

SANITA': L'INDAGINE, 8 CAUSE PER PRESUNTA MALPRACTICE OGNI 10 MILA PARTI

Roma, 16 lug. (Adnkronos Salute) - Otto cause per presunta malpractice ogni 10 mila parti. Questi sono una delle fonti di rischio più elevato in ostetricia e la fase più delicata è il travaglio, durante il quale si concentrano quasi la metà dei sinistri denunciati. Lo conferma la terza edizione dello studio Marsh sulla medical malpractice in ostetricia, in cui sono state analizzate le richieste di risarcimento specifiche per eventi reclamati in seguito a parti avvenuti in circa 82 strutture sanitarie tra il 2004 e il 2011. Seguono poi gli errori in fase espulsiva 21%, l'errore anestesilogico 8%, l'errore nell'apposizione del forcipe 6%, i problemi durante la rianimazione neonatale 5%, i problemi nell'esecuzione dell'episiotomia 7% e l'errore diagnostico 4%. A livello economico negli 8 anni di analisi sono stati risarciti complessivamente 43 milioni di euro, con una media di 368 mila euro. Sulla base del campione analizzato, sono 85 le richieste di risarcimento all'anno (80 secondo la precedente edizione del report) e circa 3,75 per ogni singola struttura sanitaria, per un totale di 665 negli otto anni di analisi (2004-2011) su un campione medio annuo di circa 158 mila nascite. A livello nazionale il dato è di 8,3 eventi ogni 10 mila bambini nati, in riduzione del 7% rispetto al report precedente. Il valore assicurativo di ogni nato è pari a 208 euro, in aumento del 20%. Le denunce di sinistri si riducono con l'aumentare della specializzazione delle strutture sanitarie. Quelle di base hanno un tasso di eventi denunciati pari a 10 ogni 10 mila parti, gli ospedali specialistici 6, i policlinici 3,3, mentre gli ospedali monospecialistici ad ambito ostetrico ginecologico e materno infantile il tasso di eventi è di 9. I casi di richieste di risarcimento danni in seguito a parti cesarei sono il 21,5% mentre il 78,5% è legato a parti fisiologici. In quasi 9 casi su 10 l'evento è riferito a problematiche collegate al bambino e solo 1 su 10 alla madre, con un 13% che ha comportato il decesso della madre o del bambino. Nella terza edizione sono state analizzate le tipologie di lesioni che possono essere così riassunte: 41% per sofferenza fetale, 15% per distocia di spalla, 9% per abrasioni sul bambino, 8% per abrasioni sulla madre, 8% per problematiche anestesilogiche e rianimatorie, 4% per emorragie materne, 2% per malformazioni genetiche. La tipologia di richieste di risarcimento è in

prevalenza stragiudiziaria (63%) seguita dai procedimenti civili (29%) e da quelli penali (8%), con tempi di denuncia che si stanno accorciando nel tempo. Il 45% delle richieste danni viene denunciata entro un anno e un ulteriore 15% entro due anni. Complessivamente entro 3 anni viene denunciato il 70% delle richieste, per arrivare al 91% entro i 6 anni. Resta ancora alto il numero di richieste aperte e riservate pari al 72%, percentuale invariata rispetto all'edizione precedente. Le pratiche chiuse sono quasi il 17% e quelle senza seguito sono il 6%.

Sono stati analizzati anche i casi di problematiche legate al parto nella sanità privata. Lo studio è stato effettuato su 10 strutture e complessivamente sono state analizzate circa 80 richieste danni. La media è di circa 10 sinistri complessivi annui e di circa 2,5 eventi per singola struttura. Il 73% delle richieste danni è stragiudiziario mentre il 12% è un procedimento civile ed un restante 9% è un procedimento penale. La maggior parte delle pratiche è ancora aperta e riservata (66%), il 17% è chiuso e il 17% è senza seguito. A livello economico negli 8 anni di analisi sono stati risarciti complessivamente 1,5 milioni di euro con un liquidato medio di 114 mila euro, mentre sono riservati circa 9 milioni di euro con una riserva media di 168 mila euro. Secondo un primo confronto, i tempi di denuncia delle richieste danni nelle strutture private sono analoghi rispetto a quelle degli ospedali pubblici. Mediamente si può affermare che avvengono meno eventi negli ospedali pubblici e che quelli che accadono degli ospedali privati sono risarciti con importi inferiori.

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 16 LUGLIO 2013

Esclusivo. Lorenzin: "Sì al contratto a costo zero. Possibile proroga obbligo assicurazione"

"Per ciò che attiene il mio ruolo di Ministro della Salute mi sento di voler istituire un rapporto diverso con i medici. Ma per il momento si potrebbero fare dei rinnovi a costo zero, cercando di dare in ogni caso assicurazioni per quanto riguarda il futuro". E poi l'annuncio di una possibile proroga dell'obbligo di assicurazione: "Me lo chiedono tutti. Anche dal Parlamento"

Rc professionale, rinnovi contrattuali, tavolo sulla farmaceutica e non solo. Abbiamo incontrato il ministro Lorenzin questa mattina a Roma in occasione della presentazione del Quaderno della salute sui disturbi alimentari ([vedi altro articolo](#)) e prima dell'inizio dei lavori le abbiamo potuto rivolgere alcune domande su questi temi "caldi".

"Per quanto riguarda il tema della negoziazione contrattuale – ci ha spiegato Lorenzin - per ciò che attiene il mio ruolo di Ministro della Salute mi sento di voler istituire un rapporto diverso con i medici e gli altri dirigenti del Ssn, che hanno subito come tutti un blocco degli aumenti contrattuali. Accanto a questo sacrificio però ci deve essere un accompagnamento per la valorizzazione della professione". Per il Ministro la strada da percorrere è quella del dialogo. "Per il momento si potrebbero fare dei rinnovi a costo zero, cercando di dare in ogni caso assicurazioni alla categoria per quanto riguarda il futuro".

Altro tema annoso e strettamente collegato ai rinnovi contrattuali, è quello che attiene l'obbligo di assicurazione per i professionisti che dovrebbe scattare il 13 agosto. "Sulle assicurazioni - ha affermato il Ministro - stiamo lavorando al regolamento. Il decreto Balduzzi prevedeva un termine ([scaduto il 30 giugno](#)) ma ci siamo trovati di fronte ad un lavoro non portato a compimento. Ma prima di tutto dobbiamo cercare di dare una risposta sulla realtà dell'assicurazione". E in questo quadro il Ministro ha anche parlato di una possibile proroga: "Me lo stanno chiedendo in modo molto forte anche dal Parlamento e quindi stiamo valutando. Certo, c'è il problema della proroga della proroga, ma noi siamo arrivati da due mesi. In ogni caso, non si potrà arrivare al 13 agosto senza aver risolto il problema in un modo o in un altro".

Sul tavolo della farmaceutica che si è riaperto ieri, netto il giudizio del ministro sull'incontro: "È stato molto positivo, a partire dal fatto che si è riaperto. E si è riaperta soprattutto la volontà di fare politica industriale sul settore della farmaceutica e su tutta la filiera in Italia. In questi anni abbiamo fatto un forte lavoro sul contenimento della spesa farmaceutica che ci ha permesso anche di contenere i costi del Ssn. Ora però, dobbiamo dare delle risposte dal punto di vista industriale. Le stesse aziende ci hanno detto che non cercano incentivi a aiuti. Vogliono stabilità e un percorso normativo e regolatorio certo e una semplificazione che consenta di attrarre e mantenere gli investimenti in Italia".

