

**OSTETRICIA** Linee guida per migliorare l'assistenza

# Togliamo la paura dal parto

*La gravidanza fisiologica è una condizione di salute e non di malattia***Luigi Cucchi**

■ La gravidanza e il parto sono momenti centrali per la donna e la famiglia e vanno vissuti con gioia e serenità, senza apprensione, dalle 500 mila mamme che ogni anno partoriscono. «Le nostre conoscenze sui processi biologici che regolano il concepimento, lo sviluppo del feto e l'adattamento della donna alla gravidanza sono ancora limitate, ma sappiamo riconoscere i fattori di rischio che si associano alle complicanze della gravidanza e che agiscono prevalentemente nelle prime settimane della gestazione», afferma il professor Stefano Bianchi, docente all'università di Milano, responsabile della clinica ginecologica dell'ospedale San Giuseppe. «Le cause principali che contribuiscono alla mortalità e morbidità perinatale e neonatale sono - precisa il professor Bianchi - le anomalie congenite e le malattie genetiche. Le prime comprendono le malformazioni e patologie come la sindrome di Down. Le seconde l'anemia mediterranea e la fibrosi cistica, ed interessano un neonato su trenta. Il parto pretermine si verifica in un neonato su 10, sovente è determinato dalle malattie sessualmente trasmesse. Le cause delle anomalie congenite e del parto pretermine si possono in parte prevenire agendo prima della gravidanza, modificando abitudini di vita, stili alimentari ed esposizione ad agenti nocivi. L'assunzione di acido folico prima del concepimento permette di ridurre del 50% la frequenza di bimbi con difetti del tubo neurale. I difetti di funzionamento della tiroide, fondamentali per lo sviluppo delle funzioni neurologiche del feto, vanno riconosciuti prima della gravidanza. Possiamo non contrarre la rosolia e la varicella in gravidanza, evitando rischi per il nascituro, tramite una

semplice e sicura vaccinazione che va eseguita prima del concepimento».

Il professor Bianchi è stato per vent'anni a Milano alla clinica Mangiagalli, un centro di eccellenza dell'ostetricia europea. Oggi dirige un team di quarantasette persone, di cui otto ginecologi e 15 ostetriche: 870 parti nel 2012.

«Il controllo del peso prima della gravidanza - afferma - si traduce in sicuri benefici. L'obesità aumenta il rischio di complicanze, specialmente nel parto pretermine, oltre a diabete gestazionale e preeclampsia. Anche le donne sottopeso corrono il rischio di avere bambini piccoli per l'età gestazionale. Possono avere un effetto particolarmente importante sulla gravidanza le malattie sistemiche della futura mamma che precedono il concepimento come il diabete, l'ipertensione, le patologie renali e immunologiche, e devono quindi essere adeguatamente trattate prima della gravidanza stessa. Il grande progresso cui stiamo assistendo nel campo della genetica permette di diagnosticare molte patologie ereditarie prima della nascita. Tuttavia non è possibile effettuare uno «screening» su tutto il genoma. Dobbiamo quindi conoscere o almeno sospettare la patologia che deve essere cercata nel feto. Per fare ciò i genitori dovrebbero sottoporsi a test diagnostici adeguati prima del concepimento in modo da poter ricevere tutte le informazioni necessarie per programmare una gravidanza serena e consapevole. Fondamentale il ruolo di supporto degli psicologi, sia durante la gravidanza, sia subito dopo il parto. Il disagio psichico è, al pari di quello sociale, una delle principali cause di depressione puerperale e di difficoltà nel processo di attaccamento tra madre e neonato». La depressione postpartum è un fenomeno in crescita, colpisce un grande numero di giovani mamme.



## Il caso sanità Decreto Balduzzi verso il naufragio

Altolà delle Regioni al decreto Balduzzi su assistenza sanitaria e ticket per le malattie rare.

Massi a pag. 10

# Malattie rare «A rischio il decreto Balduzzi»

**LE REGIONI  
HANNO CHIESTO  
PIÙ SOLDI  
MANCA IL VIA LIBERA  
DEL MINISTERO  
DELL'ECONOMIA**

► L'allarme dei pazienti  
«C'è il rischio che tutto  
sia travolto dal voto»

### IL CASO

ROMA Quando, il 31 dicembre, il ministro della Salute Balduzzi ha firmato il decreto i pazienti colpiti dalle malattie rare e i loro familiari hanno fatto un doppio brindisi. Uno al 2013, come tutti in tutto il mondo, e uno al riconoscimento ufficiale, da parte del servizio sanitario nazionale, della loro patologia. Dal 2001 si aspettava questa decisione. Che, nella vita di tutti i giorni, vuol dire pagamento uguale in tutta Italia dei ticket ma anche assistenza snellita da pesantzze burocratiche e facilità di avere gratuitamente i farmaci. L'euforia, però, non è durata neppure un mese.

### LA PROTESTA

L'altolà delle Regioni che contestano la legge, oltre all'articolo sulle malattie rare ce ne sono altri sui controlli delle prescrizioni dei medici di famiglia, sull'epidurale e sugli standard ospedalieri, ha infatti bloccato l'iter del provvedimento. Le Regioni hanno chiesto maggiori finanziamenti. Il governo ha risposto di no. Da qui, un paio di giorni fa, la richiesta di rinviare l'intesa. Richiesta accordata. Con ogni probabilità alla riunione del 7 febbraio. Dopo un colloquio dei governatori con il presidente del Consiglio sulla sanità e il trasporto pubblico. Dalle associazioni l'allarme. Il timore che il decreto svanisca nel nulla travolto dalle elezioni. Perché il provvedimento diventi realtà c'è bisogno del via libera del ministero dell'Economia, dei pareri non vincolati delle commissioni Sanità della Camera e del Senato e il sì della conferenza Stato-Regioni.

