

**La spesa.** Scesa dello 0,3%, a +2% nel 2014

# Sanità, disavanzo Asl a 1,6 miliardi nel 2013

**Roberto Turno**  
ROMA.

La sanità ha chiuso il 2013 in rosso per 1,63 mld prima delle manovre regionali di rientro. Con un deficit in calo di 400 mln sul 2012, risultato anche di un rallentamento della spesa dello 0,3% sull'anno prima. E non senza sorprese: la maggior parte del disavanzo (890 mln) è stato accumulato nelle 13 regioni non sottoposte a piano di rientro, mentre nelle 8 commissariate o comunque sotto tutela governativa il deficit è stato di 746 mln (-125 mln rispetto al 2012). E non senza novità: la Campania ha fatto segnare un attivo di 11,7 mln (-111 mln nel 2011 e -245 nel 2010), la Sicilia di 25 mln (contro -34 mln dell'anno prima) e l'Abruzzo di 340mila euro. In fondo alla classifica resta il Lazio col top del disavanzo a quota 609,8 mln.

Regalano sorprese e conferme - ma anche importanti spunti di riflessione per l'attualità in vista delle imminenti scelte di politica economica del Governo in itinere con la nuova spending review governativa - le pagine che il Def 2014 (e i dati ancora in mano all'Economia) appena presentato dal ministero di Via XX Settembre dedica alla spesa sanitaria. L'impressione è che nelle regioni in piano di rientro la leva dei tagli, dolorosissima al punto da mettere a dura prova l'equità dell'assistenza, stia funzionando almeno a livello di bilanci.

Il rosso in quelle regioni è sceso dai 4,1 mld del 2007 ai 746 mln di oggi, ovviamente lasciando ancora scoperto il rosso iniziale da recuperare. Cala però il deficit annuale, effetto anche delle maxialiquote fiscali e dei superticket a carico dei cittadini di quelle regioni. Mentre i livelli di assistenza (i Lea) sono sempre meno garantiti e la garanzia dei servizi continua spesso a latitare. Tutto questo mentre la previsione di spesa sanitaria pubblica per il

2014 è di 111,7 mld e viene data in crescita del 2%, poi ancora del 2,1% medio annuo dal 2015 al 2018: nel rapporto col pil, la spesa sanitaria nel 2018 viene stimata in calo al 6,8%.

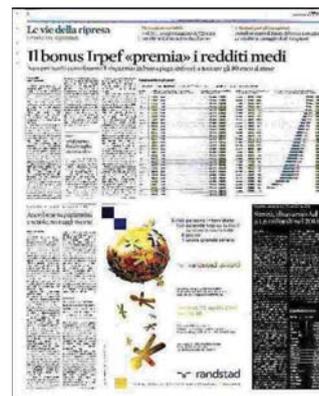
È anche con questi dati in mano che Governo e regioni si stanno misurando in vista dei prossimi tagli. Che, ormai è sicuro, toccheranno anche la sanità. La trattativa è in pieno corso e gli incontri, riservatissimi, sono costanti. L'ipotesi più gettonata è quella di un taglio tra 800 mln e 1 mld, con ogni probabilità al Fondo sanitario, incidendo già per il 2014 soprattutto sull'acquisto di beni e servizi e forse in parte la farmaceutica territoriale, in attesa della cura-Cottarelli e dei risparmi del «Patto per la salute». Una soluzione che secondo il Governo non leverà niente ai servizi, ma che le regioni contesteranno comunque.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I risultati regionali

Dati in migliaia di euro

Marche	<b>32.141</b>
Umbria	<b>29.874</b>
Sicilia	<b>24.974</b>
Campania	<b>11.760</b>
Lombardia	<b>10.262</b>
Veneto	<b>7.585</b>
Toscana	<b>3.111</b>
Emilia R.	<b>1.663</b>
Abruzzo	<b>340</b>
Basilicata	<b>-6.089</b>
Calabria	<b>-30.616</b>
Piemonte	<b>-41.866</b>
Friuli V.G.	<b>-42.936</b>
Puglia	<b>-49.573</b>
Molise	<b>-51.298</b>
Valle d'Aosta	<b>-52.997</b>
Liguria	<b>-91.346</b>
P.A. Bolzano	<b>-184.097</b>
P.A. Trento	<b>-218.186</b>
Sardegna	<b>-379.113</b>
Lazio	<b>-609.890</b>



# I pazienti zero dell'eterologa "No alla Svizzera ora la faremo qui"

La prima coppia prenotata in Italia  
"Concepiremo nostro figlio a Catania la Consulta ci ha ridato la speranza"

CATERINA PASOLINI

ROMA. Viola ieri mattina ha mentalmente disfatto la valigia, disdetto il volo internazionale e chiamato il suo ginecologo per prenotarsi. Aveva già un appuntamento a maggio per fare l'eterologa in Svizzera, ma quando è uscita la notizia della Consulta ha cambiato le carte in tavola, buttato all'aria i programmi, non il desiderio di un bambino che col marito Luca sogna da anni.

«Io l'eterologa la voglio fare qui, a Catania, nella mia città, col mio medico di fiducia che è il professor Guglielmino, lui ha seguito le coppie che hanno convinto la Consulta a cambiare una legge ingiusta. Voglio provare a diventare madre vicino alle persone che amo, senza dovermi inventare scuse, finte vacanze, improvvisi viaggi di lavoro in località scon-

sciute. Già è tutto così difficile e duro».

**Cos'è difficile?**

«Ti innamori, ti sposi, noi l'abbiamo fatto cinque anni fa appena passati i 30, e sogni di mettere su famiglia. E invece. Invece niente, il bambino non arriva e le tue giornate non le passi più a fare il medico come me o l'avvocato come Luca, ma sotto la lente di ingrandimento rivoltati come calzini per capire perché non riuscite a creare».

**Tanti tentativi?**

«Abbiamo provato la fecondazione assistita e l'inseminazione prima di capire che non c'era veramente niente da fare. Luca purtroppo è completamente sterile».

**La coppia è andata in crisi?**

«Sì, perché l'unica via di uscita per noi è la fecondazione eterologa, il seme di un altro uomo, e non è una scelta facile. Per noi è cominciato un percorso fati-

coso, profondo, a volte lacerante fatto di discussioni su discussioni. Per noi donne è diverso, il bambino lo sentiamo più facilmente nostro anche se l'ovocita è di un'altra visto che lo portiamo in pancia per nove mesi, ma un uomo lo capisco, per lui è meno istintivo sentirlo suo».