Una battuta il Ministro l'ha fatta anche sul Patto della Salute, il vero architrave delle politiche sanitarie, scaduto da più di un anno. "Noi siamo pronti. Ora è iniziata una fase negoziale con il Mef. Stiamo lavorando tutti con l'intento di farlo". Ma sui tempi non si è voluta sbilanciare.

Il Ministro ha poi rinnovato la sua solidarietà e vicinanza al Ministro per l'Integrazione Cecile

Kyenge dopo le parole oltraggiose nei suoi confronti da parte del vice presidente del Senato Calderoli. "Sono parole inaccettabili in un Paese civile, orrende da tutti i punti di vista nei confronti della persona e del ministro che rappresenta lo Stato. Abbiamo espresso tutta piena solidarietà al Ministro ma direi anche qualcosa di più: amicizia e vicinanza". "Credo che questo sia il segnale migliore da dare a chi pensa di poter fare 'battute' su questioni come questa - ha specificato - sulle quali invece non si possono fare 'battute'".

Infine Lorenzin è entrata sulla questione Ilva dopo le polemiche scaturite dalle risultanze di una relazione predisposta da alcuni esperti per incarico dell'azienda che stronca le analisi fatte fino ad ora sulla correlazione tra inquinamento ambientale della zona e tumori. "La situazione dell'Ilva la conosciamo tutti - spiega la Lorenzin - il ministero della Salute sarà chiamato a fare le valutazioni dal punto di vista sanitario. Spero che questa polemica si plachi al più presto e che invece si possa cominciare la fase di risanamento e di messa in sicurezza dell'Ilva".

Luciano Fassari

Con i poteri dell'ipnosi il parto diventa «dolce»

STEFANO RIZZATO

Dimenticate le scene da tv della domenica pomeriggio. L'ipnosi, in campo medico, è una cosa seria e può essere un importante alleato nel delicato momento di mettere al mondo un bambino. Lo assicurano gli esperti: la chiave per un parto «dolce» è tutta nella mente. Il segreto si chiama autocontrollo e l'ipnosi pre-parto serve a trovarlo, per battere il dolore e facilitare il travaglio. «È un tipo d'ipnosi diverso da quello che si usa in psicoterapia - precisa Giuseppe Regaldo, medico specialista in Ostetricia e Ginecologia e docente al Centro italiano di ipnosi clinica sperimentale con sede a Torino -. Di fatto parliamo di auto-ipnosi. La futura mamma, con una breve seduta verso la fine della gravidanza, impara ad entrare in uno stato di profondo benessere e ad associarvi un gesto simbolico, come chiudere la mano a pugno. A quel punto alla paziente basta allenarsi da sola a casa. Poi, al momento del parto, ripeterà il segnale per riattivare le stesse sensazioni». Certo, di fronte al dolore fisico non è sempre così semplice trovare la serenità necessaria. «Per questo è fondamentale avere una tecnica - assicura Regaldo -. In alcuni casi può essere l'infermiere a intervenire e praticare una forma d'ipnosi ancora più immediata. Si fa quando la neo-mamma viene colta da un attacco di panico o è in stato di shock: in quel caso l'obiettivo non è più raggiungere il benessere, ma aiutare la paziente a uscire dal momento critico». Sebbene di efficacia ormai comprovata, questi metodi faticano ad affermarsi nelle nostre sale parto. «Dal 1991 a oggi - sottolinea Regaldo - abbiamo formato decine di medici e infermieri. E credo che l'ipnosi diventerà di routine come alternativa o supporto all'anestesia tradizionale».



Smagliature, si fa così

Se non c'è ancora l'arma risolutiva, le nuove terapie si moltiplicano

LORENZA CASTAGNERI

Isoggetti più a rischio sono le ragazze nell'età dello sviluppo, le donne in gravidanza e quelle tra i 30 e i 40 anni. Il pericolo ha un nome noto: smagliature. In termini tecnici sono le temute «striae distensae».

Si tratta di uno degli inestetismi più comuni (e odiati) da tutte le lei. In realtà si tratta di sottili cicatrici lineari che appaiono nelle parti del corpo dove maggiore è la tensione cutanea e in cui è più facile l'accumulo di grasso: nella zona posteriore delle braccia, sul seno, sull'addome, intorno alle ginocchia e soprattutto su fianchi, glutei e cosce. Il meccanismo che si nasconde dietro la comparsa delle smagliature non è ancora stato chiarito del tutto. I fattori determinanti, tuttavia, sembrano essere due: uno di tipo biochimico ormonale e uno meccanico. Lo spiega nel dettaglio Elisabetta Fulgione, medico estetico della Scuola internazionale di medicina estetica della Fif di Roma e specialista in dermatologia e venereologia: «Tutto partirebbe da una questione ormonale, che determina uno stato di ipercortisolemia. In situazioni di forte stress l'organismo ci viene in aiuto, producendo un'elevata quantità di ormone cortisolo. Questa ipersecrezione, però, può avere anche degli effetti negativi: uno è la riduzione della sintesi del collagene, che a poco a poco rende la pelle più vecchia e avvizzita». E' in questo contesto che agisce poi il fattore meccanico di distensione. «Le fibre collagene si rompono ed è il successivo processo rigenerativo a portare alla formazione delle smagliature stesse».

Nella prima fase della loro comparsa le smagliature assumono una colorazione rossastra e soltanto in un secondo tempo assumono il caratteristico colore bianco. Se alla base c'è una predisposizione geneti-

ca, ci sono anche situazioni specifiche che favoriscono le striature: condizioni patologiche (come malattie metaboliche e obesità) e fisiologiche (come pubertà e gravidanza), fino a drastici dimagrimenti o aumenti di peso e la pratica di sport che portano a un rapido aumento della muscolatura.

Ma il vero problema è che contro le smagliature non c'è un'arma risolutiva. «Solo nella prima fase in cui le striature sono ancora rosse i trattamenti fanno effetto - aggiunge Fulgione -. Poi qualche accorgimento e la combinazione di tecniche diverse può essere d'aiuto, certo, ma questo non serve per eliminarle del tutto. Importante, quindi, è la prevenzione, per esempio applicando olio alle mandorle sulle zone più a rischio».

Tra le terapie più note per contrastare questo inestetismo ci sono i peeling, le infiltrazioni di acido ialuronico e le cure a base di creme alla tretinonina 0.1%. Ma, intanto, cresce l'offerta delle novità, come è stato sottolineato al congresso del Sime, la Società italiana di medicina estetica. «Un esempio - racconta l'esperta - è il needling, una tecnica di biostimolazione meccanica basata su un dispositivo medico dotato di aghi chirurgici: stimolano la produzione di collagene e limitano così i danni del trascorrere del tempo». Il trattamento può essere potenziato abbinandolo con la terapia fotodinamica, una metodica che sfrutta le proprietà di alcune sostanze fotosensibilizzanti che vengono applicate sui «tessuti bersaglio» senza interagire con i tessuti sani. Ecco allora che si parla di «fotoneedling». Un'altra possibilità è il «messoneedling», il needling abbinato all'uso di sostanze ad alto potere ristrutturante.

In ogni caso, anche se una correlazione diretta non è dimostrata, è bene ricordare che i danni da raggi UV possono ridurre l'elasticità della pelle, rendendola più predisposta alle «striae». Perciò sole sì, ma con attenzione.