«La previsione finanziaria chiede una riorganizzazione degli ospedali e dei servizi sul territorio - spiega il ministro della Salute Renato Balduzzi - le Regioni devono fare la loro parte. Bisogna spostare le risorse, identificare dove ci sono gli sprechi. L'introduzione dell'epidurale per il parto servirà

a far scendere i cesarei. A ridurre quella spesa. Solo così sarà possibile continuare a dare assistenza senza togliere i servizi».

### LA PREVISIONE

Lo stesso ministro della Salute è in attesa che il contenzioso tra Economia e Regioni si scioglia. Negli ultimi giorni ha avuto incontri con i sindacati, gli assessori e i medici. «Sono fiduciosa che tutto vada per il meglio - commenta la senatrice centrista Emanuela Baio della commissione Sanità che ha seguito passo passo il decreto - e capisco il timore dei pazienti. Teoricamente il testo potrebbe restare sospeso e ripreso dal prossimo governo».

Con quel provvedimento era stato deciso di far entrare Livelli essenziali di assistenza (quindi diritti uguali in ogni Regione) 110 malattie rare. Era prevista anche l'immissione di altre patologie croniche e della ludopatia, la dipendenza da gioco d'azzardo.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## La legge

### L'ITER

- IL 31 DICEMBRE IL MINISTRO DELLA SALUTE HA FIRMATO DECRETO LEGISLATIVO
- Per diventare operativo deve avere:
  - la copertura finanziaria del ministero dell'Economia
  - il parere non vincolante delle commissioni Sanità della Camera e del Senato
  - l'approvazione della conferenza Stato-Regioni
- LE REGIONI HANNO AVANZATO LA RICHIESTA DI RINVIARE L'INTESA SUL DECRETO, È STATA ACCETTATA



### IL TESTO

- AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
- Nei Lea entrano:
  - 110 malattie rare
  - broncopneumopatie croniche
  - osteomieliti croniche
  - patologie renali croniche rene policistico
  - sarcoidosi
  - sindrome da talidomide
  - ludopatia (malattia da gioco d'azzardo)
- Nuovi controlli sulle prescrizioni di analisi ed esami da parte dei medici di base
- Diffusione a livello nazionale dell'epidurale, analgesia per il parto
- Revisione degli standard ospedalieri



### MALATTIE RARE

- 6000 le malattie rare
- 80% sono di origine genetica
- Sono il 10% di tutte le patologie umane
- Per rientrare in questa classificazione l'incidenza non deve superare i 5 casi ogni 10 mila abitanti
- 2-3 milioni i malati in Italia



LE REGIONI E IL DECRETO Al decreto Balduzzi le Regioni hanno opposto una serie di contestazioni chiedendo inoltre ulteriori finanziamenti. «La previsione finanziaria vuole una riorganizzazione degli ospedali e dei servizi sul territorio - replica il ministro della Salute **Renato Balduzzi** - le Regioni devono fare la loro parte. L'introduzione dell'epidurale per il parto servirà a far scendere i cesarei e a ridurre la spesa. Solo così sarà possibile continuare a dare assistenza senza togliere i servizi».



# Ticket sanitari, scatta la guerra ai furbetti dall'esenzione facile

## Dai controlli mirati al pagamento anticipato la Regione è pronta a dettare nuove regole

FIRENZE - È guerra ai furbetti del ticket. La Regione infatti si prepara a stringere le maglie dei controlli per stanare chi bara sul reddito o si "dimentica" di pagare.

Nei giorni scorsi la giunta, su proposta degli assessori Marroni (Sanità) e Nencini (Bilancio), ha approvato un documento in cui indica la strada da seguire per gli enti sanitari regionali sul recupero del ticket. Il concetto base è quello che «l'innalzamento delle quote di partecipazione dei cittadini alla spesa per le prestazioni sanitarie deve essere gestito con la massima efficienza gestionale e con attenzione all'equità» per cui il primo «obiettivo da raggiungere è l'uniformità delle procedure di riscossione dei ticket sanitari su tutto il territorio regionale» a cui seguiranno una serie di azioni per «ottimizzare e completare l'informatizzazione dell'intero processo prenotazione-pagamento dei ticket, nonché del processo di controllo, di emissione e spedizione degli atti di recupero di quanto dovuto e non riscosso», scrive la Regione. L'azione 1 (come la definisce la Regione) rivoluziona un principio del rapporto visita-ticket: «I destinatari delle linee guida dispongono direttive interne affinché il paga-

mento dei ticket sia effettuato sempre prima dell'erogazione delle prestazioni, salvo le prestazioni di pronto soccorso». Non più dunque la visita e successivamente il saldo ma viceversa prima paghi e poi ti viene erogata la prestazione. La Regione inoltre vuole una tracciabilità dei pagamenti, ampliare i canali di riscossione, potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico («il cittadino che abbia optato per il ritiro on line, tramite Fse o altra modalità prevista a livello aziendale, non incorre nella sanzione per il mancato ritiro dei referti prevista dalla normativa vigente», si legge nel documento). Non solo si prevede poi di garantire, in caso di richiesta, l'invio a domicilio della copia del referto con spese a carico del cittadino e di usare per indicare la fascia di reddito, oltre all'attuale autocertificazione puntuale, anche la Carta Sanitaria Elettronica. Nella seconda fase la stretta sui furbetti però punta con decisione sui controlli. Innanzitutto, tra le altre azioni che la Regione intende mettere in campo, c'è quella per cui le Aziende dovranno confrontare «l'elenco dei soggetti che hanno prodotto l'autocertificazione con l'elenco degli esenti fornito per l'anno successivo dal Ministero dell'Economia e delle Finanze» e in caso di difformità «si procederà ad una verifica a campione nella

