carcere. Ma perfino a Milano i pm riconoscono che per le colpe mediche, di fatto, in prigione non ci finisce nessuno. Mentre le autorità sanitarie non sanno rispondere neppure alla domanda più elementare: quanti italiani muoiono ogni anno di malasanità?

«Molti sedicenti tecnici e quasi tutti i politici ci criminalizzano sparando cifre gonfiate», tuona il chirurgo ortopedico Maurizio Maggiorotti, presidente dell'associazione Amami, nata sette anni fa per difendere i dottori accusati ingiustamente, che oggi dichiara ben 35 mila aderenti. «Parlare di 30

o di 90 morti al giorno è un'assurdità scientifica. I dati delle assicurazioni riguardano indistintamente tutti i sinistri. E il tribunale del malato classifica qualsiasi lamentela dei pazienti, anche infondata. Mentre le vere denunce giudiziarie vengono archiviate nell'80 per cento dei casi. La verità è che i medici italiani sbagliano poco. Quanto, nessuno può dirlo: la nostra proposta di un osservatorio nazionale sui processi, lanciata nel 2002, è rimasta lettera morta».

Per trovare dati accettabili anche dai medici che si sentono messi alla gogna, si può partire dai cosiddetti "eventi-sentinella": infortuni «potenzialmente evitabili, che provocano la morte o gravi danni» ai pazienti. È un «monitoraggio amministrativo» che raccoglie segnalazioni non sospettabili di accanimento, perché fornite dagli stessi ospedali «in via confidenziale», senza nomi: l'obiettivo è solo risolvere il problema. Ebbene, tra settembre 2005 e ago-

sto 2009 le strutture sanitarie hanno segnalato al ministero 385 "eventi-sentinella", con 211 casi di morte dei pazienti. Le specialità più a rischio sono ostetricia (14,8 per cento), chirurgia generale (13,3) e medicina generale (12,2), seguite da ortopedia (8,8) e psichiatria (6,8). Il ministero della Salute avverte che i dati sono parziali: molti ospedali non rispondono, soprattutto al Sud. E in un'altra rilevazione nazionale si legge che, delle 393 strutture sanitarie interrogate nel settembre 2006, solo 91 hanno attivato la prescritta "Unità di gestione del rischio clinico". In Calabria, Sardegna, Campania e Sicilia una clinica su due non ha neppure risposto al ministero.

Solo alcune regioni hanno avviato un censimento delle denunce sanitarie. Nel decennio 1999-2008 la Lombardia ha registrato oltre 20 mila richieste di risarcimento: circa 2 mila all'anno, con un tetto di 2.160 nel 2008. Rapportando questa cifra alla popo-



lazione italiana, ne deriva una stima credibile di oltre 12 mila cause intente ogni anno contro medici e ospedali. Stando alle denunce dei pazienti lombardi, i problemi più gravi sono gli errori chirurgici (24,3 per cento) e diagnostici (19,1). Mentre tra gli eventi-sentinella, segnalati dagli ospedali, la prima emergenza è il suicidio anche solo tentato dal malato (88 casi, il 22,9 per cento del totale): se il paziente cerca di ammazzarsi, insomma, anche il dirigente sanitario più ottuso o lottizzato riconosce che forse c'è qualche problema. Sul numero di vittime, l'unico dato ufficiale risale allo studio dell'Istat sulle «cause di

Foto: D. Krieger - Corbis, F. Claffillo - Ansa, F. Collari - Ag. Sintesi

Reparti a rischio

Aree specialistiche con maggior numero di errori



Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato. Rapporto PIT Salute



L'azienda Ospedali riuniti di Foggia. A sinistra: chirurghi al lavoro in una sala operatoria

Ecco gli errori

Tipologia degli errori medici



Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato. Rapporto PIT Salute

solo 2 decessi per «danni dovuti a cure» e altri 11 per «effetti nocivi di terapie farmacologiche». A questi però si aggiungono 345 morti per «reazioni

Identikit delle vittime

Casi di morte o lesioni gravissime per cause medico-ospedaliere segnalati dalle strutture sanitarie al ministero della Salute tra il primo settembre 2005 e il 31 agosto 2009

Tipo di evento	Numero di casi	%
Suicidio e tentato suicidio in ospedale	88	22,90
Caduta del paziente	38	9,90
Errore nell'intervento chirurgico	36	9,30
Materiale lasciato nel sito chirurgico	34	8,80
Reazione alla trasfusione	29	7,50
Morte o disabilità in neonato sano	25	6,50
Morte o malattia grave della partoriente	18	4,70
Errore nella terapia farmacologica	16	4,20
Atti di violenza a danno di operatori	10	2,60
Errore diagnostico al pronto soccorso	10	2,60
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata	5	1,30
Procedura in paziente sbagliato	4	1,00
Errata procedura su paziente corretto	4	1,00
Malfunzionamento delle strutture di trasporto	1	0,30
Violenza su paziente in ospedale	1	0,30
Altri eventi	66	17,10
Totale	385	