Dermatologa

RUOLO: È MEDICO DELLA SCUOLA INTERNAZIONALE DI MEDICINA ESTETICA DELLA FIF DI ROMA E SPECIALISTA IN DERMATOLOGIA



È il sonno notturno il migliore alleato del cuore

NICLA PANCIERA

Il sonno è un alleato del cuore. Dormire almeno sette ore per notte, oltre a seguire le indicazioni di uno stile di vita sano, permette di ridurre del 65% il rischio di malattie cardiovascolari e ictus e fino all'83% quello di attacchi fatali. L'adozione delle sole strategie comportamentali riguardanti gli stili di vita, come fumo, dieta, attività fisica e consumo di alcolici, senza l'aggiunta di un adeguato numero di ore di sonno per notte, garantisce una riduzione dei rischi più modesta, del 57% per le patologie e del 67% per i decessi. L'evidenza del ruolo giocato dal sonno nella riduzione del rischio cardiovascolare arriva da uno studio olandese del «National Institute for Public Health and the Environment» di Bilthoven e dell'università di Wageningen, apparso sullo «European Journal of Preventive Cardiology». La ricerca è stata condotta in un decennio su un campione di oltre 14 mila soggetti di età compresa tra i 20 e 65 anni, senza problemi cardiaci all'inizio dello studio. Al momento del «follow up» 607 soggetti erano andati incontro a eventi cardiovascolari, come ictus e infarto, 129 dei quali fatali. Se tutti i partecipanti avessero seguito le norme di stile di vita sano, aggiungendo le giuste ore di riposo, si sarebbero potuti evitare quasi due eventi cardiovascolari su cinque (il 36%) e quasi tre decessi su cinque (57%). I ricercatori ricordano che la carenza di sonno è alla base di condizioni quali sovrappeso, obesità, ipertensione, colesterolo, tutti fattori di rischio cardiovascolare. Dato l'impatto sulla salute, il sonno andrebbe aggiunto - suggeriscono i ricercatori - agli altri tradizionali fattori di riduzione del rischio per quella che, con i suoi 4,3 milioni di decessi all'anno, è la prima causa di morte in Europa.



Crisi Secondo «facile.it» in Piemonte, Liguria e Lazio i prestiti ammontano a 6.600 euro a persona: sono i più alti del Paese

Boom di richiesta mutui per interventi chirurgici e cure dentali

■ La salute ha un costo e sono in tanti quelli che, in tempi di crisi, scelgono di rateizzare i pagamenti per le spese sanitarie. A tal proposito, il comparatore «Facile.it» ha analizzato, in collaborazione con «Prestiti.it», oltre 60 mila richieste di prestito presentate in Italia da gennaio a giugno 2013, scoprendo che i prestiti per le spese mediche rappresentano quasi l'1% delle domande di prestito personale (0,84%). Nello specifico, gli italiani ricorrono ai finanziamenti per pagare trattamenti di bellezza, operazioni di chirurgia estetica, impianti di ortodonzia per sé o per i figli e sostenere terapie di lunga durata. Dall'analisi condotta dal por-

tale «Facile.it», emerge che la richiesta media per questo tipo di finanziamento è piuttosto elevata: siamo a circa 6.600 euro, da restituire in un periodo di tempo particolarmente lungo, 56 mesi, quasi cinque anni. L'età media al momento della richiesta è di 44 anni, in linea con le richieste standard di credito al consumo. Dalla lettura dell'indagine stupisce che la percentuale di richieste provenienti da donne sia molto più elevata del solito: se, infatti, normalmente 3 domande su 4 arrivano da uomini quando parliamo di prestiti per le spese mediche il gap si riduce di parecchio. È composto da donne ben il 42% del campione analizzato.

Per quanto riguarda la professione svolta da chi chiede un finanziamento si rileva come una domanda su due (il 53% del totale) arrivi da un dipendente privato, il 12% da un lavoratore autonomo mentre oltre il 10% da un pensionato. Lo stipendio medio dichiarato al momento della richiesta è di 1.700 euro. Infine, per quanto riguarda le differenze tra le regioni, l'incidenza di questa tipologia di finanziamento sul totale dei prestiti personali è più alta in Toscana (qui arriviamo all'1,36%) e in Abruzzo (1,33%), mentre è ai minimi in Puglia e in Sardegna (entrambe con lo 0,34%). Gli importi più alti vengono richiesti in Piemonte (9.400 euro), Liguria

(8.800 euro) e Lazio (7.800 euro), le cifre più basse prevalentemente al centro-sud: Umbria (4.500 euro) e Basilicata (4 mila euro) si trovano in fondo alla classifica nazionale. «Il fenomeno in questione», dichiara Lorenzo Bacca, responsabile Business Unit Prestiti dei due broker on-line, rappresenta una risposta alla crisi, che ha costretto le famiglie italiane a ridurre la spesa sanitaria in maniera spesso drastica. Non a caso, continua Bacca, «le ultime stime del Censis hanno rivelato che ci sono 9 milioni di italiani che non hanno potuto accedere a prestazioni sanitarie più o meno essenziali. Finanziare anche le spese mediche - conclude - è, spesso l'unica soluzione per la gestione di questi bisogni».

60.000 **53%**

Pratiche

Già evase per erogazione di denaro per cure mediche

Domande

Sono effettuate da dipendenti privati. Il 12% da autonomi



Sanità: così la crisi "taglia" le terapie

L'allarme

Nel Rapporto di Cittadinanzattiva il dramma di sempre più italiani, costretti a prestiti per pagare visite e farmaci o a rinunciarvi

Liste di attesa infinite, prestazioni sempre più onerose soprattutto per il caro-ticket, ma anche perché si è costretti a pagare per non attendere troppo a lungo, fino a indebitarsi (soprattutto per il dentista) per potersi permettere le cure. Ma anche strutture sempre più fatiscenti, personale non sempre attento e malcontento per presunti errori medici in aumento. È il quadro

poco confortante della sanità pubblica che emerge dal XVI Rapporto Pit salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, intitolato non a caso "Meno sanità per tutti, la riforma strisciante".

«A chi dice che bisogna ripensare il concetto di universalismo (garantire tutto a tutti), rispondiamo che ciò è già stato realizzato nei fatti attraverso una riforma "non formalizzata", anche a causa dei 30 miliardi di tagli che incombono sul Servizio sanitario nazionale per il triennio 2012-2015, ha spiegato il coordinatore del Tdm Tonino Aceti, secondo il quale «uno degli aspetti peggiori, è il ricorso ai prestiti personali per far fronte alle spese sanitarie, l'ennesimo aspetto della crisi del servizio sanitario nazionale». Secondo una analisi dei siti Facile.it e Prestiti.it (comparatori di prestiti) infatti, sono in aumento le ri-

chieste di finanziamento per le spese sanitarie. E non solo per qualche "ritocchino" estetico, ma anche per le cure odontoiatriche, specie per i figli, o per la gestione di terapie di lunga durata.

