

# Qualità delle cure, la Regione dà i voti ai dg di ospedali e Asl

CARLO PICOZZA

**V**ARATI dalla Regione, ecco i criteri di valutazione dell'operato dei direttori di Asl e ospedali: in una "pagella", accanto agli indicatori contabili, figureranno quelli sulla qualità delle cure. Ma, dati del ministero alla mano, se applicate ora, le nuove regole sancirebbero la bocciatura dei 20 dg di Asl (12), aziende ospedaliere (3), policlinici universitari (3), Istituti di cura a carattere scientifico (2).

SEGUE A PAGINA XXVII



L'aula del consiglio regionale alla Pisana

**Il management dovrà centrare gli obiettivi di efficacia dei trattamenti pena la revoca**

## Direttori di Asl e ospedali, pagelle dalla Regione "Un voto sulla qualità delle cure ai cittadini"

(segue dalla prima di cronaca)

CARLO PICOZZA

**I**CRITERI, con tanto di «indicatori di esito», sono stati riscritti dagli uffici del governatore-commissario alla Sanità regionale, Nicola Zingaretti. «È la prima volta che accade», si legge in una nota della Regione.

L'azione dei manager dovrà insomma misurarsi con cinque «misuratori» della qualità delle cure prestate ai cittadini. Le fratture di femore vanno operate «entro 48 ore». «Finora», spiegò il comunicato della Regione, «nel Lazio meno di un terzo degli an-

ziani va sotto i ferri rispettando questa soglia temporale di sicurezza». La durata della degenza per i pazienti operati in laparoscopia alla colecisti, dovrà essere ridotta a tre giorni. E per gli infarti acuti dovranno essere assicurati trattamenti immediati di rivascolarizzazione: «La disostruzione delle coronarie entro 30 minuti dall'arrivo in ospedale salva la vita». I direttori sono chiamati anche a ridurre drasticamente il numero dei ricoveri per i malati di bronchite cronica. E quello dei tagli cesarei. Oggi nel Lazio, a seconda degli ospedali ai quali si rivolge la gestante, la probabilità di subire un cesa-

reo varia dal 18 al 70 per cento a parità delle condizioni di rischio.

Sono obiettivi di efficacia terapeutica, appropriatezza e tempestività dell'assistenza: il management di Asl e ospedali è chiamato a raggiungerli, pena la revoca dell'incarico. In altre parole, sulla "pagella" dei direttori, accanto agli obiettivi di correttezza gestionale, tensione al risparmio, trasparenza e applicazione delle direttive regionali (tra le quali è richiamato il blocco di assunzioni e promozioni), compariranno gli indicatori di esito. E per superare l'esame, i

managers dovranno aver centrato almeno sette obiettivi su dieci. Solo una sufficienza larga in pagella, almeno un 7, assicurerà la conferma del mandato e darà diritto a un «premio di produttività pari al 7 per cento della remunerazione (sui 10mila euro; ndr)».

«L'introduzione degli indicatori di esito è una novità assoluta per il Servizio sanitario regiona-

le», spiega Zingaretti, «una rivoluzione, perché segna un cambio radicale di rotta per orientare la Sanità regionale verso la salute dei cittadini senza abbandonare la linea del rigore sui conti e della lotta agli sprechi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### LA REGIONE

Il palazzo che ospita la sede della Regione Lazio, guidata da Nicola Zingaretti, in via Cristoforo Colombo



**Regione** Zingaretti firma il decreto che «rivoluziona» gli incarichi

# Sanità, direttori generali valutati con le pagelle

## Il giudizio sarà necessario per la riconferma

Voti e pagelle a direttori generali di Asl e aziende ospedaliere. Se si vorrà essere riconfermati, non basterà far quadrare i conti, ma bisognerà dimostrare di aver intrapreso con decisione la strada di un sostanziale e misurabile miglioramento del servizio di assistenza ai cittadini.

Il presidente Zingaretti ha firmato ieri un decreto che, per la prima volta nel Lazio, indica gli obiettivi per i direttori generali e contiene 5 «indicatori di esito». Riflettori puntati su: interventi con frattura di femore, trattamento dell'infarto acuto, riduzione del numero dei parti cesarei, broncopneumopatia e asportazione della colecisti. Nel primo caso, gli enti ospedalieri vengono invitati ad intervenire entro le 48 ore mentre oggi meno di un terzo degli anziani viene opera-