Fonte: ministero della Salute, novembre 2009

morte in Italia». Il rapporto riguarda il 2002, ma la mortalità complessiva è rimasta stabile fino al 2008, per cui si può ricavarne una credibile tendenza annua. Qui, in una piccola nota, l'Istat spiega che nelle certificazioni mediche sono stati registrati

anomale a interventi medici e chirurgici» e altri 138 per «avvelenamenti da farmaci». In totale, fanno 496 vittime per cause sanitarie (colpevoli o meno): tre morti ogni due giorni. Anche ammettendo che i reati veri siano solo un quinto di quelli denunciati, resta da chiedersi: qualcuno ha pagato? Girando la domanda ai magistrati di Milano, ne esce una risposta sconcertante: negli ultimi 20 anni si ricorda un solo medico che, dopo tre gradi di giudizio, ha dovuto scontare una parte della pena in carcere. È il triste primato del professor Giorgio Oriani, condannato a quattro anni per il rogo colposo che il 31 ottobre '97 uccise 11 persone nella camera iperbarica dell'ospedale privato Galeazzi. Entrato in cella nel dicembre 2003, ne è uscito nell'autunno 2004, perché sotto i tre anni, in Italia, sono previste misure alternative alla reclusione. Il pm milanese più esperto, Pietro Basilone, spiega che «quasi tutte le condanne di medici o dirigenti sanitari si fermano a pochi mesi e sono quindi ampiamente coperte dalla condizionale». Fino ai due anni, insomma, la pena è sospesa e ne bastano altri cinque per cancellare anche il reato. «In effetti, questo tipo di processo penale sta perdendo la sua natura punitiva per assumere una funzione distorta, direi quasi intimidatoria», conferma il pm milanese. ▶

ATTUALITÀ

Pier Paolo Brega
Massone
in tribunale.
A destra:
i risultati di una
Tac. Sotto:
Ignazio Marino



«Molti avvocati usano la denuncia e soprattutto la querela come arma per trattare i risarcimenti».

Anche nel resto d'Italia, non c'è traccia di medici o funzionari ospedalieri che stiano scontando pene detentive. Per la strage del 2007 a Castellana Grotte, l'ospedale pugliese dove morirono otto pazienti per uno scambio di tubi tra ossigeno e azoto, la Procura di Bari ha chiesto il rinvio a giudizio di 30 imputati (medici, funzionari, collaudatori, imprenditori e progettisti), ma gli eventuali condannati entreranno in carcere solo se i tre gradi di giudizio si chiuderanno prima della (quasi sempre immancabile) prescrizione. A Torino, dopo la condanna a 23 mesi con la condizionale, è rimasto libero il

cardiochirurgo Michele Di Summa, che si divide con un collega oltre 750 mila euro di tangenti pagate da un fornitore di valvole cardiache difettose: ora fa il dottore in Africa ed è già reintegrato nell'Ordine dei medici. A Padova il cardiochirurgo Dino Casarotto è stato condannato a cinque anni e nove mesi, ma solo in primo grado, perché i giudici lo hanno ritenuto responsabile anche di due omicidi colposi nonché delle lesioni ai pazienti provocate dalle stesse valvole-killer. Mentre a Torino questa accusa era saltata grazie a una perizia turbo-garantista per cui ora, però, è imputato di falso un luminare della medicina legale.

Quanto al carcere preventivo, che per i reati colposi non esiste, peggio di tutti (17 mesi di custodia cautelare) è andata a Pier Paolo Brega Massone, primario della clinica privata Santa Rita, che risponde di «86 operazioni inutili e dannose al polmone e alla mammella» e cinque omicidi. Reati che, per la prima volta, la procura ha ritenuto volontari: pur di intascare i profitti di una «chirurgia a cottimo», il dottore avrebbe addirittura accettato il rischio di uccidere i pazienti. La difesa sottolinea però che finora accuse così gravi non hanno «mai superato il vaglio della Cassazione». Mentre a Vibo Valentia la madre di Federica Monteleone, la sedicenne morta nel 2007 dopo un blackout in sala operatoria, ha scritto una «lettera aperta a tutti i parlamentari contro il processo breve»: «Vogliamo lasciare liberi gli assassini perché non c'è tempo di processarli?».

ISPEZIONI A SORPRESA

colloquio con Ignazio Marino di Daniela Minerva

Con lo stillicidio di notizie di disastri, disservizi e inadempienze che arriva ogni giorno dagli ospedali italiani, la proposta di un'Authority è sembrata francamente burocratica. Anche se a farla è un medico famoso e valente, diventato un politico sui generis, un «fuori casta» come ama definirsi. L'idea di Ignazio Marino di un Ufficio del Garante della Salute, istituito per legge allo scopo di vigilare e prevenire gli incidenti e gli errori medici, ha fatto storcere il naso a molti: un ennesimo carrozzone costoso e polveroso, una struttura distante dai singoli nosocomi in difficoltà presumibilmente incapace di correggerne i difetti; una cattedrale di Soloni, insomma, nel Day after della sanità italiana. Ma Marino insiste: è l'unica strada. Gli abbiamo chiesto perché.