**Così è passato tempo prezioso.**

«Mesi, anni prima che riuscissimo a trovare un accordo, un'accettazione della nostra realtà, che riuscissimo a superare le nostre paure».

**Quali paure avevate?**

«Temi che una volta nato il bambino tutti dicano che non vi somiglia e lui si senta ferito, temi che i medici non facciano abbastanza controlli e si ammalino, hai paura di non avere informazioni genetiche che magari potrebbero servirgli quando è grande. Insomma non è una scelta indolore, è un

travaglio, una crescita profonda e complessa».

**Ieri ha preso l'appuntamento?**

«Appena ho letto i giornali ho chiamato Guglielmino, ho chiesto i tempi, perché ormai alla mia età ogni giorno è prezioso. Mi ha detto che bisogna aspettare la pubblicazione della sentenza sulla Gazzetta Ufficiale, questione di un paio di mesi. Ma io ho paura, non voglio rischiare la possibilità di diventare genitori per i capricci di qualche bigotto in parlamento. Così mi tengo la via di fuga. Se in Italia la tirano per le lunghe io riparto per la Svizzera dove il costo va da 1.500 ai 6.000 euro».

**Comunque vada?**

«Anche se non riuscissi ad avere un figlio questa sentenza ci ha comunque ridato una speranza. La speranza che l'Italia sia ancora un paese dove valga la pena vivere».

"Avevamo già fissato oltre confine, che bello annullare quella finta vacanza"



Stefano Rodotà festeggia per la sentenza con l'associazione Luca Coscioni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Il farmaco inutile contro l'aviaria pagato dai governi oltre tre miliardi

Ricerca indipendente "smonta" il Tamiflu: inefficace per influenza suina e dei polli

## IL CASO

CORRADO ZUNINO

ROMA. Il costoso farmaco Tamiflu che ci avrebbe salvato dall'aviaria, che avrebbe impedito il passaggio dell'influenza dai polli all'uomo su scala mondiale e combattuto un'epidemia che nei grafici clinici avrebbe potuto fare 150 mila morti soltanto in Italia, non è servito a niente. Solo a gonfiare i bilanci della Roche spa, multinazionale svizzera che grazie alle ondate di panico collettivo ha venduto nel mondo, solo nel 2009, confezioni per 2,64 miliardi di euro. Due miliardi e sei per un solo farmaco che, si calcola, a quella data è stato utilizzato da 50 milioni di persone. Inutilmente.

Già. Un gruppo di scienziati indipendenti—Cochrane collaboration—ha ripreso in questi giorni un suo studio realizzato nel 2009 sul rapporto tra l'antivirale Tamiflu e l'influenza suina (seimila casi mortali nel mondo). E se allora l'organizzazione medica no profit sosteneva che non c'erano prove a sostegno dell'utilità del medicinale per la suina, ora si spinge oltre e lo stampa sul *British medical journal*: per l'influenza aviaria (62 morti accertati, fino al 2006) l'antivirale della Roche è stato inutile. Lo si certifica adesso, ma per dieci anni una teoria di stati nel mondo, sull'onda della speculazione emotiva, ha accumulato milioni di confezioni, buttato valanghe di denaro pubblico e, dopo cinque stagioni, buttato anche le confezioni scadute. Secondo la controricerca il Tamiflu (dai 35 ai 70 euro a scatola, secondo richiesta e Paese) contrappone alle influenze gli stessi effetti del più conosciuto

paracetamolo. Non ha prevenuto la diffusione della pandemia, né ha ridotto il rischio di complicazioni letali. Ha attenuato solo, nei primi quattro giorni del contagio, alcuni sintomi. Una tachipirina, non certo la panacea per epidemie da kolossal.

Ecco servito un nuovo caso di inganno Big Pharma, segnalato da ricercatori che hanno rilevato errori e mancanze in ogni stadio del processo: la produzione, le agenzie di controllo, le istituzioni di governo. Gli uffici stampa della Roche hanno tempestivamente replicato, ieri: la ricerca è incompleta e frammentaria. È un fatto, però, che il Tamiflu passerà alla storia della farmaceutica contemporanea come il medicinale più gonfiato e redditizio.

L'influenza aviaria venne descritta per la prima volta in Piemonte, nel 1878, ma è dal 1996 che si è scoperta pericolosa per l'uomo. Da allora e per dieci anni focolai hanno toccato cinque continenti. Hong Kong l'origine, poi l'approdo in Australia, Cile, Centro America, Olanda, Belgio, Germania, quindi Canada, Stati Uniti, Sudafrica, di nuovo Sud-Est asiatico, il resto dell'Asia, ancora Europa. Centocinquanta milioni di volatili contagiati e, alla fine, 62 umani morti (in media un normale ceppo influenzale, ogni anno, provoca nel mondo 700 mila decessi). Grazie all'Organizzazione mondiale della sanità, spinta dai centri di controllo medico americani, a metà dei Duemila il Tamiflu Oseltamivir diventa il farmaco elettivo per il trattamento dell'influenza aviaria. Nel novembre 2005 il presidente George W. Bush richiede al congresso 7,1 miliardi di dollari per prepararsi a una pandemia, 1,4 miliardi sono necessari per acquistare farmaci antivirali. Si scoprirà che

Il medicinale di Roche acquistato da 50 milioni di persone in tutto il mondo negli anni della psicosi

uno degli articoli su cui si basavano le evidenze scientifiche per lanciare il Tamiflu era uno studio fatto su un solo paziente. Si scoprirà, soprattutto, che il brevetto del farmaco è stato dal 1997 al 2001 della società Gilead, il cui presidente era Donald Rumsfeld, segretario di Stato americano dell'amministrazione Bush dal 2001 al 2006: Rumsfeld mai ha lasciato il pacchetto di azioni Gilead e tutt'oggi riceve il 22 per cento dei profitti derivanti dalla vendita del Tamiflu.