### Il piano

Il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, impegnato a ridisegnare il settore sanitario

to entro questa soglia temporale di sicurezza. Per la colecistectomia laparoscopica è necessario ridurre la degenza, massimo tre giorni, mentre per l'infarto, si deve provvedere alla «disostruzione tempestiva delle coronarie entro 30 minuti dall'arrivo in ospedale». Nel Lazio, com'era già noto, si fanno poi troppi parti cesarei: a seconda della struttura alla quale la donna si rivolge, la probabilità di non partorire naturalmente varia dal 18% al 70% a parità di condizioni di rischio. Ridurre infine il ricorso al ricovero ospedaliero di pazienti con bronco pneumopatia cronica che dovrebbero essere assistiti sul territorio. Ma, a fianco agli obiettivi di efficacia, appropriatezza e tempestività delle cure, le direzioni aziendali dovranno rispettare il divieto di procedere ad as-

sunzioni in deroga senza il preventivo via libera della Regione, così come il divieto di procedere a gare senza il preventivo assenso della strutture commissariali. La griglia degli obiettivi in particolare quelli di esito è calato sulle realtà dei singoli ospedali, che comunque saranno in concorrenza tra loro. Per superare l'esame i direttori generali dovranno realizzare 70 punti su 100, perché, senza il 7 in pagella, l'incarico non viene rinnovato.

Una «svolta epocale» è stata definita la decisione di Zingaretti da Marco Vincenzi, capogruppo del PD in Regione. «Si chiude l'era dell'affiliazione politica e dei padrinnaggi partitici nelle decisioni sugli incarichi manageriali nella sanità pubblica».

**F. Fior.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Scoperto il gene mutato che scatena l'ictus un test svelerà il rischio

## LO STUDIO

**ROMA** La sigla del gene è TNFR-SF11B. Tre sue mutazioni alzano il rischio di un accidente cardiovascolare, l'ictus. Tre varianti fanno aumentare la produzione nel sangue di una proteina, la osteoprotegerina. Che favorisce l'accumulo di calcio sulle pareti arteriose e, di conseguenza, la formazione di placche che, in caso di rottura, possono causare un problema cerebrovascolare. Sarebbe, dunque, "colpa" di anche un gene mutato se il cervello riceve un insulto. Se un coagulo di sangue blocca un'arteria o quando un'arteria del cervello viene danneggiato e si rompe.

## ANGELINA JOLIE

Coloro che hanno le varianti geniche hanno un rischio da 3 a 6 volte più alto rispetto alla popolazione generale. In più: la contemporanea presenza delle tre mutazioni incrementa di quasi il 60% la probabilità di un ictus. Una situazione genetica sovrapponibile, anche se ovviamente si tratta di geni diversi, a quella dell'attrice Angeli-

na Jolie che ha deciso di intervenire asportando il seno. Simile anche a quella del manager inglese che presentava una mutazione nel gene legato all'insorgenza della neoplasia della prostata e che scelse per l'intervento.

A decifrare le varianti di TNFR-SF11B è stata un'équipe di ricercatori dell'Unità di Medicina interna, angiologia e diabetologia dell'Università Cattolica di Roma. Uno studio appena pubblicato su "Human Genetics" e condotto su un gruppo di pazienti diabetici. I risultati dello studio che permetterà di lavorare su un programma di prevenzione nei confronti di chi si trova in questa condizione saranno presentati oggi all'università Cattolica nel corso della Giornata per la ricerca.

## LA TERAPIA

«Abbiamo dimostrato - spiega Ghirlanda - una correlazione tra l'ictus, la vulnerabilità della placca arteriosclerotica nelle arterie che ossigenano il cervello e alcune versioni del gene. Questi pazienti hanno gravi stenosi coronariche, calcificazione della tunica media delle arterie, attivazione dei pro-

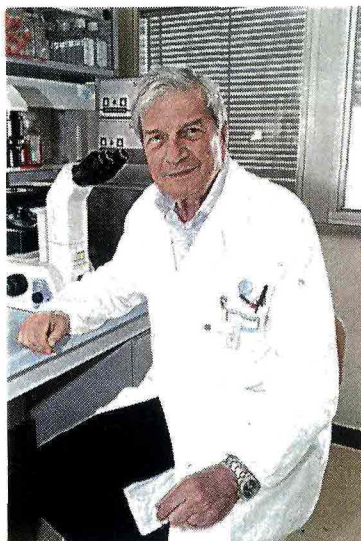
cessi infiammatori». Dal laboratorio al letto del paziente: da qui alla messa a punto di un test. In Italia si contano oltre 200mila casi di ictus all'anno, di cui il 20 recidive. Oltre il 75% sopravvive con una qualche forma di disabilità.

Slogan della Giornata della ricerca alla Cattolica è "Terapia personalizzata" che vuol dire costruire una cura su misura per ciascun paziente. «Ogni malato - spiega Rocco Bellantone preside della facoltà di Medicina - è una storia a sé e i suoi geni dicono se e come risponderà ad una certa terapia. La Giornata ha lo scopo di raccontare quello che abbiamo fatto nei nostri laboratori, nell'ultimo anno sono stati approvati 86 studi clinici sponsorizzati e oltre 150 no-profit». Oggi la presentazione di un gruppo di lavori: dalla cura farmacologica personalizzata ai risultati firmati dal gruppo guidato da Giulio Maira docente di Neurochirurgia e delegato alla ricerca della facoltà, di una terapia, prima assoluta, per il cordoma del clivus, un tumore alla base del cranio molto aggressivo.