Professor Marino, ci serve davvero un'altra Authority?

«Certo che sì: bisogna dare al nostro Paese una struttura tecnica, nazionale che, nel momento in cui si apre una sala operatoria o una sala parto o un qualunque presidio medico, verifichi che sia fatto come si deve. Che poi mandi gli ispettori a sorpresa per controllare che, ad esempio, il tubo dell'ossigeno in sala operatoria eroghi effettivamente ossigeno e non altro come è accaduto qualche anno fa a Castellana Grotte in Puglia. Ma anche che scriva norme rigorose sull'accreditamento delle strutture e il reclutamento del personale. Non esiste un'autorità di questo genere, slegata dalla politica e dotata sia delle risorse necessarie che del potere di chiudere un reparto o sospendere un medico».

Esistono però due commissioni di controllo sulla sanità, una del Senato che lei presiede e una della Camera presieduta da Leoluca Orlando.

Ed esistono il ministero della Salute e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Verrebbe da chiedersi cosa fanno tutti questi controllori.

«Le commissioni di Camera e Senato sono di natura politica.

Intervengono per lo più dopo la segnalazione di un evento avverso.

E non hanno il compito di fare controlli preventivi, non ne hanno di certo i mezzi».

È un po' fumoso: hanno a disposizione i carabinieri dei Nas. Possono allertare la magistratura. Una commissione che si chiama di Controllo sul servizio sanitario nazionale non dovrebbe poter esercitare questo controllo?

«Il 24 luglio scorso, insieme ad alcuni senatori, sono andato a ispezionare la casa di cura Villa Pini di Chieti che è convenzionata col Ssn per ospitare persone affette da gravi disagi psichici. Ho trovato una situazione agghiacciante: 124 pazienti, per lo più ultrasessantenni, in un posto coi cani nei corridoi, senza un defibrillatore e con l'urina per terra che mi si è attaccata sotto la suola delle scarpe. A oggi non sono ancora riuscito a ottenere che siano trasferiti tutti. L'Authority avrebbe il potere di farlo immediatamente. E, prima ancora, avrebbe evitato il degenerare di quella situazione orrenda. Con controlli sistematici e inaspettati».

L'accreditamento delle strutture pubbliche e private

ha già delle regole e un controllore: il ministero e le sue agenzie.

Molte persone e molti denari.

«E infatti la proposta di legge prevede l'immediato smantellamento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali».

Dunque, smantelliamo un'agenzia per istituire un'altra?

«Sì, perché l'Ufficio del Garante della Salute non può essere, come è l'Agenas, controllato dalla politica. Ma deve essere un organo tecnico. E, insisto: non è un'idea originale. In tutto il mondo anglosassone le strutture sanitarie sono regolate da rigidi criteri di accreditamento e controllate da tecnici. Arrivano gli ispettori a sorpresa e se trovano delle inadempienze chiudono reparti, sale, presidi e sospendono i sanitari. O facciamo così o continueremo a piangere i morti della malasanità».



IL CASO**Per un antibiotico in meno****DI ROBERTO SATOLLI**

I più la calpestano frettolosamente, ma qualcuno si ferma a leggere la scritta sulle banchine della metropolitana: "Antibiotici? Usali con cautela". La campagna, realizzata dall'Istituto superiore di sanità e dall'Agenzia del farmaco, è in corso in

tutta Italia per rieducare il pubblico poiché, come dice il Ministero, «l'Italia è tra i paesi Ue a più alto tasso di antibiotico resistenza e circa la metà degli italiani usa male gli antibiotici». Bene, dunque, darsi da fare per correggere questo malcostume, e insistere soprattutto nelle regioni (Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Campania) dove il consumo è superiore alla già eccessiva media nazionale. Anche il periodo è scelto bene: gli antibatterici vengono abusati soprattutto per le malattie respiratorie invernali, come raffreddori o influenza, per le quali non servono a nulla, perché causate da virus e non da batteri.

Ma basterà questo sforzo a capovolgere il pregiudizio secondo cui quando c'è la febbre alta e la tosse "ci vuole l'antibiotico", tanto radicato che i consumi di questi farmaci seguono fedelmente i picchi delle epidemie influenzali? È presto per dirlo, ma i risultati di una campagna sullo stesso tema condotta in Francia dal 2002 in poi, e pubblicati su "Plos Medicine", sono molto incoraggianti: gli esperti dell'Istituto Pasteur hanno misurato un calo di un quarto nel consumo di antibiotici nell'arco di cinque inverni in seguito alle campagne. E la Francia era la maglia nera d'Europa, con il più alto tasso di uso di antibiotici e soprattutto di resistenza batterica, la quale è pure calata nello stesso arco di tempo. Dunque ce la si può fare: oltre a Francia anche Belgio, Svezia e Austria hanno ottenuto successi. Il segreto sembra stia nell'agire su due fronti: il pubblico e i medici prescrittori, in modo da stringere il pregiudizio con una manovra a tenaglia.