In quei giorni di allarmi a comando, il segretario di Stato impose la somministrazione obbligatoria del suo farmaco alle truppe nordamericane. E i governi occidentali si superarono negli ordinativi alla Roche, che faticò a star dietro alle richieste: 2,3 milioni di dosi la Svizzera, 5,4 milioni il Canada, 13 milioni la Francia, 14,6 milioni la Gran Bretagna. L'Italia, governo Berlusconi, Storace ministro della Salute, autorizzò l'acquisto di antivirali per il 10 per cento della popolazione: sei milioni di confezioni. La Roche spa, tra il 2003 e il 2005, quadruplicò le vendite nel mondo.

Sull'allarme aviaria, ha rivelato l'ultimo numero dell'*Espresso*, la procura di Roma sta indagando su un'ipotesi impaurente: il virus esistente, in Italia, fu trasformato ad arte in un'epidemia in procinto di esplodere. Psicosi generata da ricercatori e industrie farmaceutiche (in questo caso la Merial di Noventa Padovana) che portò il governo Berlusconi (ter) a spendere 50 milioni per vaccini poi rimasti inutilizzati. Per ora è stata indagata per associazione a delinquere, insieme ad altre 38 persone, Ilaria Capua, virologa di fama internazionale, deputato di Scelta civica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'INTERVISTA

### “Su quel virus il mio allarme fu infondato”

«Sì, in effetti ci fu uno sbaglio». Ovidio Brignoli, vicepresidente della Società italiana di medicina generale, nei giorni del panico contribuì a diffonderlo. Fu lui, alla fine di una conferenza europea a Malta, a rivelare le previsioni degli epidemiologi radunati attorno all'influenza aviaria che stava attaccando il mondo. Quei dati diedero una spinta decisiva al panico. E alla vendita del Tamiflu.



**L'ESPERTO**  
Ovidio Brignoli,  
Società medicina generale

**Dottor Brignoli, allora comunicò che l'aviaria avrebbe potuto fare 150 mila morti solo in Italia. In dieci anni, in verità, sono stati certificati 62 morti nel mondo.**

«Quei calcoli furono teoricamente corretti e accurati. Li fecero esperti internazionali. Io mi presi soltanto la responsabilità di diffonderli».

**Un po' sovrastimati.**

«Ammetto che abbiamo fatto un grande errore. Un errore globale. Ma devo anche dire che la medicina sugli errori cresce».

(C.Z.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMACI MULTIUSO  
**Contro il cancro  
le statine  
anticolescerolo**

Le statine sono farmaci per tenere sotto controllo il colesterolo.

Ora un team di ricercatori italiani ha scoperto che possono contrastare anche i tumori al seno. Bloccando il metabolismo cellulare del colesterolo, disattivano infatti due fattori chiave per la progressione del tumore, indebolendolo e rendendo più facile estirparlo. «Il colesterolo, oltre a essere assunto attraverso la dieta, è prodotto dalle nostre stesse cellule, che ne hanno bisogno per costruire le proprie membrane» spiega Giannino Del Sal, docente all'Università di Trieste e responsabile dell'Unità di oncologia molecolare del Laboratorio nazionale Cib (Consorzio interuniversitario per le biotecnologie) di Area Science Park, sempre a Trieste. Il suo team, grazie al sostegno dell'Airc, ha scoperto che i processi metabolici che portano alla produzione del colesterolo accendono «due molecole, Yap e Taz, che nei tumori riprogrammano le cellule rendendole più maligne, capaci di formare metastasi e resistenti alla chemioterapia». I ricercatori hanno quindi cercato tra 600 farmaci già in uso quelli in grado di bloccare l'azione di Yap e Taz nelle cellule tumorali della mammella. Le più efficaci sono apparse le statine. «Usare un vecchio farmaco per nuovi scopi richiede tempi molto più brevi» precisa Stefano Piccolo, docente di biologia molecolare all'Università di Padova e coautore dello studio. «Ora partirà la sperimentazione clinica». (simona regina)



# Ma per la comunità scientifica il farmaco è sicuro: "Ecco i dati"

## Rarissimi i "casi avversi gravi", legati alle infezioni da Clostridium

### Retrosena

VALENTINA ARCOVIO  
ROMA

**F**ino all'altro ieri sarebbero 27 (escluso il caso italiano su cui si sta indagando) le donne morte dopo aver abortito con la pillola RU486. A loro potrebbero aggiungersi i decessi di altre 12 persone che hanno assunto lo stesso farmaco ma non per scopi abortivi, bensì per uso compassionevole. Si arriverebbe così a quota 39. Una serie di casi che alimenta gli interrogativi sulla reale sicurezza della pillola RU486.

Delle 27 donne morte dopo l'assunzione del farmaco, 14 sono morte negli Usa, una in Canada, una in Portogallo, sei in Gran Bretagna, due in Francia, una in Svezia, una a Taiwan e un'altra in Australia. L'ultimo caso ufficiale segnalato risale a luglio dello scorso anno, quando la rivista «Journal of Obstetric and Gynaecology» ha riferito di una donna morta nel 2010 in Gran Bretagna. La donna sarebbe deceduta dopo l'assunzione della pillola a causa di un'infezione da Clostridium Septicum, un batterio potenzialmente letale. Altre nove della lista sono morte per Clostridium Sordel-

lii, un'altra per Clostridium Perfringens e un'altra ancora per streptococco, tutti microrganismi molto pericolosi.

Questi sono i dati a disposizione più aggiornati. Le segnalazioni dagli Usa, invece, sono ferme all'ultimo rapporto della Food and Drugs administration (Fda), l'agenzia che vigila sul corretto utilizzo dei farmaci, che risale ad aprile 2011. Nel report l'agenzia ha registrato su 1.520.000 aborti eseguiti con il metodo farmacologico un totale di 14 decessi. Ma anche una serie di casi di donne che hanno riportato effetti collaterali più o meno gravi: 336 emorragie, 256 infezioni (di cui 48 gravi), 612 ricoveri d'urgenza in ospedale e 2207 donne che hanno riportato effetti nocivi in generale. I dati, valutati dalle agenzie non statisticamente significativi, hanno comunque sollevato polemiche. Specialmente nel nostro Paese, da sempre diviso. Si tratta delle stesse preoccupazioni emerse dopo un articolo del «New England Journal of Medicine», secondo cui la mortalità per aborto farmacologico sarebbe superiore a quella con il metodo chirurgico per aborti effettuati nello stesso periodo di gestazione. Tuttavia, buona parte della comunità scientifica e le autorità regolatorie continuano a pensare che la RU486 sia sicura. E che non ci sarebbe un nesso casuale tra le morti per infezione e l'assunzione della pillola abortiva. Anche se si è dibattuto sull'eventualità di combinare alla Ru486 un trattamento antibio-

tico per evitare rischi di infezioni.