misura non inferiore al 15%». Ma attenzione perché «in caso di autocertificazione risultata non veritiera si procederà al controllo puntuale di tutte le prestazioni erogate a favore dello stesso soggetto nel corso dell'anno» e il caso sarà pure segnalato alla Guardia di Finanza (con cui si prevede di firmare un Protocollo d'Intesa ad hoc). Per quanto riguarda invece il ticket non pagato la Regione prevede tre step. Inizialmente sarà inviato un avviso bonario con «l'invito al cittadino ad adempiere al pagamento o a segnalare l'errore». Se non si risponde però, entro cinque anni dalla prestazione, scatterà «l'intimazione al pagamento» con interessi e spese aggiuntive. In queste due fasi è possibile comunque contestare la richiesta di pagamento. E se ancora il saldo non c'è stato, si arriverà a «alla riscossione coattiva esclusivamente mediante iscrizione a ruolo» per cui si prevede di firmare un accordo ad hoc con Equitalia Centro. Un'ultima novità riguarda infine gli esenti che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici, d'ora in poi dovranno pagare per intero la prestazione.



## DIRITTI E DOVERI

# Una guida per i **farmaci** non griffati

Federconsumatori lancia la campagna per informare i cittadini

FIRENZE - Un vademecum per conoscere meglio e soprattutto saper sfruttare le opportunità delle medicine non griffate. A lanciarlo è la Federconsumatori: «Le norme relative al settore sanitario - in particolare quelle sull'obbligo di indicare il principio attivo nelle prescrizioni di **farmaci** generici - sono state più volte modificate», spiega l'associazione dei consumatori che aggiunge: «Dalle numerose segnalazioni registrate dalle nostre sedi emerge che le idee di molti cittadini al riguardo sono piuttosto confuse, anche a causa della carenza di informazioni da parte del Ministero della Salute. Ritendiamo pertanto utile ribadire quali siano le linee guida da seguire in merito all'obbligo, da parte dei medici, di riportare nella ricetta il principio attivo del medicinale», conclude Federconsumatori che indica le poche ma fondamentali regole da seguire per fare in modo che i cittadini dispongano di tutte le notizie utili per tutelare la propria salute.

In primo luogo un medico che curi un paziente per la prima volta, per una patologia cronica o per un nuovo episodio di malattia non cronica per il cui trattamento sono disponibili più **farmaci** equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta il principio attivo del medicinale. In questi casi non è dunque valida la prescrizione in cui non venga indicato il principio attivo.

Nella ricetta, inoltre, può essere indicata anche la denominazione di un farmaco specifico a base dello stesso principio attivo: tale indicazione risulta vincolante per il farmacista solo se accompagnata da una sintetica motivazione scritta dal medico.

L'ultimo consiglio riguarda l'indicazione di un medicinale specifico nella ricetta che risulta vincolante anche quando il prezzo del farmaco stesso sia pari a quello del rimborso. In questo caso, però, il vincolo è subordinato alla volontà del cliente, che al momento dell'acquisto può chiedere la sostituzione con un altro farmaco: se il costo del medicinale richiesto è superiore a quello di rimborso, il cliente deve pagare la differenza tra i due prezzi.



## Salute

**Assistenza/1** Un quadro piuttosto deludente sulla cosiddetta «continuità»

# C'è ancora poco dialogo tra i dottori che ci curano

**L'indagine**

Quale e quanta organizzazione nella «presa in carico» dei malati

”

Solo il 2% dei medici utilizza email per scambiare dati clinici

**M**edici di famiglia e ospedalieri che si parlano ancora poco, anche se hanno in cura lo stesso paziente. Malati cronici soddisfatti dell'assistenza ricevuta, ma costretti spesso a uno stillicidio di appuntamenti e a un peregrinare da una struttura all'altra, perché visite ed esami vengono prenotati in giorni e luoghi diversi. Ad analizzare sia la qualità delle cure percepita dagli assistiti sia il livello di integrazione tra i diversi medici è una recente indagine che ha coinvolto 14 Asl e ospedali rappresentativi del territorio nazionale. L'indagine è stata realizzata dalla Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) in collaborazione con il Cergas-Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria sociale dell'Università Bocconi di Milano.

Un tema attuale, quello scandagliato, dopo il via libera alla riforma della medicina territoriale che mira a favorire l'aggregazione sia tra medici di medicina generale sia tra questi e i servizi ospedalieri, proprio per assicurare ai pazienti la cosiddetta continuità assistenziale. Lo studio si è focalizzato su tre malattie croniche che richiedono l'intervento congiunto di medici di famiglia e specialisti: diabete con danno a un organo, tumori in fase avanzata seguiti a domicilio e insufficienza respiratoria grave legata a broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco). «Con il costante aumento di malati cronici, soprattutto anziani, occorre organizzare al meglio la loro presa in carico» afferma Valerio Fabio Alberti, presidente di Fiaso. Ebbene, dall'indagine emerge una carenza di dialogo tra medici ospedalieri e di famiglia (vedi dati a sinistra). Gli

specialisti parlano più spesso tra loro di pazienti comuni, soprattutto quando lavorano nella stessa struttura. E lo stesso avviene tra medici di famiglia laddove si sono organizzati in studi associati.

«Manca, però, quel "ponte" che li mette in comunicazione coi colleghi ospedalieri — sottolinea Francesco Longo, professore di Management pubblico e sanitario all'Università Bocconi e coordinatore della ricerca —. Sono ancora poco utilizzati sistemi informativi comuni che permetterebbero ai medici di scambiarsi dati clinici del paziente». Secondo l'indagine, infatti, solo il 2% dei dottori intervistati utilizza l'email per comunicare con i colleghi; la maggioranza preferisce tuttora consultare le cartelle cliniche o le lettere portate direttamente dall'assistito al momento della visita.