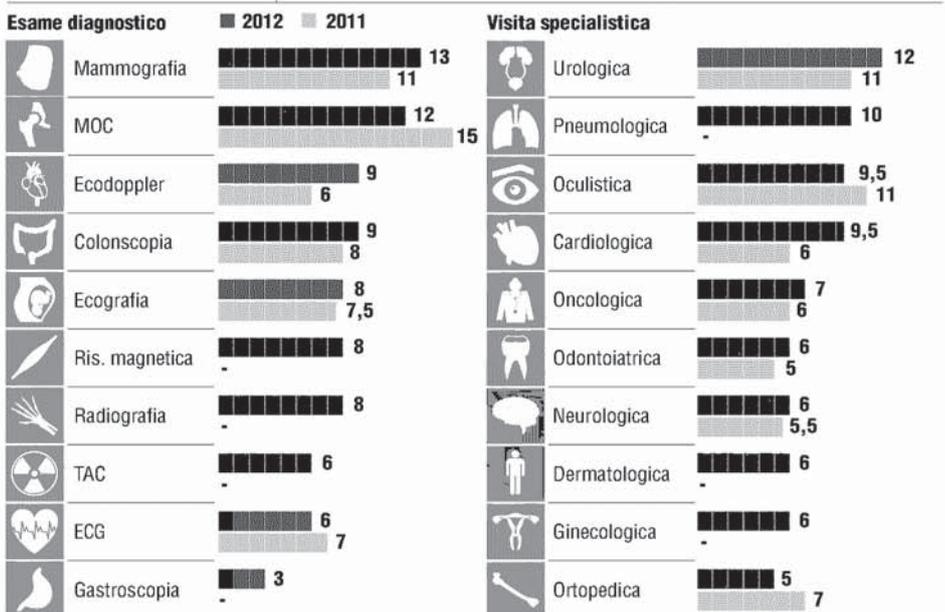
Nel frattempo l'accesso alle cure nella sanità pubblica è sempre più una chimera, almeno analizzando le segnalazioni dei cittadini (oltre 27mila). E per la prima volta proprio le difficoltà di accesso, con il 18,4% delle chiamate, superano la presunta malpractice medica (che si attesta al 17,7% comunque in aumento rispetto all'anno precedente). In primis ci sono le liste di attesa per visite ed esami troppo lunghe (fino a 13 mesi per una mammografia, un anno per una visita urologica o pneumologica) che portano spesso a richiedere prestazioni in intramoenia (care pure quelle) o a rivolgersi al privato-privato. Anche perché, oltre ad

attese insostenibili, c'è anche il ticket da pagare, che spesso rende più conveniente "uscire" dal servizio sanitario. E poi ci sono le spese per i farmaci (in media oltre 1.000 euro tra differenze tra griffati e generici o medicinali passati in fascia C, quindi totalmente a carico dei cittadini), o per protesi e ausili (fino a 944 euro annui per avere prodotti di qualità o in quantità accettabili).

Senza contare l'assistenza agli anziani malati, che costa quasi 14mila euro l'anno nelle strutture residenziali o almeno 8mila se si ricorre alla badante. A essere penalizzati, secondo Federanziani, sono soprattutto i cittadini più avanti con l'età e i pensionati, costretti «a eliminare anche l'acquisto di alcuni farmaci, non potendosi permettere in quanto oramai in fascia C» o a rinunciare «a visite mediche specialistiche e a semplici analisi».

Le liste di attesa

Tempo medio necessario (in mesi) per accesso a prestazioni sanitarie



Fonte: Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva

ANSA-CENTIMETRI



Sanità. I governatori: da chiarire la cancellazione del ticket e i finanziamenti per Ssn ed edilizia

Regioni in allerta su tre priorità

Roberto Turno
ROMA

Tre pregiudiziali: il «definitivo chiarimento» sulla promessa cancellazione dei 2 miliardi in più di ticket dal prossimo anno, il finanziamento del Ssn e degli investimenti in edilizia sanitaria. Poi sei capitoli scottanti interamente da ridiscutere: costi standard, assistenza sociale, Lea (livelli essenziali di assistenza), personale, cure H24 sul territorio e ospedali. Se il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, promette di presentare per fine luglio ai governatori almeno la prima bozza del «Patto per la salute» e intanto tratta con Saccomanni anche in vista della legge di stabilità 2014, le Regioni affilano le armi. Per nulla disposte a firmare cambiali in bianco sulla sanità. Pronte, anzi, ad alzare la posta sebbene manchino varchi nei conti pubblici.

Mentre il Governo prepara la nuova fase di spending review e riannoda i fili aggrovigliati della manovra 2014 coi rebus Iva e Imu, la spesa sanitaria si conferma una delle grandi incognite dei conti pubblici. A dispetto delle promesse di Lorenzin di abbandonare i tagli lineari e di aggirare l'aggua-

to dei nuovi ticket decisi dal duo Berlusconi-Tremonti. Intanto c'è lo spauracchio dello sciopero di 4 ore proclamato dai medici per lunedì prossimo. E non mancano altre partite aperte. A partire dai farmaci, dove l'apertura di ben due tavoli (su Prontuario e politica industriale) dimostra l'esistenza di altrettante situazioni di crisi per la filiera della sanità.

Lo spartiacque di qualsiasi scelta, ormai è chiaro, sarà quel «Patto per la salute» che

SOTTO LALENTE

Lo spartiacque di qualsiasi scelta sarà il Patto per la salute che in un anno non è arrivato al traguardo con il Governo Monti

con Monti e Balduzzi non è arrivato al traguardo. E che a maggior ragione adesso, con un anno di ritardo, sarà cruciale per poter individuare scelte concordate. E appunto per questo le Regioni - chissà se tutte unite, soprattutto le tre a trazione leghista - fanno scudo. Indicando una serie di paletti con un documento appena elaborato per i governatori dagli asses-

sori - come anticipato dal settimanale Il Sole-24 Ore Sanità, www.24oresanita.com - che integra e arricchisce le linee guida per il confronto col Governo messo a punto sedici mesi fa. In pratica, la nuova base di trattativa da cui partire secondo le Regioni.

Con le «pregiudiziali» su ticket, finanziamento del Ssn e dell'edilizia sanitaria che restano in cima a tutto. Ed ecco le nuove «integrazioni». A partire dalla necessità di proseguire il percorso dei costi standard, già con quel riparto 2013 che resta in naftalina. Poi con la definizione dei Liveas (livelli essenziali di assistenza sociale) e dei Lea. Quindi con una regolazione da scrivere ex novo rispetto allo stesso "decreto Balduzzi" delle cure sul territorio e degli stessi tagli negli ospedali. Per arrivare a una richiesta sibillina e tutta da riempire di contenuti: «Rafforzare le politiche per la gestione e lo sviluppo del personale» per poter «accompagnare con forme e strumenti nuovi i processi di programmazione e organizzazione» in corso nelle Regioni. Quale possa essere il punto di caduta non è facile capire. Un altolà in più per i sindacati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

31 miliardi

I tagli previsti

Le riduzioni alla spesa sanitaria dal 2010 al 2015. La somma è stata anche certificata dai giudici della Corte dei conti

2 miliardi

I ticket

La spesa in più per i ticket a carico dei cittadini che scatterebbero dal 1° gennaio 2014

14mila

I posti letto in meno

Le posizioni per i ricoverati negli ospedali in regime ordinario che potrebbero essere cancellati secondo la proposta di Mario Monti

3,3 miliardi

Il risparmio

L'effetto secondo le amministrazioni regionali del blocco dei contratti per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale dal 2012 fino al 2014



La ricerca. Uno studio dell'Università Cattolica

Nella sanità i tagli di spesa restano senza coerenza

Saverio Fossati

Le Regioni sostengono la spesa sanitaria, di gran lunga la voce maggiore ma, soprattutto, quella con una preoccupante tendenza a dilagare. Non si tratta, naturalmente, di una situazione omogenea; il 76% del disavanzo è concentrato in poche regioni: il Lazio (il passivo sanitario rappresenta il 56% del debito finanziario complessivo accumulato) l'Abruzzo (43,6% del passivo regionale), il Molise, la Campania e la Calabria (si veda Il Sole 24 Ore del 13 luglio).