Già nel 2007, l'ente europeo per il controllo dei farmaci, l'Emea, aveva approvato la RU486, ribadendone la sicurezza. Parere espresso anche dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che nel luglio 2009 ne ha autorizzato l'uso. Leggendo il dossier dell'Aifa appare evidente che gli effetti collaterali, secondo l'agenzia, non superano quelli dell'aborto chirurgico. E che sono rarissimi i casi di eventi avversi gravi. «Gli studi condotti - si legge nel dossier - riportano una serie di effetti collaterali legati principalmente all'utilizzo delle prostaglandine: il dolore di tipo crampiforme che può variare da nulla a forte e aumenta in prossimità dell'espulsione, riducendosi nettamente subito dopo. Poi nausea (34-72%), vomito (12-41%) e diarrea (3-26%). Il sanguinamento, massimo al momento dell'espulsione, è variabile per quantità e durata, con perdite ematiche che persistono per almeno una settimana e, in forma ridotta, anche più a lungo. Le complicanze severe sono rare e riconducibili al sanguinamento importante con necessità di emostasi chirurgica (0,36-0,71%)».

Per i detrattori della RU486 i dati sulle morti, così come quelli sugli effetti collaterali, giustificherebbero il divieto di utilizzo della pillola. I sostenitori dell'utilizzo del farmaco ribadiscono, invece, la sua sicurezza, in quanto in tutto questo tempo le complicanze gravi sono state rarissime. A detta dei pro-Ru486 addirittura inferiori a quelle che seguono un qualsiasi intervento chirurgico.



## Come funziona la RU-486

**Fecondazione**

**Embrione**

**Utero**

**Mucosa**

**Ovulo**

**Ovaia**

Provoca il distacco dell'embrione già impiantato nell'utero

Centimetri LA STAMPA

**Il controllo**  
Dopo circa 10-14 giorni la donna torna in ospedale per il controllo

**Le dimissioni**  
Dopo l'aborto, la donna viene dimessa dall'ospedale

**L'attesa**  
Trascorse 24-36 ore, se non è avvenuta l'espulsione, viene somministrata una seconda pillola contenente prostaglandina

**L'ecografia**  
La donna si reca in ospedale dove viene effettuata un'ecografia che accerti lo stato di gravidanza

**Il medico**  
Il ginecologo dell'ospedale certifica che il feto non ha più di 7 settimane

**Il farmaco**  
Seguendo le procedure della legge 194, il medico ricovera la donna e le somministra una pillola contenente mifepristone

## **Stati Generali della Salute. Pani (Aifa): “Il modello di approvazione dei farmaci va cambiato”**

10-04-2014

Per il direttore generale dell’Aifa questo è “inevitabile” di fronte alle future prospettive della medicina, a partire dalla “complessità” e dalla “personalizzazione” delle cure. Per Pani il processo è già iniziato con la “licenza progressiva”. In vista anche un “sistema flessibile di rimborso progressivo” di una terapia.

“Non è la specie più forte a sopravvivere, né la più intelligente...è quella capace di adattarsi maggiormente al cambiamento”. La citazione delle parole di Charles Darwin riassume l’intervento del Direttore Generale dell’Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), Luca Pani, nel corso della sessione “Il futuro secondo Industria e Investitori” organizzata nell’ambito della giornata di chiusura di ieri degli Stati Generali della Salute.

La sessione ha ospitato un confronto a tutto campo sui modelli di accesso alle nuove terapie tra i diversi del panorama farmaceutico, dall’accademia all’industria, dagli enti regolatori ai pazienti, dagli investitori ai sistemi sanitari.

“Il tema di cui dobbiamo avere consapevolezza - ha dichiarato Pani - è che il cambiamento è già qui, su questo non possiamo più avere alcun dubbio. Siamo di fronte a un cambio di paradigma che interessa il mondo della ricerca, quello della tecnologia e, di conseguenza, ha un impatto profondo anche sulla valutazione e approvazione dei farmaci”.

“Complessità e personalizzazione - ha proseguito il direttore generale dell’Aifa - sono le due parole chiave, gli indicatori necessari per individuare la strada da intraprendere. Da un lato abbiamo obiettivi sempre più mirati, pensiamo alla medicina personalizzata, alle terapie avanzate ed ai farmaci per le malattie rare; dall’altro la complessità rappresentata dai big data, una possibilità inimmaginabile solo 10 anni fa, come nel caso del genoma umano, che ci pone di fronte a nuove possibili criticità, come la capacità tecnica e di analisi”.

“Per gestire la complessità – secondo Pani - sarà inevitabile ripensare l’attuale modello di approvazione dei medicinali e passare a nuovi paradigmi. L’adaptive licensing o licenza progressiva ne è un esempio. Anticipando il processo di registrazione e limitandolo a una platea di pazienti con biomarcatori validati, possiamo monitorarli attraverso il sistema dei Registri, per acquisire il maggior numero possibile di dati real-life. In un futuro non troppo lontano potremmo considerare anche un sistema flessibile di rimborso progressivo, di adaptive reimbursement, in cui i dati di efficacia e sicurezza, con una profilazione dettagliata al livello-paziente, potranno contribuire a determinare un range, non più un valore fisso, di rimborso della terapia”.

Il Direttore Generale dell’Aifa ha poi sottolineato il “grido di aiuto” che ogni agenzia regolatoria è costretta a lanciare di fronte alla globalizzazione, un processo che, secondo Pani, “ha riscritto le regole del gioco e spinge verso la creazione di network internazionali ancora più ampi di quelli esistenti attualmente per rinforzare la collaborazione”.