L'università Federico II scoppia la rivolta dei ricercatori

Sette su dieci firmano l'appello anti-riforma a rischio lezioni e sedute di laurea

Maria Pirro

Una nuova protesta si diffonde nell'università. E già raccoglie l'adesione del 70% dei ricercatori di Scienze matematiche, fisiche e naturali della Federico II.

«Le regole in discussione in Parlamento pregiudicano le nostre carriere e penalizzano i nostri stipendi», è la tesi che fa scattare la mobilitazione in ateneo. Dopo la stagione dell'Onda, ne comincia così un'altra all'insegna della lotta in facoltà che rischia di paralizzare parte delle attività didattiche, a partire da marzo, e le sedute di laurea, già da questo mese. I ricercatori possono farlo senza violare alcuna legge.

La protesta

Basta una sola mossa per mettere in ginocchio l'organizzazione dei corsi: «Fino ora abbiamo tenuto le lezioni agli studenti come i colleghi professori associati e ordinari», spiega Gianluca Imbriani, componente del consiglio d'amministrazione. «Ma noi ricercatori - aggiunge Imbriani - non abbiamo l'obbligo di svolgere questo compito, se non di supporto ai docenti. Ecco perché, per sensibilizzare tutti sui temi della riforma e per sollecitarne la revisione, ci limiteremo a svolgere le esercitazioni che rientrano tra i nostri obblighi di leg-

ge».

In prima linea, nella mobilitazione ci sono i cervelloni di matematica e fisica: «In 149 su 193 hanno già firmato il documento che indica punti critici della riforma e strategie di lotta», spiega il fisico Maurizio Paolillo. Ma l'agitazione come una palla di neve presto potrebbe scatenare un effetto valanga: l'invito a discutere e a unirsi alla protesta è stato già esteso alle altre facoltà. «Siamo i primi a scendere in campo, speriamo di non essere i soli», aggiunge Imbriani, che però precisa: «La nostra non è protesta contro la facoltà. Anzi, vorremmo che il fronte si ampliasse anche con l'adesione di professori associati e ordinari che pure hanno ragione di protestare. Né noi ricercatori non siamo contrari a una legge di riforma. Chiediamo piuttosto che si riapra il confronto e che il Parlamento tenga conto delle critiche per scongiurare il rischio di ritornare a una visione gerarchica baronale, in stile anni Ottanta».

Il Consiglio

Il caso ieri è stato affrontato in Consiglio di facoltà, presieduto dal professore Roberto Pettorino, nell'edificio Centri comuni del complesso di Monte Sant'Angelo, ed è stata approvata una mozione sul tema. Con il passaggio in Consiglio, la protesta dei ricercatori è così diventata ufficiale: è il primo passo della nuova stagione di partecipazione che rischia di infiammare gli atenei napoletani e italiani.

Le norme

Nel documento sottoscritto dai 149 e pre-

sentato in consiglio di facoltà, i ricercatori esprimono «crescente apprensione e preoccupazione per le scelte che il governo annuncia di voler intraprendere in relazione alla riforma dell'Università italiana». E indicano le nuove norme dall'impatto maggiore. Primo: la scomparsa del ruolo ricercatore a tempo indeterminato, sostituito da un contratto triennale, rinnovabile una sola volta. Secondo: «L'assenza di credibili meccanismi per risolvere il problema del precariato». Terzo: «Il confinamento per gli attuali 25.500 ricercatori in una sorta di limbo da cui sarà molto difficile uscire. Infatti, alle vigenti limitazioni del turn over, si aggiunge la previsione di riservare fino all'80% dei futuri posti di professore associato ai ricercatori a tempo determinato». Ultimo punto: la revisione del trattamento economico con la trasformazione degli scatti biennali in triennali e l'eliminazione della ricostruzione di carriera.

Insomma, «le norme - scrivono i ricercatori - prefigurano un inevitabile conflitto tra le legittime aspettative di carriera e la necessità di favorire l'ingresso dei giovani ai ruoli accademici. Le regole e i vincoli posti dal disegno di legge appaiono, oltre che eccessivamente cavillosi, fortemente discriminatori e iniqui nei confronti degli attuali ricercatori



che, entrati per concorso in un ruolo interamente dedicato all'attività di ricerca, oggi svolgono, oltre ai compiti di didattica integrativa loro preposti, anche compiti aggiuntivi che nel corso degli anni si sono resi necessari per sostenere l'offerta didattica della facoltà». Conclusione: «Pur condividendo l'esigenza di una profonda riforma, crediamo che questa non possa e non debba avvenire a scapito delle giovani generazioni e di noi ricercatori. L'università non si riforma a costo zero, senza cioè un rilancio dei finanziamenti, che sono ancora lontani dai livelli degli altri Paesi Ocse».