**Maria Giovanna Faiella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'esperimento

### Camper attrezzati che portano la sanità «sotto casa»

Camper attrezzati dove misurare la pressione o i valori della glicemia, fare l'elettrocardiogramma o i controlli alla prostata, eseguire l'ecografia mammaria o alla tiroide. L'Asl di Avellino ha puntato su prevenzione e diagnosi precoce per alcune malattie croniche e, in un territorio spesso impervio, sono i «centri mobili» a raggiungere i cittadini. Il progetto, avviato nel 2011, è iniziato con 5 camper dedicati a cardiologia, ginecologia, endocrinologia, urologia, dermatologia. Ora se ne stanno aggiungendo altri.

## Quanto si consultano

Per pazienti con **DIABETE**



L'**87%** dei medici di famiglia si relaziona con i diabetologi

Ma solo

il **38%** con i cardiologi  
il **30%** con gli oculisti

Per pazienti con **TUMORI** in assistenza domiciliare



Il **66%** dei medici di famiglia si relaziona con gli oncologi

Ma solo

il **20%** con gli specialisti in cure palliative

Fonte: Ricerca Flase - Cergas Bocconi, 2012

D'ARCO

## Salute

**Assistenza/2** Vantaggi per i pazientiDove i servizi  
«fanno Rete»**Collaborazione**Specialisti di  
varie discipline e  
di diversi ospedali  
lavorano come  
un unico team

**D** iabetologi e nefrologi che lavorano in team per gestire pazienti con insufficienza renale; gastroenterologi e oncologi insieme per diagnosticare precocemente un tumore allo stomaco.

Si chiamano *Reti cliniche* e prevedono interscambi tra medici di varie discipline ma anche di diversi ospedali della stessa regione. L'obiettivo? Rendere più rapido l'accesso dei pazienti a servizi appropriati e quindi garantire loro le migliori cure. Ma queste Reti funzionano? In un recente studio realizzato in collaborazione con la Scuola di management dell'Università Bocconi, la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) ha censito 140 reti cliniche in tutta Italia. Le aree terapeutiche oggetto delle Reti sono più diffuse: cardiologia, oncologia, neurologia, malattie rare; seguono i settori emergenza-urgenza, centri trasfusionali, cure palliative. La ricerca ha analizzato il funzionamento delle reti cardiologiche e oncologiche presenti in 12 aziende sanita-

rie che fanno parte dell'Osservatorio sul «governo del territorio» di Fiaso. «Il loro sviluppo è eterogeneo, in particolare le Reti oncologiche sono in molti casi solo sulla carta» commenta Valerio Fabio Alberti, presidente di Fiaso e coordinatore della ricerca.

Esistono diversi modelli di Rete. «In alcune Regioni sono previste dai Piani sanitari regionali, altre sono nate con apposite norme, altre ancora fanno capo al distretto sanitario o alla Asl — spiega Alberti —. Poi ci sono quelle "estemporanee", che nascono dall'esigenza di collaborazione tra professionisti di ospedali diversi. E si è visto nell'indagine che le Reti "calate" dall'alto stentano a decollare. È uno degli aspetti critici evidenziati dallo studio che occorre superare. Il lavoro in team, se ben organizzato, infatti, consente una presa in carico globale dei malati che va oltre i confini dell'Azienda ospedaliera o sanitaria: si collegano tra loro strutture e servizi, si costruiscono percorsi diagnostici e terapeutici ben definiti, si condividono competenze». Qualche esempio dell'efficacia del «modello Rete»? Dice Alberti: «Se un paziente ha un infarto miocardico acuto, l'ambulanza non lo porta nell'ospedale più vicino, ma in quello attrezzato per fare l'intervento di angioplastica entro 24 ore. Così si fornisce una risposta appropriata senza perdere tempo».

**M. G. F.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# CorriereSalute

Il numero

È il Molise la regione italiana con il più alto tasso di **obesità**

**13,5%**

È la percentuale di abitanti del Molise in grave sovrappeso. Il tasso medio di **obesità** nella popolazione italiana è del 10%, tra i valori più bassi in Europa

Non è più la Basilicata la regione italiana con il maggior tasso di **obesità**: il Molise è passato in testa, con il 13,5% della popolazione. Lo indicano i dati del recente Rapporto Istat «Noi Italia». Al secondo posto della classifica nazionale scende la Basilicata (13,1%), seguita dalla Puglia (12,6%). La media nazionale, del 10%, ancora ci colloca comunque tra i Paesi europei con i valori più bassi di diffusione **dell'obesità**.

«Non dobbiamo tuttavia sottovalutare la situazione, oppure pensare che sia un problema solo confinato al meridione del nostro Paese — ha commentato **Marcello Lucchese**, presidente della Società italiana di chirurgia **dell'obesità** e delle malattie metaboliche (**Sicob**) —. Il numero degli obesi italiani è cresciuto del 25% dal 1994 a oggi e anche regioni settentrionali, come Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia (rispettivamente con il 12% e l'11,8% di persone in grave sovrappeso, secondo le ultime rilevazioni), registrano ormai percentuali in costante aumento».