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**OGGI I RISULTATI DURANTE LA GIORNATA PER LA RICERCA ALL'UNIVERSITÀ CATTOLICA**



**Giovanni Ghirlanda ha guidato il gruppo di ricercatori**



# Pharma *kronos*

## Malattie reumatiche e giovani, per 1 su 2 problemi lavoro

Quattro i milioni di italiani che soffrono di malattie reumatiche. Di questi, la metà dichiara grossi impedimenti nello svolgimento della professione, e addirittura uno su 5 ha dovuto cambiare i propri progetti lavorativi. E ancora: un terzo dei malati dice di essere stato ostacolato nel proprio avanzamento di carriera a causa della malattia, e uno su 10 di aver subito discriminazioni. Questi i dati emersi da un'indagine dell'Associazione nazionale malati reumatici (Anmar), presentata a Milano e che fa parte di un progetto più ampio (Atlantis, realizzato con il contributo incondizionato di AbbVie). E' è stata condotta su un campione di 770 persone con diagnosi accertata di spondiloartrite, in 18 regioni italiane. Di queste, età media 50 anni, il 55% risulta avere un'occupazione, ma c'è anche un 4% che dichiara di essere attualmente disoccupato proprio a causa della malattia reumatica. "Patologie reumatiche tantissime, dati certi dalla parte del malato pochissimi - afferma Gabriella Voltan, presidente Anmar - Perciò la nostra Associazione ha voluto far emergere questo mondo delle spondiloartriti, realizzando e diffondendo un'indagine volta alla popolazione". Una popolazione giovane, spiegano gli esperti. "Non è vero che le malattie reumatiche sono le malattie degli anziani", sottolinea Roberta Ramonda, cattedra e Uoc di Reumatologia all'università di Padova. L'indagine ha portato alla luce una realtà che colpisce tutti gli italiani, poiché "le ripercussioni economiche riguardano tutti - sottolinea Giovanni Minisola, direttore Reumatologia al San Camillo di Roma - Quando si parla di malattie che causano invalidità, paghiamo tutti, è un costo per la società". Infatti, al 34% dei lavoratori è riconosciuta l'invalidità, mentre per l'8% è in corso l'iter per ottenerla e il 7% non è in grado di lavorare a tempo pieno, ma non risponde ancora ai criteri richiesti per ottenerla.

**Sanità/1** Duro affondo dopo le accuse di Vannoni per la morte della piccola Sofia, in lista d'attesa

## Pecorelli: «Sulle staminali assurdo attacco al Civile»

Il presidente Aifa: «Stamina? Scientificamente inesistente»

«Dobbiamo difendere il valore del Civile non solo dal punto di vista della cura, ma anche della ricerca. Soprattutto in un momento nel quale, in modo assurdo, gli viene puntato il dito contro da chi non avrebbe ragione di esistere dal punto di vista della scienza e della medicina».

**Sergio Pecorelli**, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco e rettore dell'Università Statale, dal tavolo dell'aula Montini del Civile non pronuncia espressamente il nome Stamina. Ma il bersaglio del suo affondo di ieri è chiarissimo. Tant'è che, avvicinato al termine della commemorazione dell'ex direttore generale Cornelio Coppini, scomparso a fine febbraio, ribadisce: «Le accuse di Stamina per la morte della bimba di Civitavecchia in attesa di infusione al Civile? Un'assurdità. Una cosa davvero assurda. Non c'è altro da dire».

Mercoledì, Davide Vannoni,

presidente di Stamina Foundation, aveva definito la piccola Sofia di Civitavecchia, malata di Sma1 e morta a sei mesi e mezzo mentre era in lista d'attesa per l'infusione di cellule al Civile, «la prima vittima della legge» sulle staminali approvata a fine maggio dal Parlamento. Vannoni aveva aggiunto che la famiglia della bimba «sta valutando se fare causa perché si profila l'omicidio volontario» (notizia poi rettificata dal legale della famiglia, che ha detto di non aver mai parlato di omicidio volontario e di stare ancora valutando i possibili passi giuridici).

«Stamina era e rimane disponibile alla sperimentazione del suo metodo — aveva concluso Vannoni — ma ancora non sono arrivati contatti ufficiali, né da parte del ministero, né dall'Istituto Superiore di Sanità, né dall'Aifa, per partire».

Solo due giorni prima, però,

da Chicago, dove era presente al congresso dell'American Society of Clinical Oncology, **Pecorelli** aveva chiarito all'agenzia di stampa Adnkronos: «La legge è stata approvata da pochissimo, ma l'Aifa, naturalmente con l'Istituto superiore di sanità, è pronta». Poi aveva aggiunto che, sulla vicenda, «si è fatto fin troppo rumore, i criteri della scienza sono universali e a questi ci dobbiamo tutti attenere».