## **SALUTE: UE, CON APP SU SMARTPHONE RISPARMI PER QUASI 100 MLD**

(ANSA) - BRUXELLES, 10 APR - Risparmi che potrebbero raggiungere quota quasi 100 miliardi di euro per il sistema sanitario tra appena tre anni, nel 2017. Sono quelli che potrebbero venire dalle 'app' per la salute installate sugli smartphone, che oggi sono già quasi 100mila disponibili su varie piattaforme tra cui iTunes, Google Play, Windows Marketplace e BlackBerry World. E' quanto prevede la Commissione Ue, che ha lanciato una consultazione pubblica sulla mHealth, ovvero la sanità mobile sul cellulare. Secondo i dati citati da Bruxelles, questa prenderà sempre più piede a livello globale tanto che entro il 2017 si prevede che saranno ben 3,4 miliardi le persone con uno smartphone e di cui la metà faranno uso di app di sanità mobile. Per esempio, con un'applicazione sullo smartphone si possono misurare i parametri vitali come la pressione, controllare le somministrazioni di insulina per i diabetici, guidare i regimi alimentari, ricordare ai pazienti di assumere farmaci e così via. La mHealth permette quindi un maggiore monitoraggio della salute dando allo stesso tempo più autonomia al paziente gravando meno sul sistema sanitario, facilitando anche la prevenzione e aprendo un mercato per start up e servizi innovativi. La consultazione lanciata da Bruxelles, rivolta in particolare ad associazioni di consumatori e pazienti, operatori sanitari, ospedali e altre strutture, autorità pubbliche, sviluppatori di app, fornitori di servizi di telecomunicazione, produttori di dispositivi mobili, resterà aperta sino al 3 luglio. Ci sono infatti da affrontare questioni come la sicurezza delle app, l'uso dei loro dati e la privacy, l'assenza di interoperabilità tra le soluzioni disponibili, la scarsa conoscenza della normativa applicabile in questo nuovo campo.(ANSA).

# Torino, donna muore dopo l'aborto con la pillola

Primo caso in Italia. I medici: "Negli esami non c'erano anomalie"

**MARCO ACCOSSATO**  
TORINO

Una donna di 37 anni è morta, all'ospedale Martini di Torino, subito dopo un'interruzione volontaria di gravidanza con la pillola Ru486. Se l'autopsia confermerà oggi quelli che sono i primi sospetti dei medici, si tratta del primo caso in Italia, mentre negli Stati Uniti si contano almeno già otto vittime della cosiddetta pillola dell'aborto.

La tragedia risale all'altra sera. La donna, madre di un altro bambino, aveva deciso per l'interruzione di gravidanza e il 4 aprile le era stato somministrato mifepristone, la sostanza che entro 48 ore massimo ferma la gestazione. Due giorni dopo, mercoledì scorso, secondo quanto indicato nel protocollo, si è ripresentata in ospedale per la somministrazione dell'altro farmaco, la prostaglandina, che provoca le contrazioni uterine necessarie all'eliminazione della mucosa e dell'embrione.

In entrambi i casi la signora è stata visitata, sottoposta a ecografia, «e nulla di anomalo o sospetto è stato

mai rilevato», sottolineano in ospedale. Ma quattro ore dopo l'aborto e la somministrazione di un antidolorifico la signora ha chiesto aiuto: «Non riesco a respirare, manca l'aria». È stata portata in sala visita, le è stato fornito ossigeno, fatto un ecocardiogramma grazie al quale «è stata diagnosticata una fibrillazione ventricolare», cioè un'aritmia che scatena contrazioni irregolari del cuore.

La situazione è precipitata un istante dopo. Si ipotizza un trombo prodotto dalla fibrillazione. «La signora - conferma il dottor Paolo Simone, direttore sanitario dell'Asl To2 da cui dipende l'ospedale - ha perso improvvisamente conoscenza. Il cuore si è fermato, è stato necessario utilizzare il defibrillatore e il battito è ripreso». La situazione pareva arginata, la donna ha ripreso conoscenza, è stata portata in Rianimazione e collegata ai monitor. Alle 22,20, però, l'ha colpita e uccisa una nuova e più grave crisi: inutili i 25 minuti di nuovi tentativi disperati per far ripartire il cuore.

La direzione dell'ospedale Martini ha deciso di procedere con l'autopsia, prima ancora del possibile intervento del

la procura. La famiglia, immediatamente avvertita del dramma, per ora non ha sporto denuncia né contro un medico in particolare né contro ignoti, motivo per cui non c'è stato al momento sequestro delle cartelle cliniche della vittima. La direzione generale e quella sanitaria del Martini hanno chiesto e ottenuto una relazione dal medico che ha seguito la donna.

«Siamo sconvolti, e vicini alla famiglia della signora - dice sempre il direttore sanitario, Paolo Simone -. Anche per noi questa tragedia non ha una spiegazione. Ma possiamo garantire di aver rispettato fin dall'inizio il protocollo per l'interruzione di gravidanza col metodo farmacologico, così come possiamo garantire di aver fatto tutto ciò che era umanamente e professionalmente possibile anche nei due tentativi di soccorrere la signora, dopo le crisi respiratorie».

Stando alle informazioni sulla cartella clinica, la donna non soffriva di particolari patologie e non era quindi a rischio rispetto al metodo utilizzato per interrompere la gravidanza. La direzione dell'ospedale ha già incontrato al-

cuni dei familiari. E stata messa a disposizione del figlio una psicologa.

Soltanto l'autopsia potrà insomma far luce sulla vicenda. La donna, prima della decisione di sospendere la gravidanza scegliendo l'aborto farmacologico anziché quello chirurgico, era stata visitata dal ginecologo che non avrebbe dato parere contrario. Segno ulteriore che non c'erano timori evidenti di patologie che potessero esporla al pericolo.

Il Piemonte è la regione che - dopo l'Emilia Romagna - ha effettuato nel 2010-2011 più interruzioni volontarie di gravidanza con la Ru486. Proprio a Torino era esplosa la polemica sulle dimissioni delle pazienti tra la somministrazione del primo e quella del secondo farmaco: da evitare categoricamente, secondo il ministero della Salute, irrilevante sul fronte dei rischi secondo il dottor Silvio Viale, paladino e primo sperimentatore della Ru486. Nel caso della paziente vittima al Martini, «tra la somministrazione del mifepristone e quella delle prostaglandine non ha segnalato ai medici alcun disturbo». Cosa che purtroppo rende ancora più misteriosa questa tragica fine in ospedale.

**Prima crisi a 4 ore dalla somministrazione**

**In serata il cuore si ferma definitivamente**

**La famiglia non ha sporto denuncia, l'ospedale ha disposto comunque l'autopsia**

**Il direttore sanitario**

**La speranza**

La signora ha perso improvvisamente conoscenza. Ma poi il battito era ripreso.

**Il dolore**

Siamo sconvolti e vicini alla famiglia. Anche per noi questa tragedia non ha spiegazione.