Scienza e società

Medicine affidabili vengono accusate senza prove di provocare l'autismo e il cancro da gruppi di ecologisti che si sentono all'avanguardia ma vivono nell'età della pietra

# La crociata contro i vaccini

## Celebrità in trincea

Personaggi famosi come Daria Bignardi e Romina Power danno credito a una propaganda fondata solamente su pregiudizi

## Minacce alla salute

Chi resta senza copertura diventa una «porta» d'ingresso per i batteri che poi possono mutare e colpire l'intera popolazione

di ANDREA GRIGNOLIO

**D**a alcuni anni in Italia una strisciante ideologia naturista sta coagulando una serie di false credenze e sentimenti antiscientifici potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, nonché per la cultura e l'economia. Con frequenza sempre maggiore appaiono su quotidiani e web messaggi che alimentano paure insensate sulla vaccinazione, dalle false notizie sulla commercializzazione di lotti difettosi alle inchieste su vaccini e cancro. Nel novembre scorso il direttore dell'Agenzia del farmaco, Luca Pani, e il virologo Gianni Rezza hanno lanciato l'allarme per la disinformazione contro le vaccinazioni, ricordando che il rapporto costi-benefici per i vaccini resta il più favorevole fra tutti i **farmaci** disponibili.

Nonostante siano tra le scoperte biomediche più importanti, e abbiano salvato milioni di bambini soprattutto tra le fasce meno abbienti, i vaccini sono al centro di una campagna di «controinformazione» senza precedenti, persino da parte di personalità e movimenti progressisti. Nella discussione seguita alla sentenza del tribunale di Rimini dello scorso marzo, che accettava la relazione tra vaccino trivalente e autismo, si è distinta la trasmissione di Daria Bignardi, *Le invasioni barbariche*, che ha dato spazio alla storia dell'imprenditore Franco Antonello, raccontata nel libro *Se ti abbraccio non aver paura* (Marcos y Marcos). Contro i vaccini si è pronunciato anche Beppe Grillo in una serie di interventi disponibili su YouTube.

Nella storia della medicina le resistenze contro i vaccini sono ben note e possono suggerire qualche riflessione. Il primo a capirlo fu Edward Jenner, il medico inglese che alla fine del Settecento scoprì che era più sicuro immunizzare gli esseri umani contro il vaiolo usando come fonte infettiva non un altro consimile ammalato, com'era consuetudine, ma inoculando estratti di pustole vaccine infette. Ottenuto l'avallo della profilassi dalle istituzioni britanniche, fu nondimeno oggetto di un'aggressiva propaganda antivaccinale che utilizzò caricature di uomini-bove per far da grancassa ai timori popolari sulla promiscuità tra specie animale e umana e sulla conseguen-

te degenerazione di quest'ultima. Tralasciando altri casi intermedi, le paure contro il vaccino tornarono sulla stampa nel 1998, quando un gastroenterologo bri-

tannico, Andrew Wakefield, pubblicò sulla rivista «Lancet» un articolo in cui stabiliva una relazione causale tra vaccinazione trivalente, disturbi del tratto intestinale e autismo. Come venne provato da esperimenti successivi non vi era alcuna relazione tra vaccino e autismo; due inchieste giornalistiche chiarirono poi che si era trattato di una frode pianificata: Wakefield operò in conflitto d'interesse economico, omise dati che negavano la compresenza dei disturbi intestinali, sottopose pazienti ritardati a inutili trattamenti invasivi contro gli standard etici, e nel 2010 venne quindi radiato dall'ordine dei medici inglesi.

In Italia invece i siti web che sostengono la relazione autismo-vaccini con prove pseudoscientifiche sono moltissimi, si va dai più specializzati, come [condav.it](http://condav.it) e [autismovaccini.com](http://autismovaccini.com), a quelli più generici come [procaduceo.org](http://procaduceo.org), [mednat.org](http://mednat.org), [disinformazione.it](http://disinformazione.it), che attaccano i vaccini come emblema dell'aggressività della medicina classica e di Big Pharma, sino a quelli che — come [scienzaverde.it](http://scienzaverde.it) — scomodano teorie del complotto sfruttando personaggi noti come Romina Power, che in una lettera all'ex ministro Ferruccio Fazio ha scritto, citando come fonte una giornalista austriaca, che «sia il vaccino che la stessa epidemia A/H1N1 sarebbero armi biologiche deliberatamente utilizzate per la riduzione della popolazione mondiale». L'«esperto» generalmente chiamato in causa in questi casi è il medico Massimo Montinari, che per guarire alcuni casi di autismo ha escogitato un protocollo che associa diete prive di glutine e caseina a un trattamento omotossicologico, ma non sembra avere alle spalle pubblicazioni scientifiche accreditate, a parte il libro del 2002 *Autismo. Nuove terapie per migliorare e guarire* edito dalla Macro Edizioni (che raccoglie nel catalogo volumi sulle profezie Maya e sui segreti del Nuovo Ordine Mondiale).

Recentemente si è sollevato un polverone mediatico contro la società **farmaceutica** Novartis, accusata di aver distribuito

mezzo milione di dosi difettose di vaccino antinfluenzale, senza che in realtà una sola di queste fosse stata commercializzata. L'inevitabile effetto domino si è abbattuto sia sulle milioni di dosi funzionanti già pronte sul territorio nazionale e internazionale, sia sulla drastica diminuzione delle vaccinazioni stagionali, con punte del 60% nel Sud Italia. Per non parlare del danno di immagine. Pur essendo di nazionalità svizzera, la Novartis è un'eccellenza italiana, perché ha a Siena il cuore operativo e la mente, Rino Rappuoli, vaccinologo tra i più autorevoli al mondo. L'azienda ha da poco messo a punto l'avanzato vaccino per il meningococco B, il ceppo responsabile principale della morte da meningite in Europa, frequentissima tra i bambini al primo anno di vita. Ora, nuovamente, ha iniziato da qualche mese a circolare — prima sul web e poi su carta stampata — una nuova bufala contro i vaccini, questa volta ritenuti responsabili, se inoculati in dosi e in età inappropriate, di provocare il cancro.