Quanto alle somiglianze con il caso Di Bella, **Pecorelli**, da Chicago, le aveva ammesse: «Ma in quel caso Di Bella era stato onesto, aveva detto tutto quello che c'era all'interno della sua cura. Il dibattito riguardava solo l'efficacia, qui è in ballo anche la sicurezza».

Va ricordato che fu proprio un'ispe-

zione **dell'Aifa** a portare allo stop alle infusioni di staminali al Civile (poi riprese grazie alle sentenze dei giudici).

Attualmente sono una novantina i pazienti, quasi tutti bambini, trattati a Brescia col metodo Stamina. Sull'allungamento dei tempi d'attesa, l'ospedale, la morte di Sofia, ha precisato: «Da tempo l'Azienda ribadisce nei molteplici ricorsi ai Tribunali d'Italia la difficoltà a fare fronte ad un numero crescente di richieste di pazienti per i quali, in via cautelare e d'urgenza, i giudici hanno disposto la somministrazione della terapia. Si è così determinata una lista d'attesa con tempi sempre più lunghi, anche oltre un anno. Tale situazione prescinde da ogni volontà dell'Azienda».

**Luca Angelini**

RIPRODUZIONE RISERVATA

### La situazione

Una novantina i pazienti ammessi alla cura. L'ospedale: «Inevitabili le lunghe attese»



**Marmo** Il busto in memoria di Cornelio Coppini (foto Simona Maraviglia)

## ASSISTENZA A MACCHIA DI LEOPARDO IL MALE DELLA SANITÀ AMERICANA



I confini fra due Stati americani possono diventare una linea di demarcazione (o meglio di discriminazione) fra cittadini che possono accedere a Medicaid, il programma di assistenza sanitaria destinato agli indigenti (che la riforma sanitaria di Obama ha voluto ampliare) e cittadini che, invece, non riescono ad ottenere la copertura sanitaria, nonostante il cosiddetto Obamacare.

Il Minnesota, per esempio, ha deciso di far propria la riforma, il Wisconsin no. Il motivo? Il governatore del Wisconsin teme che i finanziamenti federali (previsti dalla legge per sostenere, insieme a quelli di ogni singolo Stato, il programma) possano venire meno. La realtà, però, è diversa. A fare la differenza è la colorazione politica: i governatori Repubblicani osteggiano la nuova sanità e stanno trasformando i poveri in altrettante vittime della loro resistenza al presidente Obama. I Democratici, invece, la stanno attuando. L'ideologia sta diventando una nuova fonte di disuguaglianza in campo sanitario. Gli Stati Uniti sono una nazione dove l'equità in sanità non è mai esistita (il sistema è di tipo privatistico e basato essenzialmente sulle assicurazioni) e la riforma di Obama vorrebbe garantire a tutti l'accesso ai servizi medici essenziali. Ma adesso la situazione si complica e la mappa dell'assistenza medica negli Stati Uniti è diventata una sorta di patchwork. Un po' come sta succedendo in Italia, anche se da noi la realtà è diversa e il sistema di assistenza sanitaria è di tipo universalistico (gratuito per tutti i cittadini, salvo il pagamento di ticket su cui ora si sta molto discutendo).

Noi non abbiamo gli Stati, ma abbiamo le Regioni. E ogni Regione decide che cosa offrire ai suoi abitanti, quali programmi di vaccinazione (per esempio) mettere a disposizione o quali screening per i tumori (un altro esempio) finanziare o quali farmaci (gli antitumorali innanzitutto) acquistare negli ospedali. Anche in Italia si è creata una situazione a macchia di leopardo per cui l'accesso a certe cure, come la terapia del dolore, non esiste in metà delle Regioni (lo ha ammesso il ministro Lorenzin in occasione della Giornata Mondiale del Sollevio).

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# La Basilicata vince la sua battaglia e abolisce i ticket

- Stop ai contributi sulla specialistica
- Due anni di querelle con il governo dopo l'intesa con Cgil Cisl Uil ...

**Genovesi (Cgil): le risorse reperite rendendo più efficiente la spesa sanitaria**

FELICIA MASOCCO  
ROMA

Risparmi di spesa in cambio dell'abolizione dei ticket aggiuntivi sulla specialistica. Accade in Basilicata dove dal primo luglio non si pagheranno più «tasse» sulle visite e sugli accertamenti diagnostici. Introdotti nel 2011 dal governo Berlusconi per fare cassa, con il consolidarsi della crisi questi ticket si sono via via frapposti tra i cittadini e il diritto alla salute se è vero, come è vero, che sempre più italiani rinunciano a curarsi per mancanza di soldi.