Nell'indagine dell'Università Cattolica di Milano (a cura di Americo Cicchetti e Anna Ceccarelli), di cui alcuni dati sono stati anticipati sul giornale di ieri, emergono alcuni dati allarmanti: la spesa sanitaria è cresciuta del 45,1% nel decennio del federalismo, finanziata dallo Stato a scapito dell'istruzione e del debito pubblico. E alle manovre che tendono a incidere su personale e servizi sfuggono, in realtà, settori dove la crescita è stata abnorme.

Nonostante la ridottissima crescita complessiva del Pil nell'ultimo decennio, si legge nella ricerca, la spesa sanitaria si è costantemente incrementata, generando un disavanzo cumulato di 35 miliardi, che ha contribuito pesantemente al debito pubblico. Se però consideriamo il dettaglio della spesa, ecco i dati che più colpiscono: i farmaci in convenzione sono cresciuti nel decennio 2001-2010 del 27,6 per cento, e in molti anni hanno registrato un decremento (dal 2007 al 2010). Crescita meno controllata per la farmaceutica ospedaliera,

con una media del 5,8 all'anno, mentre abnorme appare la voce "beni e altri servizi": il 70,1% in più, con una media del 7% annuo di crescita. Ancora peggio con la spesa per «altra assistenza convenzionata e accreditata»: 84,6% (l'ospedaliera convenzionata, invece, è cresciuta solo del 10% in dieci anni).

Le manovre del 2011 e 2012 in-

I RECORD

L'assistenza specialistica convenzionata e accreditata è cresciuta del 62,2% in dieci anni, l'integrativa e protesica del 56,7%

cidono fortemente sul contenimento della spesa, senza intaccare, come osserva la ricerca, il principio della gratuità generale delle prestazioni. Ma, dicono gli studiosi della Cattolica, non mancano le criticità; gli interventi sono a breve termine e tralasciano settori fuori controllo: l'assistenza specialistica ambulatoriale (crescita annua del 4%), l'assistenza protesica integrativa (2%) e l'altra assistenza accreditata convenzionata (5%).

Ci sono però altri dati macro da considerare: anzitutto la spesa sanitaria italiana, in percentuale sul Pil, è da sempre tra le più basse d'Europa. Ma, rileva la ricerca, in un'ottica di sostenibilità a lungo termine, il contenimento generale della spesa pubblica non può non incidere anche su quella sanitaria. I suggerimenti della Cattolica si articolano in quattro direzioni: proseguire con la riduzione per la spesa sui beni e servizi, medical device e grandi apparecchiature elettromedicali. Però allargando l'azione ai comparti "dimenticati" ma che pesano molto, come l'assistenza specialistica e "altra" convenzionata e accreditata, l'integrativa e la protesica. Secondo, ridefinire i Lea (livelli essenziali d'assistenza) facendoli diventare elenchi di prestazioni ammesse, mentre ora è nei Lea tutto ciò che non è esplicitamente escluso. Terzo, riscrivere il patto Stato-Regioni per dettare regole di razionalizzazione del sistema. Infine, promuovere i fondi integrativi privati incrementando la detassazione.



■ Sul Sole 24 Ore di ieri sono stati pubblicati i dati relativi a spesa ed entrate tributarie regionali degli ultimi 40 anni, dai quali emerge un'impennata di 30 volte delle tasse dal 1970. Nell'ultimo decennio, comunque, con il federalismo le tasse statali sono salite da 342 a 445 miliardi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Passi avanti verso una cura per l'Aids

LA SCOPERTA

Sembra più vicina una cura per l'Aids in grado di indurre una remissione totale della malattia. Il tutto senza dover costringere i pazienti - circa 33 milioni in tutto il mondo - ad assumere a vita, come avviene ora, quel cocktail di farmaci che costituisce la terapia antiretrovirale.

È questo il sogno che adesso, grazie a una ricerca pubblicata su "Retrovirology", sembra aver compiuto un importante passo avanti nella direzione giusta. Un team italo-americano di ricercatori, coordinati da Andrea Savarino dell'Istituto superiore di sanità, ha aggiunto alla terapia antiretrovirale due farmaci, l'auranofin, un composto a base di sali di oro già conosciuto, e per la prima volta la butionina sulfossimina, un agente chemiosensibilizzante (Bso), ottenendo così nei macachi usati come modello della malattia (il più vicino all'Aids umano), dopo un periodo di sospensione della terapia, una remissione della patologia.

L'EFFETTO

La combinazione di farmaci ha, in pratica, rimpiazzato gradualmente e senza provocare effetti collaterali i linfociti "malati" con cellule nuove e perfettamente funzionanti, anche se, in un primo momento, non è riuscita a prevenire un' iniziale ricarica del virus.

«Risulta evidente - osserva Iart Luca Shytaj, collaboratore di Savarino e primo autore dell'articolo - come una branca specifica del sistema immunitario venga stimolata dall'aggiunta di Bso al cocktail di farmaci e possa eventualmente mimare un'autovaccinazione contro il virus».

«Monitorando i macachi - afferma Savarino - ben presto abbiamo potuto constatare

che le nuove cellule immuni respingevano con forza il virus, riportando così le scimmie in perfetta salute». I ricercatori stanno ora programmando l'inizio di un trial clinico nei primi mesi del 2014.

L'annuncio verrà dato nel corso della conferenza su "Hiv persistence during therapy" che si terrà a Miami il prossimo dicembre. A parte qualche raro caso di guarigione ottenuta trattando molto precocemente e regolarmente i pazienti con la terapia antiretrovirale, una vera e propria cura per l'Aids è stata ottenuta solamente nel caso di Timothy Brown, conosciuto come "il paziente di Berlino", e forse - ma sono ancora in corso le valutazioni - in due recenti casi riportati a Boston.

AGGIUNTI FARMACI ALLA TERAPIA: L'AURANOFIN A BASE DI SALI DI ORO E LA BUTIONINA SULFOSSIMINA



Il simbolo della malattia

Amore per ringiovanire

I LOVE YOU!

OF COURSE YOU DO.

80% 40% 10%

«Possibile risolvere le difficoltà di cui l'uomo non parla mai»

SCIENZA

**Un team italo-americano:
«Vicina una cura per l'Aids»**

Una cura per l'Aids in grado di indurre una remissione totale della malattia sembra essere più vicina. Senza dover costringere i pazienti - 33 milioni in tutto il mondo - ad assumere a vita, come avviene ora, quel cocktail di farmaci che costituisce la terapia antiretrovirale. È questo il sogno di molti, che però adesso, grazie a una ricerca di un team italo-americano, coordinato da Andrea Savarino dell'Iss e pubblicata su *Retrovirology*, sembra aver compiuto un importante passo avanti nella direzione giusta. Il team di ricercatori ha aggiunto alla terapia antiretrovirale due farmaci, l'auranofin, un composto a base di sali di oro già conosciuto, e, per la prima volta, la butioninasulfossimina, un agente chemiosensibilizzante (Bso), ottenendo così, nei macachi usati come modello (il più vicino all'Aids umano), dopo un periodo di sospensione della terapia, una remissione della patologia. La combinazione di farmaci ha, in pratica, rimpiazzato gradualmente e senza provocare effetti collaterali i linfociti «malati» con cellule nuove e perfettamente funzionanti, anche se, in un primo momento, non è riuscita a prevenire un'iniziale ricarica del virus.