**Le regole**

Possiamo garantire di aver rispettato il protocollo per l'aborto fin dall'inizio.



10-04-2014

## **TUMORI: SE PRESENTE MUTAZIONE UTILE ABBASSARE LIVELLI RAME**

(AGI) - Londra, 10 apr. - L'abbassamento dei livelli di rame potrebbe essere una strategia utile per il trattamento dei tumori caratterizzati da una mutazione comune nell'oncogene BRAF (BRAFFV600E). Lo rivela un nuovo studio pubblicato sulla rivista Nature che ha scoperto, attraverso esperimenti effettuati su topi e cellule, che il rame e' necessario per la segnalazione e la crescita di questi tumori. In particolare, la ricerca ha dimostrato che il rame si lega ad una specifica proteina nel percorso di segnalazione BRAFFV600E per favorire la crescita del cancro. La distruzione genetica della captazione del rame riesce a ridurre la proliferazione tumorale guidata dal BRAFFV600E nei topi. I chelanti del rame - agenti utilizzati per trattare le patologie da eccesso di rame, come la malattia di Wilson o degenerazione epatolenticolare - riducono la crescita delle cellule tumorali BRAFFV600E, incluse quelle resistenti agli inibitori BRAF. I chelanti del rame che sono gia' sfruttati per altre condizioni potrebbero essere utili al trattamento non solo dei tumori con BRAF mutato ma anche di quelli che hanno sviluppato resistenza agli inibitori. Lo studio e' stato condotto da Chris Counter del Duke University Medical Center.

<http://scm.agi.it/index.phtml>

# quotidianosanita.it

Giovedì 10 APRILE 2014

## L'infarto è causato anche da denti e gengive poco curati?

***Una frequentazione regolare dal dentista potrebbe un giorno rivelarsi preziosa anche per difendersi dall'infarto. E' ancora presto per dirlo, ma STABILITY, un ampio studio di popolazione condotto su oltre quindicimila pazienti sembra indicare una stretta correlazione tra parodontopatie e malattia coronarica.***

Le parodontopatie potrebbero presto essere etichettate come il prossimo fattore di rischio per malattie cardiovascolari. La notizia viene dallo studio STABILITY, pubblicato su *European Journal of Preventive Cardiology*\*. Oltre 15 mila pazienti con coronaropatia cronica sono stati chiamati a dare informazioni sulle condizioni dei loro denti e gengive; il risultato è stato che gli indicatori di parodontopatia (pochi denti residui, gengive sanguinanti) sono associati a vari fattori di rischio cardiovascolari biologici e socioeconomici.

Di converso, una bassa prevalenza di segni di parodontopatia è risultata associata ad una scarsa presenza di fattori di rischio cardiovascolari, quali bassi livelli di glicemia, di colesterolo LDL, di pressione arteriosa sistolica e ad una minor ampiezza della circonferenza al punto vita. Anche diabete e abitudine al fumo di sigaretta risultano meno rappresentati tra i pazienti con più denti, che erano poi anche quelli con più elevato livello di istruzione ma anche di stress lavorativo e di consumo di alcolici. Lo studio STABILITY ha interessato 15.828 persone, arruolate presso 39 nazioni e tutte con cardiopatia ischemica cronica e almeno un ulteriore fattore di rischio cardiovascolare; ai partecipanti allo studio è stato chiesto di dare informazioni sullo stato della loro salute dentale, attraverso un questionario su stile di vita, numero di denti residui e presenza o meno di gengive sanguinanti; tutti sono stati inoltre sottoposti ad una visita medica e ad esami del sangue.

I risultati hanno mostrato un'elevata prevalenza di edentulia: il 16% riferiva edentulia totale, mentre il 41% aveva meno di 15 denti residui (dati questi che hanno sorpreso non poco gli autori dello studio); un paziente su 4 presentava inoltre sanguinamento gengivale nel lavarsi i denti. La prevalenza maggiore di edentulia e di parodontiti è stata riscontrata nei Paesi dell'Europa dell'Est; il 70% dei partecipanti inoltre si è dichiarato un ex fumatore o un fumatore ancora attivo.

Le analisi statistiche hanno evidenziato un'associazione significativa tra numero di denti mancanti e livello di colesterolo LDL, di pressione arteriosa sistolica, di glicemia a digiuno, nonché di ampiezza del giro vita. La maggior prevalenza di sanguinamento gengivale era invece associata ai più elevati valori di LDL e di pressione sistolica.

STABILITY è il più grande studio mai realizzato sull'argomento parodontopatie e cardiopatia ischemica; i suoi risultati evidenziano una maggior presenza di fattori di rischio cardiovascolari tra i pazienti maggiormente colpiti da edentulia e sanguinamento gengivale; per questo gli autori dello studio avanzano la proposta di cominciare a considerare lo stato di salute dei denti 'auto-riferito' dai pazienti, come un utile marcatore di rischio cardiovascolare. Le importanti variazioni regionali individuate dallo studio sono considerate dai ricercatori come il frutto di un complesso mix di fattori demografici, genetici e socioeconomici. Un basso livello di istruzione e l'abitudine al fumo risultano comunque fortemente correlati alle parodontiti, in maniera trasversale al fattore geografico.

“Il fatto che le parodontiti possano essere ritenute un fattore di rischio cardiovascolare indipendente –

afferma Ola Verdin, dell'Università di Uppsala (Svezia) e primo autore dello studio – è ancora una questione molto controversa. E dunque, allo stato attuale delle conoscenze è ancora presto per dire se un'igiene dentale rigorosa possa realmente rappresentare una strategia per ridurre il rischio cardiovascolare”.

*\*Vedin O, Hagström E, Gallup D, et al. Periodontal disease in patients with chronic coronary heart disease: Prevalence and association with cardiovascular risk factors. Eur J Prevent Cardiol 2014; DOI: 10.1177/2047487314530660*

**Maria Rita Montebelli**

## VENT'ANNI DELLO IEO

# Medicina e informazione contro i tabù della malattia

di **Andrea Biondi**

«Guardare simili cose in faccia richiede il coraggio di un domatore di leoni». Virginia Woolf non aveva avuto "paura" di scriverlo nel suo saggio *Sulla malattia* (prima stesura nel 1926 e seconda e definitiva nel 1930). Carlo Emilio Gadda parlava di male «immedicato» nella sua *Cognizione del dolore*. Due esempi - questi tratti dalla letteratura e citati dal rettore dello Iulm, Giovanni Puglisi - che testimoniano plasticamente come della malattia, sia fin troppo arduo parlare. Il rischio però è scadere nell'ignoranza e nei tabù, nemici mortali della conoscenza e della prevenzione.