A parte l'aspetto culturale, quella contro i vaccini è una battaglia rischiosissima sul piano biologico, perché mette a repentaglio la salute di tutta la popolazione. La ragione è semplice. Da milioni di anni le grandi pandemie cambiano il corso della storia, dalla «peste di Atene» all'influenza spagnola, e sono dovute all'evoluzione biologica di infezioni microrganismiche passate dagli animali all'uomo, un po' come segno della domesticazione che abbiamo loro imposto. I nostri progenitori cacciatori-raccoglitori hanno avuto la meglio sulle altre popolazioni perché per primi hanno avuto pasti regolari e tempo libero a disposizione, in precedenza occupato da lunghe e pericolose battute di caccia, proprio grazie all'addomesticamento di piante e animali. Il contatto quotidiano con queste specie ha però avuto un costo: contrarre molte malattie, grazie a piccole e inevitabili mutazioni che hanno permesso a batteri e virus di diventare dannosi anche per l'uomo.

Tornando a oggi, le persone senza copertura vaccinale minacciano anche chi ce l'ha, poiché rappresentano una comoda «porta» di ingresso per i microbi che, una volta passati su un individuo del gruppo, possono più facilmente mutare e infettare l'intera popolazione, un fenomeno chiamato «immunità di branco». Se la percentuale della popolazione coperta dal vaccino rimane alta, il muro diventa difficile da vali-

care, ecco perché malattie che in passato causavano gravi pandemie sono oggi sotto controllo. Cosa c'entrano i gruppi antivaccinali con gli antenati cacciatori-raccoglitori? C'entrano, perché entrambi vivono mentalmente all'età della pietra. La stessa verso cui tende quella parte di pubblicistica ideologizzata la cui politica culturale antiscientista è tesa a vellicare la pancia dei suoi lettori tipo: luddisti, iperecologisti e naturisti per cui «tutto ciò che è naturale è buono, tutto ciò che è prodotto artificialmente dall'uomo o dall'industria è cattivo». Si pensi al crescente numero di madri che portano i propri bambini a scuola o all'asilo (perlopiù privati) evitando le vaccinazioni obbligatorie. La dimensione del fenomeno sociale sta raggiungendo dimensioni pericolose, se si considera che nell'ultimo decennio hanno sospeso le sanzioni amministrative contro i genitori recalcitranti diverse regioni (Lombardia, Piemonte, Toscana, Sardegna), con il triste primato di Emilia-Romagna e Veneto, dove le vaccinazioni non sono più obbligatorie, rispettivamente, dal 1999 e dal 2007, e dove infatti i centri di monitoraggio, documentati dal portale Epicentro, «notano un calo della copertura», con zone come il riminese in cui «un movimento antivaccinale molto attivo, mostra una percentuale di obiettori elevata, pari al 4,8%». Le associazioni pediatriche denunciano inascoltate il fenomeno e l'Organizzazione mondiale della sanità non fa che ripetere che la presenza di ceppi infettivi resistenti agli antibiotici è in costante aumento. Una volta acquisite, le conquiste biologiche, come quelle sociali, vanno strenuamente difese, lo ricorda una piaga come la differite, che si è riaffacciata quando è diminuita la diffusione vaccinale dopo il collasso dell'Urss.

Purtroppo pare che né divieti né argomenti valgano contro questi crescenti gruppi antivaccinali: una élite Bobo (bourgeois-bohémien) che si forma sui siti di «controinformazione», che si muove tra vegetarianesimo e medicina alternativa, e che immagina una Natura buona. Per un paradosso della storia, questi movimenti e la stampa che li accudisce ricordano la scena finale de *Il fascino discreto della borghesia* del regista Luis Buñuel: ridenti e festanti camminano incessantemente in una direzione che fingono di conoscere. Paghi di sé stessi, non si accorgono che camminano nel nulla.



**Gli scienziati**

Edward Jenner (1749-1823) in un ritratto di James Northcote, medico e virologo britannico, inventore del vaccino contro il vaiolo (1798) e Albert Bruce Sabin (1906-1993), il medico e virologo polacco che mise a punto il più diffuso vaccino antipolio

**L'autore**

Andrea Grignolio (Roma 1974) si occupa di storia della medicina all'Università di Bologna e alla Sapienza. È autore di articoli su riviste nazionali e internazionali ed è curatore del volume «Immunology Today. Three Historical Perspectives under Three Theoretical Horizons»; Bononia University Press (2010)

**L'intervista**

**Profumo: «C'è un progetto i cervelli ritorneranno»**

**Alessandra Chello**

Francesco Profumo, ministro della Pubblica Istruzione non ha dubbi ed in un'intervista la Mattino spiega: «Un bel primato come quello della Federico II viene ingrigito dall'amarrezza degli esodi di massa per altre destinazioni. Il perché è chiaro: al Sud manca del tutto una specializzazione dei territori come invece ci viene richiesto dall'Europa. Chi parte torni poi a fare da tutor».



**La sfida**  
Partono in cerca di specializzazioni possono rientrare facendo i tutor

>A pag.3

**Il governo**

**Profumo: un piano miliardario per fare tornare i nostri cervelli**

«Subito negli atenei del Mezzogiorno un pool di ricercatori emigrati»

**La qualità**

L'esodo testimonia il valore dei docenti: all'estero in tanti ci invidiano

**Il gap**

Il Meridione paga il prezzo di carenze sul fronte della vivibilità

**Fondi Ue**

Mancano figure specializzate in grado di gestire le risorse europee: troppi sprechi

**L'appello**

Ai ragazzi dico: su con il morale Facciano esperienza ma poi rientrano

**Gli errori**

In passato proposte troppo diluite: meglio pochi obiettivi

**Alessandra Chello**

Talenti made in Naples. Ma, rigorosamente da export. La maglia rosa della formazione doc lascia subito il posto a quella nera della fuga dei cervelli. Ne abbiamo chiesto i motivi a Francesco Profumo che guida il dicastero della Pubblica Istruzione.