Lotta all'Aids
La cura è più vicina grazie anche alla ricerca italiana

METODO ALLA PROVA

Un team di ricercatori coordinato da Andrea Savarino (Iss) ha ottenuto una remissione della

patologia nei macachi. L'infettivologo: «Giusto ottimismo ma serve cautela»

SALINARO A PAGINA **10**

Scoperta italo-americana: la cura dell'Aids è più vicina

Nuovo cocktail di farmaci. Ma servono ulteriori verifiche

DA MILANO VITO SALINARO

Sradicare il virus. "Pensionando" l'attuale terapia antiretrovirale che i malati di Aids assumono a vita. È il sogno inseguito da ricercatori e infettivologi e cullato dai circa 33 milioni di pazienti nel mondo. Oggi si può parlare di un passo in avanti verso questo obiettivo, grazie a uno studio italo-americano che avrà bisogno, tuttavia, di ulteriori validazioni.

In sostanza, un team di ricercatori, coordinato da Andrea Savarino dell'Istituto superiore di sanità (Iss), ha aggiunto alla terapia antiretrovirale due farmaci, l'auranofin, un composto a base di sali di oro, e, per la prima volta, la butionina sulfossimina, un agente chemiosensibilizzante (Bso), ottenendo nei macachi usati come modello della malattia (il più vicino all'Aids umano), dopo un periodo di sospensione della terapia, una remissione della patologia. La combinazione di farmaci ha rimpiazzato senza provocare effetti collaterali i linfociti "malati" con cellule nuove e perfettamente funzionanti, anche se, in un primo momento, non è riuscita a

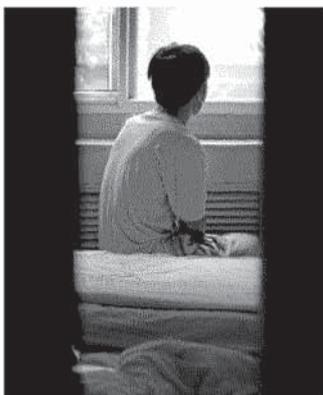
prevenire un'iniziale ricarica del virus. Iart Luca Shytaj, collaboratore di Savarino, mostra soddisfazione perché una branca specifica del sistema immunitario è, in modo «evidente, stimolata dall'aggiunta di Bso al cocktail di farmaci e può eventualmente mimare un'autovaccinazione contro il virus». Monitorando i macachi, aggiunge Savarino, «ben presto abbiamo constatato che le nuove cellule immuni respingevano con forza il virus, riportando così le scimmie in perfetta salute». Lo studio, pubblicato su *Retrovirology*, sarà presentato nel corso della conferenza *Hiv persistence during therapy*, in programma a Miami in dicembre. I ricercatori stanno ora programmando un trial clinico dai primi mesi del 2014.

Ottimismo, misto a cautela, mostra il professor Massimo Puoti, direttore della Struttura complessa di Malattie infettive dell'ospedale Niguarda di Milano che fa il punto sulla lotta alla malattia: «Le terapie antivirali hanno rappresentato l'arma che ci ha consentito di ottenere successi impensabili nella lotta all'infezione in termini sia di diminuzione di mortalità che di contenimento

dell'epidemia». Venendo all'eradicazione dell'Hiv, Puoti aggiunge che «si è ottenuta in pochissimi casi di pazienti sottoposti a trapianto di midollo per gravi malattie del sangue»; una procedura «rischiosa per il paziente che vale la pena eseguire solo nel contesto del trattamento di una malattia ematologica altrettanto mortale». Ma già «si stanno mettendo a punto combinazioni terapeutiche al fine di ottenere lo stesso obiettivo senza comportare grandi rischi per i pazienti».

In questo contesto, «lo studio del gruppo dell'Iss può rappresentare un importante passo in avanti essendo basato sulla combinazione di farmaci antiretrovirali con farmaci non privi di tossicità» ma «meno pericolosi di un trapianto di midollo». Dunque, i risultati ottenuti nei macachi «sono interessanti ma il trasferimento di questo approccio all'uomo richiederà alcuni anni di sperimentazione per confermarne l'efficacia nel lungo periodo e la tollerabilità nei pazienti». Nell'attesa, conclude Puoti, «le terapie antivirali, sono tuttora una validissima risorsa terapeutica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tumore a colon, ecco la spia del rischio di ricaduta

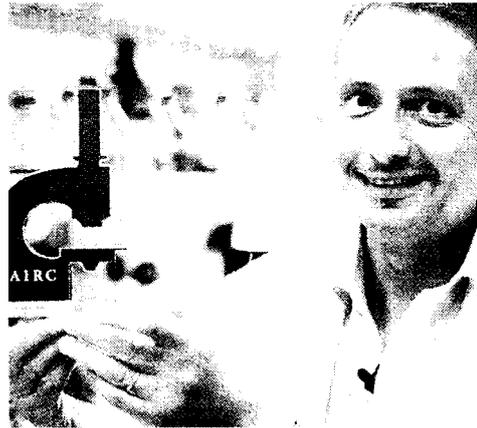
FABIO DI TODARO

I numeri sono di prim'ordine: 100 milioni destinati alla ricerca e oltre 1500 pubblicazioni ottenute su riviste scientifiche internazionali. Il bilancio dell'attività 2012 dell'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, rende l'idea dell'impegno destinato dai ricercatori italiani alla battaglia contro i tumori, ritenuti il prossimo nemico da sconfiggere per allungare la prospettiva di vita.

I risultati, com'era prevedibile, non tardano ad arrivare. Tra i più importanti, di cui si è molto dibattuto anche all'estero, c'è la scoperta della mutazione del gene Kras, ritenuta responsabile della resistenza ai farmaci utilizzati nella cura del tumore del colon: tra i primi quattro più diffusi in Italia, dopo le neoplasie al polmone, al seno e alla prostata. E quasi sempre questa neoplasia sceglie come secondo bersaglio il fegato. La scoperta, frutto degli studi compiuti dai ricercatori dell'Istituto per la ricerca sul cancro di Candiolo (Torino), in collaborazione con l'ospedale Niguarda di Milano e il Memorial Sloan Kettering di New York, è stata pubblicata su «Nature».

«Identificando la mutazione del gene Kras - spiegano gli studiosi - è possibile individuare la resistenza ai farmaci prima che la recidiva si manifesti clinicamente». Con una nuova tecnologia, disponibile al momento solo all'Istituto di Candiolo, è possibile ricavare la carta d'identità della neoplasia, utilizzando il Dna rilasciato dal tumore nel sangue. Questo test, chiamato biopsia liquida, consentirà di sviluppare terapie a bersaglio molecolare prima che il tumore smetta di rispondere ai farmaci attualmente in uso.