## SINERGIE

Una buona notizia dunque. Per averla ci sono voluti due anni di battaglia con Cgil Cisl e Uil in prima linea: si deve ai sindacati l'iniziativa di sollevare il tema e poi di proporre e siglare un accordo con la Regione guidata da Vito De Filippo. L'obiettivo era reperire gli introiti che sarebbero mancati con l'abolizione dei ticket, risparmiando sulla spesa pubblica e rendendola più efficiente. In tutto circa 7,8 milioni. Al governatore e agli altri amministratori il compito - che si è rivelato ostico - di convincere il ministero dell'Economia che l'operazione non era solo equa, ma anche possibile considerato che a differenza di altre Regioni la Basilicata vanta conti in ordine. Dopo una prima bocciatura, una settimana fa dal Tesoro è

arrivato il via libera, il Consiglio regionale ha così deliberato e ora si attende la pubblicazione del provvedimento in Gazzetta ufficiale.

A raccontare come sono andate le cose è Alessandro Genovesi, segretario della Cgil lucana: «I ticket oggi arrivano anche a 50, 60 euro per un esame, sono tanti per un pensionato o un disoccupato. Quindi l'operazione in sinergia tra sindacati e amministratori ha un forte valore sociale». Ma nel momento in cui si sta discutendo che cosa fare dei ticket a livello nazionale (il rischio è un aumento dal 2014) la Basilicata ha l'ambizione di diventare un modello, di indicare una strada. «Nel nostro "piccolissimo" stiamo dimostrando che se si vuole si può - continua Genovesi - Si può intervenire sulla spesa senza tagliare i servizi: con maggiori efficienza, razionalizzando, ricorrendo a una centrale acquisti». I bilanci si possono far quadrare e le risorse possono essere dirottate con beneficio di tutti. Oltre all'abolizione dei ticket sulla specialistica, il provvedimento prevede l'esenzione da quello sulla farmaceutica per i malati cronici.

I sindacati sono ovviamente soddisfatti. Oltre a Genovesi, i segretari di Cisl e Uil, Nino Falotico e Carmine Vaccaro, in una nota ricordano la mobilitazione «affinché la Regione cambiasse un sistema che, di fatto, negava il diritto alla salute a decine di migliaia di lavoratori poveri, disoccupati, pensionati». Nonostante le difficoltà incontrate «non abbiamo smesso di impegnarci, continuando caparbiamente un confronto serio e positivo con la Regione e con l'assessorato alla Salute, fino a giungere ad una comune valutazione». Ovviamente nulla sarebbe stato possibile se la Basilicata non avesse avuto i conti in ordine in sanità. Ed è quello che ricorda il presidente della regione De Filippo sottolineando come questo «produce frutto per i cittadini, e concede margini per avere condizioni che nessuna altra regione d'Italia può vantare».



**EMERGENZE SANITARIE****Cominciamo  
dal parto**

**Il progetto è ambizioso: cercare di salvare migliaia di bambini nei paesi più poveri della Terra. Il punto di partenza di Save the Children in partnership con l'azienda farmaceutica Gsk, invece, è un'azione piccola e mirata: riformulare la clorexidina, un disinfettante contenuto in un collutorio, e creare così un farmaco poco costoso per medicare il moncone ombelicale dei neonati. Una soluzione semplice, che permetterebbe di prevenire circa un sesto dei decessi post-parto in quelle nazioni in cui la povertà impedisce a molti l'accesso all'assistenza sanitaria di base.**

**Simone Valesini**



**In audizione.** Le priorità del ministro Carrozza

# Piano per i ricercatori nel decreto sui giovani

## SCUOLA E UNIVERSITÀ

In agenda un programma triennale per l'assunzione di 44mila insegnanti e il recupero di 300 milioni per il Fondo degli atenei

**Eugenio Bruno**

ROMA

■ Inserire il piano nazionale per i ricercatori nel decreto sul lavoro giovanile che il Governo Letta varerà entro giugno. È l'obiettivo più ravvicinato del ministro Maria Chiara Carrozza. Che ha illustrato ieri, alle commissioni Istruzione riunite di Camera e Senato, le priorità programmatiche della sua avventura a viale Trastevere. Una lunga lista di *desiderata* per ognuno dei tre settori di competenza: si va dalla scuola e dal programma triennale per assumere 44mila docenti all'università e al recupero dei 300 milioni di tagli agli atenei, fino alla ricerca e alla nascita di un sistema unico nazionale.

All'indicazione di questi (e degli altri) target la responsabile del Miur c'è arrivata per gradi. Facendo, innanzitutto, la duplice premessa che «l'istruzione e la ricerca scientifica sono fattori determinanti per lo sviluppo economico» e che «l'impatto del capitale umano sulla crescita economica passa anche per il suo effetto sulla disuguaglianza economica e sociale». E indicando poi in «credibilità, trasparenza e coesione» le parole chiave della sua azione complessiva.