**Ministro, cosa condanna gli atenei meridionali al ruolo di perenni incubatrici di professionalità che però una volta laureate fanno i bagagli per lavorare altrove?**

«Non c'è dubbio che abbiamo un sistema formativo di grande qualità in grado di farci competere senza problemi su un mercato internazionale. Un bel primato come quello della Federico II che però viene

ingrigito dall'amarrezza degli esodi di massa per altre destinazioni. Il perché è chiaro: al Sud manca del tutto una specializzazione dei territori come invece ci viene richiesto dall'Europa. Profili tarati su questa domanda è chiaro nel Meridione non hanno chances. Ora è fondamentale lavorare subito sul programma 2014-2020 relativo alla nuova programmazione delle risorse europee in cui per la prima volta il 50% del Fondo della coesione dovrà essere destinato al capitolo ricerca. Una carta importante per creare posti di lavoro di qualità nel Mezzogiorno».

**Già, ma intanto ogni anno vanno via almeno in sessantamila...**

«Il fatto che

partano non è negativo. Anzi. Ma quel che davvero non funziona è che poi non tornano. E non riportano nella propria terra il bagaglio di esperienze fatto



all'estero. Un trend consolidato nel tempo all'origine del quale c'è una gran fetta di responsabilità delle amministrazioni pubbliche. Perché è proprio lì che si sono perse importanti competenze per gestire la progettualità dei territori del Sud. Sono convinto che la chiave giusta per il Meridione sia questa: inserire professionalità già formate ad alto livello all'interno delle macchine amministrative dei territori del Sud più in difficoltà. Quasi una sorta di tutoraggio. Sì perché, per troppi anni nelle programmazioni dei fondi comunitari ci si è trovati con l'acqua alla gola. Impreparati. E costretti a dover fare i conti con il calendario tanto da investire il denaro in progetti inutili».

### **Dunque quali politiche vanno messe in campo subito per invertire la rotta?**

«Abbiamo pronta una terapia d'attacco creando una sorta di palestra virtuale con obiettivi mirati. Abbiamo individuato dei cluster sui quali investire. Nove settori che vanno dall'energia alla mobilità, ai beni culturali fino alle città intelligenti che diventeranno veri e propri incubatori di qualità sparsi sul territorio. E nei quali ci sarà lo spazio necessario per realizzare l'intera filiera: università-ricerca-azienda-professionisti. Piccole cellule che possano radicalizzare le attività sui territori aggregando anche quelle già esistenti. O creandone di nuove intorno a precise figure professionali. Abbiamo già fatto un bando. Al quale hanno risposto in modo molto positivo sia aziende che università ed enti di ricerca. La selezione avverrà in base alle stesse regole dell'Ue. Il budget sul piatto è di circa un miliardo e mezzo».

### **Quali sono i tempi di attuazione?**

«Alcuni sono già conclusi, altri in via di definizione. Intanto è già partito il «Progetto dei messaggeri». In pratica abbiamo invitato dall'Europa, ma anche dagli Stati Uniti, un range di profili professionali italiani di alta qualità che si sono inseriti all'estero con grandi risultati. Abbiamo chiesto loro di dedicare una parte del proprio tempo facendo per l'appunto da tutors nelle nostre università. In particolare in Campania, in Puglia, Calabria e Sicilia che sono poi le regioni coinvolte nel

programma. Una sorta di appello nazionalistico per avviare veri e propri laboratori viventi nel nostro Paese. Poi ritorneranno in quelle che nel frattempo sono diventate le loro patrie di adozione, ma stavolta porteranno con sé gruppi di studenti meridionali distintosi per meriti e capacità che andranno così ad imparare dall'altra parte dello Stivale quel che poi a loro volta riporteranno a casa. Ecco: la loro funzione sarà quella di accelerare il processo di riqualificazione professionale al Sud, l'ingrediente che manca. E che costringe in tanti a farci i bagagli. L'Sos è già stato un successo: hanno risposto in tanti. I risultati definitivi li daremo a breve».

### **Intanto però gran parte della gestione dei fondi comunitari per il Sud è nelle mani degli enti locali che spesso li sprecano...**

«Uno dei deficit più vistosi del Meridione è la mancanza totale di una adeguata formazione di figure professionali in grado di saper progettare rispetto alle risorse europee in modo tale che non vadano gettate al vento. Privilegiando quindi la qualità piuttosto che la quantità. Ecco, questo manca del tutto. Sul piatto meridionale sono arrivati tanti finanziamenti che però non hanno trovato adeguate capacità di progettazione e di gestione per poter essere impiegate. Sono queste figure la chiave indispensabile per mettere in moto la crescita e lo sviluppo creando posti di lavoro a cinque stelle. I nuovi profili però devono passare anche per Bruxelles. Devo poter imparare e capire da vicino come funziona l'intero meccanismo della macchina dei fondi per poi saperlo indirizzare perché produca crescita».