**Il documento**

Il Consiglio di facoltà approva la mozione «Così penalizzano le carriere»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri della protesta**193**

i ricercatori della facoltà di Scienze matematiche, fisiche e naturali dell'università Federico II

**149**

i ricercatori della facoltà che hanno sottoscritto il documento di protesta contro la riforma dell'Università

**1.905**

il numero dell'atto presentato al Senato che fa riferimento al disegno di legge sulle norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento

**3 + 3**

il disegno di legge prevede la scomparsa del ruolo ricercatore a tempo indeterminato, sostituito da un contratto di ricercatore a tempo determinato, triennale, rinnovabile una volta sola

**25.500**

i ricercatori assunti, ad oggi, nelle università italiane

Regno Unito. Gli inglesi riscoprono l'orgoglio per l'eccellenza mondiale dei propri poli di ricerca

A Cambridge la fabbrica dei Nobel

Leonardo Maisano

CAMBRIDGE. Dal nostro inviato

«Il Regno Unito s'è assicurato il maggior numero di premi Nobel al mondo se paragonato con realtà di analoghe dimensioni». Il Cancelliere dello Scacchiere, Alistair Darling, aveva appena frazionato i bonus dei banchieri, aveva giusto finito di elencare la lungalista di nuove gabelle per far quadrare conti che non tornano, aveva riletto il rosario di urgenze per riequilibrare un'economia inclinata verso i servizi, quando ha buttato là un primato dimenticato. Queste isole piattate dal tifone della

SENZA RIVALI

Il Laboratorio di biologia molecolare dell'ateneo ha ottenuto 14 premi in cinquant'anni: un primato in Europa

crisi continuano a produrre cervelli d'eccellenza nei poli di Oxford, Cambridge, o in quelli londinesi dello University college e dell'Imperial college.

«Le università sono rimaste l'ultima cosa che nessuno contesta in Gran Bretagna. Quattro delle sei migliori al mondo sono inglesi». Colin Blakemore, docente di neuroscienze a Oxford, scivola sulle passioni anglosassone di porsi al centro di un mondo autoreferenziale, ma la storia gli dà ragione. Nelle accademie del Regno si concentra la speranza dell'Inghilterra che verrà. E non solo nelle accademie, ma ovunque c'isoglia di capire. L'appello di Blakemore è semplice: la ricerca paga, investe nella curiosità. In quella smania di conoscenza che illumina anche questo corridoio triste come l'ufficio postale di un sobborgo di Glasgow. Linoleum in terra, mobili in plastica, luci al neon. In questo mondo funzionale e assolutamente essenziale s'affretta un'ombra allampanata. Con un gran sorriso fa un cenno del capo e sparisce in una stanza. «Evita i contatti - ci dice la segretaria - tutti lo vogliono da quando ha vinto il premio», nel 2009. Venki Ramakrishnan, 57 anni, da Chidambaram nel Tamil Nadu (India), è inghiottito nel ventre anonimo della Fabbrica di geni. È il quattordicesimo Nobel prodot-

to dal Laboratorio di biologia molecolare (Lmb) di Cambridge in cinquant'anni, nessuno in Europa ha fatto meglio.

Oggi, l'Lmb è l'istituzione inglese che più incarna le voglie di primato accennate da Darling. Venki è stato premiato per la chimica, come la maggior parte della pattuglia, gli altri in medicina. L'elenco comincia con Fred Sanger, prosegue con Max Perutz e Francis Crick. E più recentemente, John Walker, Sidney Brenner, Bob Horvitz e John Sulston. L'unico concorrente all'Lmb è la Rockefeller University di New York. «La chiamano università ma è, essenzialmente, un istituto di ricerca nelle scienze biomediche. Ha il triplo di studiosi rispetto a noi e vanta dal 1901 ventitré Nobel, dieci dal 1972 a oggi contro i nostri nove». Hugh Pelham è il direttore del Laboratorio che occupa 400 fra scienziati e staff di sostegno. «In trecento almeno - precisa - svolgono attività di ricerca divisi in cinquanta gruppi provenienti da ogni parte del mondo. Metà degli studenti non sono inglesi, tre quarti dei post dottorati anche e almeno il 40% dei responsabili».

Lalogica dei campioni nazionali non ha spazio. Il segreto del successo, riconosce Pelham, è anche questo. «Restiamo al caso di Venki. Lavorava negli Stati Uniti, ma voleva impegnarsi, in totale libertà, allo studio della struttura del ribosoma che è uno dei più grandi problemi nel mondo della ricerca. Sapeva che qui avrebbe avuto risorse, ma soprattutto tempo, per misurarsi con un compito enorme. Ci ha lavorato per dieci anni e ci lavora ancora». Il premio gli è stato conferito (con altri due scienziati) per la sua battaglia «contro la crescente diffusione delle infezioni batteriche incurabili». Ma questo non era lo scopo dello scienziato indiano, la scoperta è stata, con una forte esemplificazione, un epifenomeno nella sua caccia alla verità sulla vita delle molecole. «Certo Venki non ha scelto l'Lmb - insiste Blakemore - per curare le infezioni. Sostenere la ricerca di lungo corso come fa il laboratorio di Cambridge conduce a scoperte impreviste».