Dopo aver auspicato una semplificazione degli assetti istituzionali e della normativa «anche attraverso lo strumento della codificazione», Maria Chiara Carrozza si è soffermata sulle politiche per l'istruzione. Raggruppandole in tre diversi ambiti di interventi. A quelli di sistema, intesi come una maggiore concentrazione di risorse per l'edilizia scolasti-

ca (da realizzare anche con le risorse della Bei e della Banca di Sviluppo del Consiglio d'Europa) e un rafforzamento dell'autonomia scolastica, il ministro ha fatto seguire le misure per il personale. E cioè un piano per la formazione dei docenti e un «serio segnale» ai precari: 44mila assunzioni negli anni scolastici 2014/17 che garantiscano «il giusto equilibrio tra assorbimento del personale precario e concorso pubblico». Senza tralasciare gli studenti. A ogni livello. Ed è per questo che accanto ai progetti per combattere la dispersione scolastica o rafforzare le sezioni primavera è comparso il rafforzamento dell'istruzione tecnica e professionale, con un occhio di riguardo per gli Its. Così da rinsaldare la «cerniera scuola/lavoro» che in Italia è «molto carente».

Un'esigenza ribadita anche nei capitoli dell'audizione dedicati all'università e alla ricerca. Tant'è vero che nel piano per l'occupazione giovanile, che l'Esecutivo approverà entro fine mese, la responsabile del Miur chiederà di inserire un Piano straordinario per il reclutamento dei ricercatori. Che consisterà in un bando nazionale per l'estensione a 1.000 studiosi operanti in Italia del Programma Rita Levi Montalcini, finora riservato ai candidati attivi all'estero. Con una durata triennale e un costo stimato di 70 milioni annui.

Sempre a proposito di risorse, il ministro, da un lato, ha definito «improcrastinabile» il ripristino dei 300 milioni del Fondo di finanziamento ordinario (Ffo) degli atenei, da distribuire non a pioggia ma «come quota premiale» per «migliorare la vita degli studenti e la loro mobilità geografica». E, dall'altro, ha auspicato la nascita di un «sistema nazionale della ricerca». Purché dotato di fondi adeguati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Spending review****MIRACOLO AL CNR**

La crisi e la "spending review" hanno inciso pesantemente anche sul fondo per i finanziamenti agli enti di ricerca, come risulta dallo schema di riparto dei fondi per il 2013 stilato dall'esecutivo e approvato in commissione Cultura della Camera per il via libera. Le risorse per l'anno in corso sono diminuite di oltre 55 milioni di euro rispetto al 2012, ma tra i tanti finanziamenti "sforbiciati" alle ricerche di carattere prettamente scientifico, dalla luce sincrotonica ai supertelescopi, alla missione in Antartide, alle comunicazioni con i missili spaziali, fino ai test biomedici e molecolari, il solo Cnr ha visto aumentare il proprio budget a disposizione anche grazie a un progetto "bandiera" (ritenuto di interesse strategico nazionale) proprio sulla crisi economica: 2 milioni e mezzo di euro stanziati dal Miur per valutare l'impatto economico e sociale dell'attività di governo sul Paese. Da un osservatorio privilegiato, quello dei ricercatori italiani, che secondo la relazione di accompagnamento al decreto sono scesi al 18esimo posto in Europa per finanziamenti pubblici ricevuti.

**V.D.**

NUOVE ARMI

## Bombardare il tumore con il pompelmo

Non sono  
gli antiossidanti  
contenuti

nel pompelmo a farne la nuova  
arma nella lotta alle malattie,  
cancro in prima fila.

Né le vitamine o i sali minerali.

Sono invece, sorpresa,

i suoi lipidi: ricercatori  
dell'Università di Louisville,  
guidati da Huang-Ge Zhang,  
hanno infatti scoperto come  
usarli per creare nanoparticelle  
in grado di trasportare **farmaci**

nel corpo umano meno

tossiche, meno nocive

per l'ambiente e più

economiche da produrre

rispetto a quelle ottenibili dai

lipidi sintetici. Come si spiega

su *Nature Communications*,

questi «nanovettori derivati

dal pompelmo» possono

trasportare **farmaci**

antitumorali, frammenti di Dna

o Rna, o anche proteine, come

gli anticorpi. «Inoltre possono

essere modificati in modo

da colpire specifiche cellule

o recettori cellulari» spiega

Zhang. I ricercatori per ora

li hanno sperimentati

in laboratorio e sui topi.

Inoltre, un preliminare studio

clinico (le nanoparticelle

sono state impiegate

per somministrare l'agente

antinfiammatorio curcumina

a pazienti colpiti da cancro

al colon) ha dimostrato la loro

sicurezza: nessun paziente

ha mostrato sintomi

di un'eventuale tossicità. (c.v.)