Su "Media e cancro" invece, in occasione dei 20 anni dell'Istituto Europeo di Oncologia, protagonisti del mondo scientifico e del mondo dell'informazione ieri a Milano hanno voluto confrontarsi in modo schietto, diretto, affrontando di petto un argomento che colpisce nel profondo tanta, anche troppa gente. A Umberto Veronesi - che dello Ieo è stato fondatore e ora ne è direttore scientifico, affiancato dai condirettori Pier Giuseppe Pelicci e Roberto Orecchia - basta mettere sul tavolo i numeri: «Oggi si ammala di tumore un italiano su tre; 50 anni fa si ammalava uno su 30. Questa è una malattia epidemica, stravolgente». Era il 1981 quando «un articolo in prima pagina sul New York Times cambiò la storia del cancro al seno. Parlava - aggiunge Veronesi - di un mio intervento mini-invasivo che senza quel pezzo sarebbe rimasto una pubblicazione dimenticata nel cassetto». E invece Veronesi, come i direttori delle testate che hanno partecipato al dibattito, guarda come a una grande conquista il fatto che siano lontani i tempi in cui il "male" non si poteva neanche nominare. Anche perché nonostante l'aumento dei casi di cancro «da 15 anni la mortalità è in costante calo e oggi curiamo il 60-65 per cento dei malati». Non solo: «Il 30% delle pazienti che operiamo allo Ieo hanno un tumore al seno occulto non ancora palpabile, scoperto grazie agli screening». Ecco che la giusta conoscenza diventa un fattore essenziale. Come decisiva diventa la

capacità di saper parlare con coscienza, ma anche con cognizione scientifica, di argomenti che toccano le corde più profonde dell'animo umano. Del resto, se la scienza oncologica ha fatto progressi straordinari negli ultimi decenni, senza un cambio della cultura della malattia - ancora segnata dalla rimozione e dalla paura - molti degli sforzi rimarranno vani. «L'informazione deve avere una solida base scientifica e deve sfruttare come moltiplicatore le possibilità che la tecnologia offre attraverso il digitale», ha fatto presente il direttore del Sole 24 Ore Roberto Napolitano. «Non è vero - ha poi aggiunto - che in questo Paese non si fa ricerca e innovazione. Quel che è vero è che non si incentiva fiscalmente chi lo fa. Non dimentichiamo che viviamo in un Paese in cui per metà la Sanità è commissariata. E anche qui bisogna cambiare in profondità».

In questo quadro, se è vero che il ruolo dei media è essenziale per la conoscenza, è altrettanto vero che si tratta di un ruolo il cui peso è da far tremare i polsi. Mario Calabresi, direttore de La Stampa, cita il caso Stamina. «Lei vuole togliere le speranze ai malati?» si è sentito domandare dopo le sue critiche e i suoi dubbi su una vicenda approdata poi nelle aule di tribunale. Lo stesso Calabresi ricorda ai tempi di Repubblica l'intervista «in cui Silvio Berlusconi parlava del tumore che lo aveva colpito. Accettò di concedermela solo a patto che non usassimo la parola cancro in prima pagina». Il cancro «si vince se si acchiappa il suo fantasma» ha spiegato dal canto suo Ezio Mauro, direttore di Repubblica. C'è un tabù, ha aggiunto, «ma bisogna sconfiggerlo con uno sforzo di fiducia» confidando sempre nel ruolo dei giornali, che è quello «di trasformare i lettori in cittadini», con una coscienza critica e civile. Monica Maggioni, direttore di Rainews 24, ha concordato sul fatto che «oggi la scienza in Italia è poco amata forse perché è poco raccontata». Sarah Varetto, direttore di Sky Tg24, ha messo dal canto suo in evidenza la necessità di arrivare a parlare di argomenti come il cancro e la malattia, puntando «sulla rivoluzione dei linguaggi», oggi più che mai possibile.

© RI PRODUZIONE RISERVATA



# Che affari con quei virus!

**Q**uando uno mi sta sul ... deve crepare!», diceva la virologa Ilaria Capua parlando di una ditta farmaceutica che criticava la sua invenzione, il "Diva", la prima strategia di vaccinazione contro l'influenza aviaria. L'inchiesta dei pm di Roma in cui la veterinaria, oggi deputata di Scelta Civica, è coinvolta insieme al marito e altre 36 persone, accusati a vario titolo di associazione per delinquere, traffico di virus e corruzione, mette in risalto affari e conflitti di interessi celati dietro emergenze sanitarie e quanto l'aviaria abbia arricchito Big Pharma.

Le conversazioni registrate dai Nas dei carabinieri svelano, fra i tantissimi episodi, gli interventi di Capua sulla Intervet, filiale italiana di un colosso dei farmaci veterinari. I vertici di Intervet si erano mostrati critici sull'efficacia del sistema Diva. Ma la signora dei virus gli avrebbe fatto sapere che nell'Istituto zooprofilattico di Padova era in corso un esperimento su un vaccino prodotto da Intervet: il marchio però sarebbe stato menzionato nel suo studio solo se i responsabili della casa farmaceutica avessero assecondato le sue richieste, tra le quali quella di rivalutare il test Diva. E parlarne bene. E ai manager avrebbe fatto arrivare un messaggio chiaro attraverso un intermediario: «Lei non è una persona che si compra con quattro lire».

Il ruolo principale in questa inchiesta lo riveste Paolo Candoli, manager della multinazionale Merial, l'uomo al quale venivano aperte le porte del ministero della Sanità per ottenere autorizzazioni. La conoscenza di Candoli con Capua è riconosciuta dalla stessa virologa che l'ha confermata a "L'Espresso". È lui infatti il manager delegato dalla sua ditta a parlare con lei. In particolare quando la Merial è alla ricerca di ceppi virali con i quali avviare la produzione di vaccini, prima ancora di ricevere l'autorizzazione del ministero. Uno dei colleghi della virologa, Stefano Marangon, anche lui indagato, avvisa Candoli due mesi prima del varo del programma di vaccinazione. Un mo-

**Soldi, interessi, giochi di potere... Intercettati, medici e manager parlano di aviaria e provette come di un grande business. E i pm indagano ancora**

DI LIRIO ABBATE

do per avvantaggiarlo sulla concorrenza. «Ho parlato con la Capua, non è escluso che lei ce l'abbia, cioè sai cosa fa quella lì comunque?», dice Candoli a una collega parlando di un ceppo virale. «Sicuramente se lo fa mandare lei e poi ce lo rivende a noi». Poi aggiunge: «Putroppo con la Capua... c'è da pensare di seguire... di dar da mangiare alla scimmia».