La fabbrica dei geni nasce quindi per caso? Hugh Pelham lo nega. Non c'è niente di casuale nel successo di questo istituto. «Gli ele-

menti sono almeno tre. È un'istituzione nata per scandagliare un'area scientifica, quella delle biomedicine, relativamente nuova. Ed è partita coinvolgendo subito nomi eccellenti. La fama ha creato aspettative e moltiplicato l'interesse. Il secondo motivo è strutturale: nella ricerca puoi scegliere di pubblicare decine di papers oppure puntare su uno solo, quello che cambia il mondo. E noi abbiamo fatto questa scelta. Terzo, la gestione. Condividiamo un budget comune che si discute ogni cinque anni. Siamo noi scienziati a stabilire la divisione delle risorse e non burocrati esterni nonostante i fondi siano pubblici per la stragrande maggioranza. La centralità del ricercatore nella divisione dei finanziamenti (una trentina di milioni all'anno) crea cooperazione, compartecipazione al lavoro e il senso di un destino comune». Le royalties garantite dalle scoperte le tiene Mrc (il Medical research council a cui Lmb fa capo) che ha il compito di commercializzare i risultati del Laboratorio «Il ritorno - spiega Pelham - è molto superiore ai costi».

Blakemore da tempo insiste nel ricordare che la ricerca di base, quella mossa dalla curiosità scientifica, genera tesori. Da quattro a dieci volte lo sforzo finanziario iniziale. «E non solo nel biomedico. PriceWaterhouseCoopers ha stabilito che ogni sterlina investita nella ricerca artistica genera un ritorno dieci volte superiore sul medio-lungo periodo». Il docente di Oxford nel suo appassionato invito alla ragione lanciato dalle colonne del Times riconosce che non è sempre così. Ma la media vale e il Laboratorio di Cambridge garantisce il contributo più deciso ad alzarla. «Istruzione, istruzione, istruzione», insiste Blakemore nei suoi appelli sperando di essere ascoltato anche al Tesoro. Darling ha dimostrato di farlo con il pubblico riconoscimento ai Nobel britannici, ma nulla di più. L'emergenza di bilancio non risparmia le università e la scure dei tagli rischia di abbattere il sogno di un'Inghilterra diversa da se stessa. Diversa cioè da quella per troppo tempo ipnotizzata dall'odore dei soldi della City di Londra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALL'AVANGUARDIA

Laboratorio delle meraviglie

Il Laboratorio di biologia molecolare di Cambridge (nella foto la facciata del college) ha ottenuto 14 premi Nobel in cinquanta anni di storia. L'ultimo scienziato premiato è il Nobel 2009 per la chimica, l'indiano Venki Ramakrishnan, 57 anni. Il riconoscimento gli è stato assegnato (con altri due scienziati) per i risultati sulla diffusione di infezioni batteriche incurabili, frutto di scoperte realizzate nella ricerca sui ribosomi

Melting pot

Il Laboratorio occupa 400 persone tra scienziati e staff di sostegno, provenienti da ogni parte del mondo. È inglese la metà di tutto il personale, un terzo dei post-dottorati è il 60% dei responsabili. A svolgere attività di ricerca sono in 300, divisi in 50 gruppi. La divisione delle risorse di budget, in prevalenza pubbliche, viene decisa direttamente dagli scienziati



Che cosa si può fare (da vvero) con le staminali

INTERVISTA

Queste cellule sono la sfida per la medicina del futuro. Possono dare origine a ogni tessuto dell'organismo e, in teoria, offrire terapie per malattie oggi incurabili. Ma la strada per riuscirci è lunga. Come spiega un neurologo che da anni le studia.

di CHIARA PALMERINI

Distinguere la realtà dalle speranze, le possibilità concrete della ricerca dall'esagerazione, le terapie non ancora disponibili ma su cui i ricercatori stanno lavorando da quanto viene millantato senza alcuna prospettiva che funzioni. Quando si parla di cure «a base di» cellule staminali è difficile perfino per gli addetti ai lavori separare il grano dal loglio. Figuriamoci per i pazienti.

Panorama ha chiesto a Gianvito Martino, direttore della divisione di neuroscienze al San Raffaele di Milano e autore del saggio *La medicina che rigenera*, di tracciare una mappa delle terapie già arrivate dal laboratorio al letto dei pazienti, di quelle che potrebbero arrivarvi in futuro e di quelle che rimangono al momento solo un auspicio.

Alcuni dei casi più eclatanti di false terapie con le staminali vengono dalla Cina. Diffidare di quanto è made in China?