## Nice chiede ruolo attivo ai farmacisti per ridurre danni da fumo

In Gran Bretagna il Nice (National Institute for Health and Care Excellence) ha rilasciato le linee guida per ridurre l'abitudine del fumo, insistendo su 2 nuovi punti cardine: il ruolo attivo dei farmacisti e l'obiettivo primario di ridurre la quantità di sigarette fumate. In sostanza, essendo ormai ben noti gli effetti dannosi collegati all'uso del tabacco, si chiede al farmacista di intervenire per accompagnare il paziente, anche quello che non se la sente di smettere del tutto, almeno verso una riduzione delle sue abitudini. «È la prima volta nel mondo» ha detto **Mike Kelly**, direttore del Centre for public health al Nice «che una raccomandazione nazionale sottoscrive la riduzione del fumo, con l'aiuto di prodotti registrati contenenti nicotina, come cerotti e chewing gum, come strada per limitare i danni causati dal tabacco. È un'opzione aggiuntiva, particolarmente importante per coloro che sono fortemente dipendenti dal fumo, vorrebbero smettere, ma non riescono a farlo in una volta sola». Il farmacista quindi non suggerirà solo l'astensione totale, ma anche le strategie per minimizzare l'impatto delle sigarette sulla salute dei pazienti. C'è solo un piccolo problema, sottolineato da **Shaheen Bhatia**, farmacista di Ilford, Essex, che da 15 anni offre programmi di disassuefazione nella sua farmacia, «aiutare qualcuno a fumare meno non è riconosciuto tra i servizi avanzati che sono retribuiti ai farmacisti sul territorio; non siamo pagati se aiutiamo i fumatori in altri modi ma solo se il paziente smette di fumare. Forse la linea guida andrebbe inserita tra i servizi avanzati se ci si aspetta che i farmacisti la seguano».

## Usa: superbatteri, verso approvazioni veloci nuovi antibiotici

L'emergenza di ceppi batterici resistenti agli attuali antibiotici sta creando una certa pressione su esperti, funzionari del governo Usa e dirigenti della stessa Food and drug administration (Fda) a elaborare procedure accelerate per l'approvazione di nuovi farmaci e nuove classi di antibiotici. A sollevare l'attenzione sul dibattito in corso è un articolo del New York times che fa sapere che il Dipartimento della salute americano si è attivato accordando un finanziamento speciale di 40 milioni di dollari a GlaxoSmithKline, che andranno investiti nello sviluppo di farmaci contro i batteri resistenti agli antibiotici ma anche di prodotti che possano contrastare agenti chimici che potrebbero venire usati da terroristi. Ma questo non basta: secondo molti esperti, infatti, l'urgenza di nuovi farmaci per le patologie batteriche non trova una risposta adeguata con le vecchie procedure di approvazione che richiedono anni di test su sicurezza ed efficacia dei prodotti. «Siamo davanti a una crisi mondiale per i batteri resistenti agli antibiotici» ha detto **Janet Woodcock** direttore del Center for drug evaluation and research dell'Fda «i medici non sanno che fare e fra 5-10 anni la situazione sarà peggiore se non si fa qualcosa». Su questo aspetto, la Infectious disease society of America ha voluto precisare che nuovi antibiotici potrebbero venire approvati più velocemente dall'Fda a patto che vengano usati solo su pazienti gravi, anche se, come ha ricordato **John Powers**, ex funzionario della Fda e docente alla George Washington university, «procedure di questo tipo sono rischiose».

## **Agenas: cure primarie a ostacoli, crescono differenze Regioni**

Diverse, in alcuni casi diversissime, anche all'interno della stessa area regionale. Per sistema di finanziamento, di erogazione dei servizi e anche di governance delle cure primarie. Sono le Regioni italiane passate sotto la lente della ricerca coordinata dall'Agenas in collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia, sui modelli dell'offerta di sanità pubblica nel Paese. E il risultato, che sarà presentato nel dettaglio oggi a Venezia nel corso del convegno "Sistemi di assistenza primaria e innovazione in sanità", mostra ancora una volta che pur in presenza di un modello nazionale di sistema sanitario le Regioni continuano a presentare forti elementi di distinzione, che vanno dalla prevalenza quasi totale del pubblico a pieno mix tra pubblico e privato (come nel caso della Lombardia) a prevalenza del privato. Per finanziamento ed erogazione dei servizi "vince" il modello a prevalenza del pubblico per le risorse e mix nell'erogazione (8 regioni). Ma sotto il profilo della governance la maggior parte delle Regioni (14 su 21) ha una gestione "mix-ibrida" (cioè alto numero medio di assistiti per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e allo stesso tempo alto "cost-shering", cioè alti ricavi da ticket e visite a pagamento in regime di intramoenia). Ai due "estremi", secondo la ricerca, il modello delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, a più alto grado di presenza pubblica (sia nella regolazione, che nel finanziamento, che nella governance) e quello della Lombardia, dove predomina la dimensione della coesistenza e del mix degli attori e della regolazione. La ricerca ha anche analizzato i modelli di cinque Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia) in dieci distretti, da cui è emerso, pur con diverse esperienze positive e innovative, «un quadro disomogeneo» che «può minare le basi dell'uguale trattamento dei cittadini». E ci sono anche diversi fattori "esogeni" che favoriscono questa disomogeneità, a partire dall'instabilità politica locale, la crisi economico-finanziaria, in particolare dove ci sono i piani di rientro. Ma anche i processi di costante riforma della normativa nazionale, che rendono più difficile l'applicazione dei provvedimenti regionali.