### **Già, ma il Sud ha anche il primato per mancanza di sicurezza, burocrazia lenta e zero infrastrutture...**

«Vero: per questo è indispensabile una grande attenzione alle condizioni del territorio. Dunque infrastrutture, sicurezza e relazioni con enti territoriali tutti punti essenziali per sviluppare capacità di attrazione. E sono condizioni decisamente strutturali. Anche qui c'è da giocare la carta offerta dai fondi per la coesione strutturale perché il Sud ha bisogno subito di infrastrutture tangibili e intangibili per poter decollare. Il prossimo bando sarà destinato agli acquisti precompetitivi. Vale a dire:

invece di dare risorse per sviluppare ricerche delle quali magari non si saprà mai il risultato, stavolta si identificheranno prima gli obiettivi attraverso domande mirate rivolte ai cittadini e ai loro bisogni. Vale a dire: mobilità, scuola o energia. Insomma, l'idea è di creare innovazione pensando che i piloti siano le pubbliche amministrazioni. Un team internazionale si occuperà di valutare i progetti facendo in modo che siano anche evitati i conflitti di interesse e che tutto proceda secondo le regole europee».

### **Quale è stato sul Sud l'errore più vistoso degli ultimi governi?**

«C'è stato un eccesso di frammentazione di attività e di proposte. I soldi e le idee vanno puntati sulle infrastrutture tangibili. Ma anche qui si tratta di un problema di cultura generale: va creato management del progetto in grado di seguire tutto l'iter: dal lancio del bando alla gestione. Fino alla valutazione del risultato».

### **Quali saranno le professionalità più richieste?**

«Nel medio termine ci sarà sempre più bisogno di figure in grado di fare da interconnessione tra il sociale e la tecnologia che da sola davvero non basta perché è la valenza del welfare quella che conta. Il bisogno reale quotidiano, concreto, del cittadino è quello destinato ad orientare il mercato».

### **Insomma, cosa direbbe ai giovani laureati del Sud?**

«Direi loro di non demoralizzarsi. Ma gli direi anche di andare. Di partire. Di fare esperienza all'estero e di farlo subito. Senza aspettare la laurea. E di farlo magari anche durante gli anni di studio iniziando con gli stages internazionali. Devono però soprattutto aver voglia di ritornare per trasformarsi in generatori di lavoro di qualità proprio nel territorio che gli ha dato l'input iniziale grazie ad un'alta formazione. Saranno sufficientemente forti e robusti per raccogliere la sfida. E diventare incubatori viventi di qualità aprendo così la porta al lavoro, allo sviluppo e alla crescita del loro Mezzogiorno».

## Visual data

La capacità di attirare intelligenze dipende da vari fattori: istruzione, occupazione, Pil e politiche giovanili. Gli ostacoli italiani all'arrivo dei «cervelli» e la nuova mappa dei flussi

# Porte chiuse alla ricerca

## Gli autori

La visualizzazione dati e l'analisi dei dati è a cura di Accurat ([www.accurat.it](http://www.accurat.it)), società di consulenza progettuale diretta da Giorgia Lupi, Simone Quadri, Gabriele Rossi.  
di FEDERICO FUBINI

**Q**ualche tempo fa alcuni professori dell'Università di Siena si sono rivolti al ministero degli Esteri. Gli studiosi non chiedevano ai diplomatici di rappresentare i loro interessi in qualche Paese straniero o di aggregarsi a qualche missione all'estero. La loro richiesta era molto più semplice. Volevano, se possibile, non essere ostacolati troppo. Come varie in Italia, l'Università di Siena cerca di incoraggiare l'arrivo di studenti stranieri, ma sempre più spesso si scontra con un ostacolo che l'Italia si au-

toinfligge: per chi viene da un Paese dove il reddito medio è basso — quelli che di solito vengono chiamati «mercati emergenti» — ottenere un visto di studio in Italia è sempre più difficile. Se poi è una donna di un Paese a basso reddito che cerca di studiare o lanciare un progetto di ricerca all'Università di Siena, a Ca' Foscari a Venezia, alla Bocconi di Milano o all'Università della Magna Grecia, diventa quasi impossibile. Nell'area Schengen alcuni Paesi del Nord Europa hanno chiesto di filtrare molto i visti di studio sulle ragazze, nel timore che poi entrino nell'industria del sesso a pagamento. Dunque ogni anno moltissime donne che aspirano realmente a studiare in Italia vengono respinte già dall'ambasciata di Roma nel loro Paese. Una discriminazione doppia che danneggia in primo luogo il Paese che nega loro il visto.

Queste dinamiche contribuiscono infatti alle distorsioni della visualizza-

zione dati in questa pagina. Un gran numero di ricercatori italiani finisce all'estero, mentre il Paese non riesce a far arrivare abbastanza cervelli dal resto del mondo (vengono presi in considerazione solo le comunità di ricercatori che superano il 10% degli immigrati del Paese). L'infografica, con gli esempi da vari Paesi diversi, mostra come la capacità di attrarre intelligenze straniere viaggia di pari passo con migliori tassi di crescita e di occupazione e con la creazione di opportunità per i più giovani. Un celebre detto della medicina ippocratica è: primo, non nuocere. L'Italia potrebbe applicarlo; magari, per non cercare di danneggiarsi da sola nella competizione internazionale per la nuova generazione di ragazzi — e ragazze — pieni di talento.

 @federicofubini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La visualizzazione esplora il cosiddetto fenomeno della «fuga di cervelli», identificando i flussi in entrata e in uscita di sedici Paesi e provando a individuare le motivazioni che spingono un ricercatore a spostarsi da una nazione a un'altra.  
 Per ogni nazione si restituiscono informazioni relative a: Pil pro capite, partecipazione femminile al mercato del lavoro, tasso di disoccupazione, numero di università presenti tra le prime duecentocinquanta del ranking internazionale, percentuale di ricercatori stranieri e percentuale di stranieri sul totale della popolazione, percentuale di ricercatori emigrati e percentuale di emigrati sul totale della popolazione, percentuale di rientri tra i ricercatori emigrati, principali Paesi di provenienza e destinazione.