«Il prossimo obiettivo è favorire la diffusione di questo esame, per adesso utilizzato soltanto nei trial clinici, anche su larga scala - dichiara Alberto Bardelli, direttore del laboratorio di genetica molecolare dell'Istituto di Candiolo e docente presso il dipartimento di oncologia dell'Università di Torino -. In questo modo, attraverso un semplice prelievo di sangue e con diversi mesi di anticipo rispetto all'esito di una Tac, è possibile individuare l'evoluzione molecolare del tumore e approntare così una risposta terapeutica più rapida e mirata».



Alberto Bardelli dell'Istituto di Candiolo



Medicina Negli Stati Uniti hanno trovato il modo di bloccare le staminali tumorali. Uno, Pandolfi, big grazie all'Airc

Due italiani lavorano per azzerare il cancro al seno

Due italiani lanciano la sfida definitiva al tumore al seno. Il loro bersaglio sono le cellule staminali del cancro, quelle che si nascondono nella massa, si rafforzano e che ripartono in modo devastante con le metastasi e la «resistenza» alle cure. Ed esprimono forme di tumore classificate come *triplo negative*.

I due «cervelli» partiti dall'Italia sono diventati punto di riferimento negli Stati Uniti, e di conseguenza nel mondo. Pier Paolo Pandolfi, 50 anni, direttore del *Beth Israel Cancer Center* della *Harvard Medical School* di Boston, e Massimo Cristofanilli, 53 anni, direttore dell'oncologia al *Thomas Jefferson University Hospital* di Philadelphia, uno degli specialisti con più credito presso l'agenzia statunitense per l'approvazione dei farmaci (la potente Fda).

Su che cosa stanno lavorando? Ecco le premesse. Negli ultimi vent'anni, a fronte di un aumento dei casi di tumore della mammella (40 mila donne colpite ogni anno in Italia), si è assistito ad un calo della mortalità. Riduzione legata fondamen-

talmente a due fattori: il miglioramento delle opportunità di diagnosi precoce, lo sviluppo di nuove cure sempre più efficaci. Tra queste le *targeted-therapies*, ovvero i trattamenti sviluppati per colpire obiettivi molecolari specifici delle cellule tumorali. A fronte di questi importanti sviluppi, tuttavia, ci sono ancora casi nei quali la malattia riparte in forma resistente e ci sono le metastasi, una sfida ancora da vincere. Casi che in parte hanno origine da quei tumori classificati come *triplo-negativi*, privi cioè di bersagli aggredibili con la *targeted-therapy*. Sono circa il 20% del totale dei tumori della mammella, unica arma a disposizione degli oncologi è la chemioterapia. Un'arma spuntata. Trovare la soluzione a questo 20% significa sconfiggere definitivamente il cancro al seno. E i due italiani sembrano avere già in mano la soluzione. Sanno come colpire le staminali del cancro. O direttamente o modificando il microambiente in cui si sviluppano.

Cristofanilli coordina lo studio sui pazienti (per ora in 10

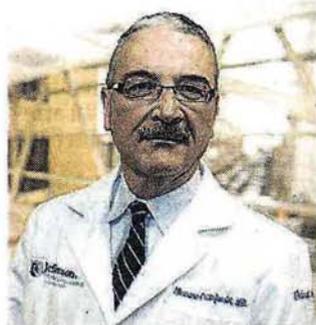
centri americani) del primo farmaco che agendo sui mediatori dell'infiammazione (il microambiente) «addormenta» le staminali del cancro. Impedisce l'autorigenerazione delle cellule maligne. Per ora del seno. Dieci pazienti con metastasi trattate: in due remissione, in quattro stabilizzazione. Un vero colpo al «nucleo pulsante» del tumore. La ricerca si allarga a venti pazienti. La molecola è frutto della ricerca italiana (Dompé) e si chiama *reparixin*. Al congresso di Chicago dell'Associazione degli oncologi americani (Asco) è stata una delle poche novità. Ora c'è il via libera ad allargare la sperimentazione a più pazienti, anche prima dell'intervento chirurgico (una parte della sperimentazione). Il farmaco è orale.

Ed ecco Pandolfi, l'uomo che ha creato l'«ospedale» dei topi «umanizzati» (il *mouse hospital*): cavie che sviluppano tumori umani, nei geni e nell'espressione. Sulla rivista *Cell* ha pubblicato un lavoro rivoluzionario. Ha scoperto il meccanismo genetico che agisce sulle staminali cancerose, favorendone rin-

novo, moltiplicazione e metastasi. Colpevole un piccolo frammento di Rna (l'alter ego del Dna) di sole 22 paia di mattoncini (basi). Un microRna (miR-22) capace di «causare» il cancro e favorirne le metastasi. Come? Sopprimendo un altro micro-Rna, questo anti-tumorale. Ma Pandolfi non si è fermato alla scoperta, ma ha trovato il modo di bloccare selettivamente la funzione dei miR-22. Nel suo ospedale, i topi umanizzati sono guariti. E ha scoperto anche che i micro-Rna usano un linguaggio «segreto» per comunicare. Pandolfi ha messo a punto il «traduttore» giusto per mandare in tilt i micro-Rna cattivi e attivare quelli buoni. I test sull'uomo sono vicinissimi. Una curiosità: gli studi di Pandolfi sono partiti grazie all'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), che quest'anno, tra iniziative e 5xmille, ha raccolto 100 milioni di euro (www.bilanciosociale.airc.it). Record da slogan: 365 giorni di passi avanti.

Mario Pappagallo
@Mariopaps

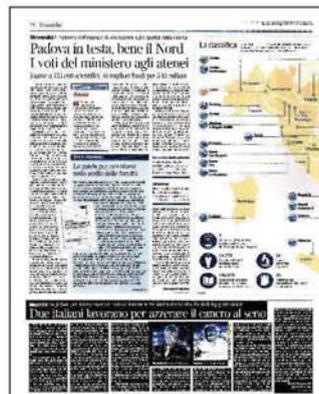
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Filadelfia Massimo Cristofanilli



Boston Pier Paolo Pandolfi



COMMISSIONE SALUTE

Nodo «innovativi» alle barricate

Sulla patata bollente dei ritardi nell'accesso ai farmaci innovativi e l'ancor più incandescente questione della rimborsabilità di alcuni medicinali sarà chiamata a esprimersi la Conferenza Stato-Regioni.

Lo ha deciso la Commissione Salute che nella seduta del 9 luglio ha fatto il punto sulle notizie in materia più volte rimbalzate dalle cronache soprattutto con l'esplosione della querelle sugli "oncologici non rimborsabili".

Per quanto riguarda quest'ultimo punto - oggetto anche ieri di serrato confronto tra **Aifa** e ministero della Salute - sotto la lente la norma del Dl «Balduzzi» (L. 189/2012, art. 12, c. 2) che ha determinato un disallineamento

tra registrazione del prodotto e la sua rimborsabilità da parte del Ssn, finora obbligate a procedere di pari passo. La questione è esplosa in relazione a due antitumorali, entrati sul mercato in Italia a fine maggio e momentaneamente inclusi nella nuova classe Cnn (non negoziati), in attesa della contrattazione di **Aifa** con l'azienda produttrice. A sollevare la questione era stata l'**Aiom** (oncologi) stigmatizzando - in una lettera inviata al ministro **Lorenzin** - il vuoto normativo riguardo a chi sosterrà la spesa per i nuovi trattamenti (Regioni od ospedali, non i cittadini, ndr.) con conseguenti possibili nuove disparità

tra Regione e Regione. Criticità evidentemente condivise anche dai componenti della Commissione salute, convinti che la norma "mal si concilia con un sistema sanitario universalistico come il Ssn". Con in più l'aggravante che fino all'ammissione al rimborso la spesa sostenuta per quei farmaci - chiunque se ne accollì l'onere - non contribuirà alla determinazione del tetto e produrrà diritto al pay back.