È vero che in Cina ci sono regole molto meno rigide che da noi sulla sperimentazione clinica, e questo ha favorito un certo tipo di speculazione, fino a vere e proprie truffe. È anche vero, come illustra un articolo di ricercatori canadesi appena pubblicato, che la Cina è diventata in pochi anni il quinto paese al mondo come numero di pubblicazioni scientifiche sulla medicina rigenerativa.

Come è nata l'aspettativa che le staminali possano curare ogni malattia?

Curare e rigenerare gli organi con le



ERIO CONTI / CONTRASTO

cellule è da sempre il sogno della medicina. Il punto di svolta è stato la clonazione delle staminali embrionali umane da parte del biologo James Thomson, nel 1998. Allora si è iniziato a pensare che queste cellule, che fino ad allora non si era in grado di manipolare, potessero essere usate per curare molte malattie degenerative, in cui le cellule di un tessuto o dell'altro del corpo sono malate o non fanno più il loro lavoro. Sulla capacità tecnica di maneggiare queste cellule si è poi innescata un'aspettativa favolistica di poterle usare in ogni situazione.

Cosa si può già fare con le staminali?

Il trapianto di midollo osseo nelle leu-

cemie e nei linfomi, oggi di routine, è di fatto un trapianto di cellule staminali ematopoietiche. Ed è significativo che oggi lo si chiami così, anche se il trapianto di midollo si faceva ben prima che le staminali diventassero famose. Oggi con queste cellule si ricostruisce la cornea danneggiata in alcune situazioni, tecnica inventata in Italia da Michele De Luca. Si può rigenerare la pelle per curare i grandi ustionati. In casi particolari, si ricostruiscono frammenti di osso e brevi tratti di vasi sanguigni. Questo è tutto.

Sembrava che fosse imminente la possibilità di utilizzarle dopo un infarto.

Infatti. All'inizio si pensava che ba-

fino a livello preclinico, a sostegno di questa affermazione. La strada è ancora lunga. Nel morbo di Parkinson, almeno, anche se non esiste ancora alcuna prospettiva concreta nel breve periodo, la strada è tracciata.

In che modo?

Da più di vent'anni si tentano trapianti cellulari per trattare questa malattia, con risultati contrastanti. Il prossimo passaggio sarà provare a usare cellule staminali «instradate» in laboratorio a diventare neuroni che producono dopamina, la sostanza mancante nel morbo di Parkinson, un'operazione che rimane comunque ancora tecnicamente difficile.

E le speranze per chi è paralizzato?

Ci sono alcuni tentativi. Si sta provando a utilizzare particolari cellule staminali prelevate dalla mucosa nasale per riparare i traumi spinali. Alcuni pazienti in Australia hanno subito questo genere di trapianto all'interno di una sperimentazione clinica controllata e oggi siamo in grado di dire che non ci sono grandi problemi dal punto di vista della sicurezza. Sull'efficacia nel rigenerare i fasci nervosi del midollo danneggiati non sappiamo ancora dare una risposta.

Altre malattie per cui ci sono applicazioni all'orizzonte?

In alcune patologie rare, come la sindrome di Batten, malattia ereditaria neurodegenerativa che colpisce i bambini e causa in pochi anni la morte progressiva delle cellule del cervello, si è partiti con il trapianto di staminali in sei piccoli pazienti. I dati sulla sicurezza sono buoni. Sull'efficacia non si sa ancora. Speriamo di iniziare presto al San Raffaele una sperimentazione per la sclerosi multipla, abbiamo ottenuto risultati incoraggianti nel topo e nella scimmia. Sempre al San Raffaele Giulio Cossu sta selezionando i primi malati di distrofia muscolare per il trapianto di mesoangioblasti, staminali dei vasi sanguigni. Si sta iniziando, ci vorranno 10-15 anni per capire se, e quale particolare tipo di cellula, funziona per rigenerare il tessuto in una certa malattia. ●



MICHAEL MACOR/CORBIS

Messe alla prova nei laboratori di mezzo mondo

Gianvito Martino, neurologo al San Raffaele di Milano.

Sopra, da sinistra, una staminale embrionale (cellule indifferenziate che possono dare origine a tutti i tessuti dell'organismo) e un laboratorio di ricerca in questo settore.

stasse trapiantare queste cellule nel punto del cuore danneggiato perché iniziasse a sostituire quelle malate. Ora si sa che non è così. Perché le staminali funzionano è necessario che si trovino in un microambiente adatto, altrimenti possono subire lo stesso tipo di danno delle altre cellule o anche causare danni. Si è anche visto che in qualche caso funzionano non perché rimpiazzino le cellule morte o malate, ma perché producono sostanze che a loro volta stimolano la rigenerazione del tessuto.

Parlando di staminali, si cita spesso la possibilità di curare il morbo di Alzheimer.