### **Sie: obesità correlata a cancro e in aumento tra i bambini**

Il 14% di tutte le morti da cancro nell'uomo e il 20% nelle donne sono attribuibili a sovrappeso e obesità. Il dato, forse finora sottostimato, è stato evidenziato ieri a Padova dove è in corso, fino a domani, il 36° Congresso nazionale della Società italiana di Endocrinologia (Sie). «Recenti dati epidemiologici italiani indicano un'associazione tra la presenza di sindrome metabolica e aumento del rischio di cancro colorettale in entrambi i sessi (valori massimi: 25% negli uomini e 34% nelle donne), mammario in postmenopausa (56%), endometriale (89%) ed epatico negli uomini (43%)». Lo dichiara **Dario Giugliano**, ordinario di Endocrinologia e Malattie del metabolismo della Seconda università di Napoli, offrendo per la prima volta una revisione sistematica della letteratura dalla quale emerge come sia presente un maggiore rischio di cancro in pazienti affetti da sindrome metabolica (Sm), situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare, che comprende una nota serie di fattori che si manifestano contemporaneamente: aumento della circonferenza addominale, ipertensione arteriosa, iperglicemia, ipertrigliceridemia, e ipocolesterolemia-Hdl. Per questo motivo gli appelli a una corretta alimentazione e a un'adeguata attività fisica assumono un rilievo ancora maggiore, soprattutto quando rivolti ai bambini. Infatti «in Italia si registra un alto tasso di obesità infantile» sottolinea **Lucia Frittitta**, docente di Endocrinologia all'università di Catania «Ne sono colpiti oltre 500mila bambini (circa il 14% della popolazione infantile), e circa il 23% dei bambini di età compresa tra i 3 e i 6 anni è in sovrappeso o è obeso». In particolare, i dati di cui dispone il ministero della Salute mostrano trend statistici che confermano come le percentuali più elevate di sovrappeso e obesità pediatrica si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud, dove l'eccesso ponderale riguarda più del 40% del campione e sembra riflettere l'abbandono della tradizionale dieta mediterranea.

**Melanoma**

**Un braccialino per prevenire il tumore-killer della pelle**

Un braccialino che intercetta i raggi solari nocivi per evitare esposizioni che mettono a rischio la propria salute. Verrà presentato oggi, all'istituto per la cura dei tumori Pascale, nell'ambito di un progetto di prevenzione contro il tumore killer della pelle. Vale a dire il micidiale melanoma.

Ogni anno in Italia si registrano settemila nuove diagnosi di melanoma, tra i tumori più aggressivi nel campo oncologico. Solo in Campania se ne diagnosticano ben settecento all'anno. L'arma più efficace per combattere questa forma di cancro è la prevenzione. E, come è noto, il principale complice di questa terribile forma di cancro è il sole.

I danni provocati da ripetute ed eccessive esposizioni ai raggi solari si sommano, infatti, anno dopo anno sulla pelle e aumentano, così, il rischio di sviluppare la malattia.

«Con l'arrivo dell'estate, aumentano le occasioni per stare all'aria aperta. Per sensibilizzare i cittadini, in particolare i più giovani, sull'importanza di adottare comportamenti corretti quando si prende il sole, la Fondazione Melanoma lancia la campagna

**Prevenzione**

L'oggetto intercetta i raggi solari nocivi presentato al Pascale

«Il braccialetto ti salva pelle» che coinvolge le scuole elementari e gli stabilimenti balneari della Regione» spiegano gli organizzatori dell'evento.

L'appuntamento, dunque, è per questa mattina, alle 11.30, presso l'aula Cerra dell'istituto per la cura dei tumori Pascale, in via Mariano Semmola la Fondazione Melanoma organizza una conferenza stampa per illustrare i contenuti del progetto.

Parteciperanno all'incontro il professore Paolo Ascierto, presidente della Fondazione Melanoma, tra i maggiori studiosi internazionali di questa forma di cancro-killer, il professore Nicola Mozzillo, direttore del Dipartimento Melanoma e Tessuti molli e il direttore generale della struttura che cura le malattie oncologiche, professore Tonino Pedicini.

Paolo Ascierto, ricercatore di fama mondiale, per la sua attività è stato insignito di numerose onoreficenze. Nel 2005, Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana e nel 2011 commendatore al merito della Repubblica Italiana.

**m.i.p.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