Antenne vigili dei tecnici regionali anche sulla questione generale della tempistica d'accesso ai farmaci innovativi nei diversi territori, sottolineata di recente in più occasioni pubbliche anche

dal Dg dell'**Aifa**, **Luca Pani**.

Nessun tentennamento in proposito: faro delle Regioni resta l'Accordo del 18 novembre 2010 (ricepito nella «Balduzzi»), che impegna le Regioni a rendere immediatamente disponibili le cure individuate come innovative dalla Cts dell'**Aifa** «... anche senza il formale inserimento nei Prontuari terapeutici ospedalieri regionali». E l'eventuale mancato rispetto delle regole da parte di una Regione "non potrà essere preso a pretesto per sconvolgere l'attuale organizzazione del sistema farmaceutico regionale e nazionale".

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Carrozza: ricerca,
pronti 540 milioni**

Raffaello Masci A PAGINA 13

MARIA CHIARA CARROZZA

“Mezzo miliardo per i migliori progetti di ricerca”

L'annuncio del ministro dell'Istruzione:
“Scegliere e poi investire su ciò che si è scelto”

I cittadini ci chiedono di spendere bene e investire su ciò che merita. E noi non abbiamo paura di farlo

Le start up sono strumenti fondamentali per l'innovazione e per la competitività economica del Paese

Serve una informazione imparziale che dica quali sono le possibilità offerte ai giovani dai singoli indirizzi di studio

Il titolo di studio viene richiesto ormai solo dalla pubblica amministrazione, mentre per il mercato vale l'iter formativo individuale

RAFFAELLO MASCI

Maria Chiara Carrozza, lei è stata professore e rettore, chissà quante volte avrà detto «se fossi io il ministro ...». Ecco, adesso le tocca.

«Lei dice che mi faranno pentire? Non credo. Quando sono entrata qui mi sono data un principio ispiratore che ho sentito dalla commissaria europea all'innovazione e alla ricerca, Máire Geoghegan-Quinn: «Select, invest, transform». Selezionare e quindi scegliere, investire su ciò che si è scelto, e poi trasformare a vantaggio del Paese e della comunità».

Alcuni suoi predecessori si sarebbero già arenati sul «select», perché scegliere significa farsi nemici.

«E io mi farò molti nemici, pazienza! già da subito, peraltro, dato che è appena stato presentato il rapporto di valutazione sulla ricerca che ci consentirà di rilevare le migliori prestazioni. In base a questa valutazione il ministero disporrà nel 2013 di un fondo di 540 milioni da distribuire secondo criteri premiali».

Auguri. Le faranno rimpiangere di aver lasciato Pisa.

«Non credo. I cittadini ci chiedono di spendere bene e investire su ciò che merita. E noi non abbiamo paura di farlo. E anche il mondo delle università e della ricerca ha mostrato di capirlo, visto il grande sforzo di trasparenza fatto in questa occasione, un esempio unico nella pubblica amministrazione».

Se le università sono così differenti come risulta dalla valutazione, che senso ha mantenere ancora il valore legale del titolo di studio?

«La prassi ha superato questa disputa: il titolo di studio viene richiesto ormai solo dalla pubblica amministrazione, mentre per il mercato vale l'iter formativo individuale. Il carattere legale del titolo, semmai, serve come certificazione di qualità da parte dello Stato che garantisce che determinati percorsi di studio sono avvenuti secondo criteri certi e verificabili».

Parliamo di università e lavoro. Dall'inizio della crisi le immatricolazioni sono diminuite di quasi un quinto: la laurea ha perso di attrattiva?

«Sta per partire qui al ministero un gruppo di studio su questo fenomeno: voglio capirne bene la dinamica. Sicu-

ramente c'è una questione demografica, poi la crisi sociale che si fa sentire così come l'aumento delle tasse universitarie: tutte questioni che hanno avuto certamente un peso».

Basterà rimuovere queste strettoie?

«Quando mi avranno consegnato i risultati dell'indagine lo saprò. Tuttavia stiamo lavorando anche su possibili alternative all'università, come gli Its (Istituti tecnici superiori - ndr) che hanno riguardato finora una platea limitata ma che sono stati molto apprezzati nel mondo imprenditoriale».

Sta di fatto che all'università si va di meno e che ci sono 2 milioni di ragazzi che non studiano e non lavorano.

«Al netto di tutti i problemi connessi con la recessione, mi sento di dire che



per i giovani esiste un forte problema di disorientamento: i ragazzi di questa generazione, per la prima volta da tempo, hanno paura di tornare indietro rispetto alla condizione di progresso che i loro genitori hanno conosciuto e questo genera una forte apprensione che si riverbera anche sulle scelte di studio. L'attività di orientamento in questo deve assumere un ruolo centrale».

Ma disorientamento non è anche il fatto che a fronte di una disoccupazione crescente gli universitari optano ancora per discipline umanistico-sociali che non danno alcuno sbocco lavorativo?

«È ancora molto rilevante - anche se in calo - la propensione per gli studi umanistici, ma l'orientamento che le università devono fare non è una sorta di pressione affinché ci si iscriva di più ai corsi di laurea scientifici, ma serve una informazione chiara, imparziale e rispettosa degli interessi dei ragazzi, che dica chiaramente quali sono le possibilità offerte dai singoli indirizzi di studio. Dopo di che ciascuno scelga pure liberamente ma consapevolmente».

Parliamo di start up, cioè di quelle idee che nascono in ambito universitario e che poi generano imprese: l'università da cui lei proviene ne ha sviluppate molte, al contrario di altri atenei.

«Le start up sono fondamentali per l'innovazione e per la competitività economica. Le università hanno agito molto su questo fronte e continuano a farlo. Però abbiamo anche assistito a start up attecchite qui da noi ma sviluppate a Palo Alto o altrove. Non basta formare

ragazzi preparati e metterli a lavorare intorno a un'idea, ci vuole un "ecosistema" favorevole: libertà, investimenti, meno burocrazia. Le idee non possono essere seppellite dalle carte».

Si fa prima a cambiare paese.

«Per nulla: si devono cambiare le condizioni. Non è materia mia, ma credo, per esempio, che la leva fiscale per favorire le start up potrebbe essere un fattore su cui ragionare».

Qualità degli studi

Al primo posto

l'Università di Padova

■ Novantacinque università, 12 enti di ricerca vigilati dal Miur e 26 enti «volontari», 20 mesi di lavoro e quasi 185mila progetti (articoli, monografie e saggi, atti di convegni, manufatti, ecc) passati al setaccio: è questa la sintesi dello studio svolto dall'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario sulla qualità della ricerca in Italia presentata ieri a Roma. Al primo posto l'Università di Padova, che si attesta al primo posto per ben 7e aree scientifiche su 14, mentre tra gli enti di ricerca molto bene l'Istituto nazionale di geofisica e vulcanologia e l'Istituto nazionale di fisica nucleare, male invece il Centro nazionale di ricerca (Cnr).

Le migliori performance nelle scienze chimiche e fisiche, meno bene nelle scienze sociali e politiche.