Eppure ci sono pochissimi studi, per-


Malati & malattie

Gloria Sacconi Jotti

Diminuisce il contenuto di sale nel pane per combattere l'ipertensione

Un consumo eccessivo di sale determina un aumento della pressione arteriosa, che a sua volta aumenta il rischio di insorgenza di gravi patologie dell'apparato cardiovascolare, correlate all'ipertensione arteriosa, come l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale. Una minore assunzione di sale con la dieta è uno degli obiettivi del programma «Guadagnare salute». Secondo quanto riportano le «Linee guida per una sana alimentazione italiana», dell'Inran, un consumo medio di sale al di sotto di 6 g al giorno, corrispondente a circa 2,4 g di sodio, rappresenta un buon compromesso tra il soddisfacimento del gusto e la prevenzione dei rischi legati all'assunzione di sodio. A luglio 2009 sono stati siglati i protocolli d'intesa per la riduzione del quantitativo di sale nel pane tra il ministero della Salute e le principali associazioni di categoria della panificazione artigianale ed industriale. In Italia, il 90% del pane consumato è di produzione artigianale, il 10% di produzione industriale. Le tipologie sono numerose e, nell'ambito della panificazione artigianale, sono notevoli le differenze di produzione da un forno all'altro. Il documento, messo a punto dal Gruppo di lavoro per la riduzione del quantitativo di sale nel pane, definisce l'entità della riduzione del quantitativo di sale, tenendo conto della concentrazione di partenza e delle varie tipologie di pane. Questi gli accordi stipulati: la Federazione italiana panificatori si è impegnata a ridurre gradualmente il contenuto di sale nel pane nella misura del 5% l'anno fino a raggiungere nel 2011 una diminuzione complessiva pari al 15%; la Federazione si è impegnata inoltre a produrre una tipologia di pane con il 50% in meno di sale, senza alcun effetto sul sapore, grazie a particolari tecniche di impasto, lievitazione e cottura. Questa nuova tipologia di pane sarà in commercio allo stesso prezzo di vendita del pane comune. L'Assipan Confcommercio si è impegnata a ridurre il contenuto di sale nel pane del 10% entro l'anno 2009. Con il progetto «Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani», che rientra nella programmazione del Ccm (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie), sarà valutata l'attuazione del processo di riduzione del sale nel pane.



AL TRIVULZIO (MILANO) Un ambulatorio cardiologico cura la pressione negli anziani

Luisa Romagnoni

■ Controllare e curare bene i valori di pressione arteriosa per una battaglia senza tregua all'ipertensione. Killer silenzioso, per questo spesso non aggredito, responsabile (nei casi complicati fino al 50 per cento) di pesanti conseguenze cardiovascolari come ictus, infarto e insufficienza renale. Circa 16 milioni gli italiani ipertesi. Di questi solo il 22 per cento con un valore di normalità della pressione. «In Italia c'è ancora scarsa coscienza di quanto male faccia avere la pressione alta», afferma il professor Stefano Carugo, direttore della cardiologia presso il Pio Albergo Trivulzio di Milano. «È questo è molto vero, non solo nei giovani, ma soprattutto negli anziani. La pressione tende infatti a salire con l'età. Sono numerosi gli studi pubblicati in questi ultimi anni che dimostrano chiaramente l'importanza di controllare e curare l'ipertensione nei grandi anziani (sopra gli 80 anni). A differenza di diversi anni fa, oggi una persona over 80 ha una aspettativa di

vita di almeno altri 10 anni. Al Trivulzio stiamo curando un centinaio di ultra 90enni e diversi centenari. Anche in questo caso, vediamo che, nel 50 per cento dei casi, questi pazienti hanno una storia di iper-

tensione arteriosa». Quali livelli raggiungere per una pressione ottimale nel grande anziano? «Nella persona con più di 80 anni è tollerato come valore di massima (sistolica) anche il 150 mmHg», sottolinea Carugo. «Bisogna però stare attenti a non scendere al di sotto dei 70-60 mmHg con il valore della minima, perché si incorrerebbe nel cosiddetto furto coronarico. Vale a dire rischiare di far venire al paziente un infarto. Quindi non c'è più il beneficio». Anche il recente aggiornamento delle linee guida, alle quali lo stesso Carugo ha dato un contributo, ha confermato questi livelli. «Oggi sappiamo che nel grande anziano, se si riduce il valore della pressione massima da 160 a 150 - prosegue il professore - si abbate del 20 per cento il rischio di avere un ictus o un infarto». L'interesse in questo ambito è oggi molto forte anche a livello internazionale. Tant'è che al Trivulzio, da qualche mese è stato istituito un ambulatorio, il primo a Milano, dedicato all'ipertensione dell'anziano. «È una struttura alla quale possono accedere i pazienti e dove si tratta, con un approccio integrato fra specialista, medico di famiglia e paziente, sia l'ipertensione arteriosa che lo scompenso cardiaco. Un ambulatorio dedicato per curare gli anziani a 360 gradi». Novità sono in arrivo: gli inibitori della endopeptidasi e della renina.