Il manager della Merial si rivolge alla virologa anche su indicazione di Marangon, perché lei è la responsabile del Centro di referenza nazionale per l'influenza aviaria e quindi è nella possibilità di sapere con certezza con quale ceppo virale si preparerà il nuovo vaccino. Nello stesso tempo è una delle poche persone che in ambi-

to internazionale ha la possibilità di farsi inviare, in breve tempo, un ceppo virale da altri istituti «senza la prescritta autorizzazione ministeriale».

Quando i Nas arrivano nell'istituto per sequestrare un vaccino che non avrebbe avuto le carte in regola per entrare in commercio, e viene coinvolta la Capua, lei inizia a preoccuparsi dell'indagine. Il padre, stimato avvocato di Roma, le raccomanda espressamente di non fare riferimento alcuno al contratto stipulato con la Merial per lo sfruttamento del brevetto Diva. Ilaria Capua sostiene che «la vicenda dell'influenza aviaria è una storia molto complicata e anche se sono stata intercettata, le carte dimostreranno che è stato fatto tutto alla luce del sole».

Da una delle registrazioni emerge uno spaccato degli interessi in ballo. Parla alla madre della proposta di lavoro ricevuta da una fondazione della Florida e osserva che «sarebbe un problema perché la fondazione non ha finalità commerciali» mentre, al contrario, in quel periodo lei ha una parte attiva e ha «una buona attività commerciale per la vendita dei reagenti diagnostici che le consentono di guadagnare in un anno ben 700 mila euro». Per gli investigatori questa affermazione farebbe riferimento ai ricavi che Capua, insieme a Marangon e Giovanni Cattoli, stavano ottenendo dalla vendita del test Diva, per il quale è stato stipulato un contratto con le ditte Merial, Fort Dodge, e Paesi stranieri. ■



CONTROLLI NEGLI ALLEVAMENTI PER L'INFLUENZA AVIARIA. SOPRA: LA COPERTINA DE "L'ESPRESSO"

**INTERVISTA**



## Giannini: bonus da 600 milioni per assumere ricercatori in azienda

Eugenio Bruno ▶ pagina 9

«Una commissione nazionale deve valutare tutto l'anno i candidati, poi gli atenei fanno il reclutamento»

**ALLA GUIDA DEL MIUR**

**Ex rettore**

Nata a Lucca, ordinaria di Glottologia e linguistica, Stefania Giannini è stata dal 2004 al 2012 rettore dell'università per stranieri di Perugia. È il terzo rettore consecutivo chiamato alla guida del Miur dopo Francesco Profumo e Maria Chiara Carrozza



## Le vie della ripresa

INTERVISTA AL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE

**Horizon 2020**

«Dovremo concentrare le risorse su pochi grandi progetti e sulle reti infrastrutturali»

**I fondi nazionali**

«Contiamo di avere a disposizione un centinaio di milioni per i progetti Prin»

# Nuovo bonus ricerca da 600 milioni

Giannini: «Servirà ad assumere ricercatori nelle imprese - L'abilitazione dei docenti cambierà»

**Eugenio Bruno**  
ROMA

«Per la prima volta negli ultimi anni si affrontano le crisi strutturali del nostro Paese con riforme strutturali ed è con questo patrimonio di maggiore credibilità e affidabilità che il nostro governo si presenta in Europa». È lo sfondo su cui il ministro Stefania Giannini colloca le azioni che l'esecutivo ha elencato martedì scorso nel Def e che vanno ora tramutate in atti concreti. Uno per ogni capitolo che blocca l'Italia: il lavoro, il fisco, la Pa. Ma anche l'istruzione, l'università e la ricerca che rappresentano la ragione sociale del suo dicastero. Che per la terza volta consecutiva viene affidato a un rettore. Anche se, a sentire la diretta interessata, non mancheranno i segnali di discontinuità con i suoi predecessori. Ad esempio sull'abilitazione nazionale che ha i mesi contati e sul credito d'imposta da 600 milioni per l'assunzione dei ricercatori nelle imprese.

Partiamo dalla ricerca. Maria Chiara Carrozza aveva presentato un piano nazionale con le linee guida per i prossimi sette an-

**ni. Lo cambierete?**

Credo che sia necessario adeguarlo alle priorità di questo governo. Anche se in ampia misura coincidono con quello precedente, in alcuni settori come la ricerca industriale e il collegamento con la ricerca pura il piano va delineato meglio. Ad esempio sul ruolo dei dottorati industriali che stiamo studiando con Confindustria.

**Conferma che ci sarà un nuovo credito d'imposta da 600 milioni per l'assunzione dei ricercatori nelle imprese?**

È una misura che questo governo varerà a breve. Anche se non abbiamo ancora discusso di un budget specifico il presidente Renzi lo ha già annunciato. Si tratta di uno strumento fondamentale per far sì che università, centri di ricerca e industria dialoghino e diano un patrimonio di innovazione e brevetti allo sviluppo del Paese.

**Quando arriverà?**

A breve. Sicuramente entro l'estate.

**Lunedì ha presentato il nuovo programma europeo per la ricerca Horizon 2020. Con i suoi 79 miliardi è un treno che non possiamo perdere...**

Più che un treno è un Concor-

de. Anche se non tutte le risorse andranno all'Italia abbiamo l'ambizione di collegarlo al capitolo dei fondi strutturali che per il nostro Paese valgono 29 miliardi. Ci serviranno a fare massa critica nella ricerca scientifica e in quella umanistica. Dovremo concentrare le risorse su pochi grandi progetti e sviluppare le reti infrastrutturali.

**Negli ultimi anni le risorse nazionali si sono ridotte all'osso. Si riuscirà a invertire la tendenza almeno per i Prin o per il First?**

Sui Prin (i progetti di rilevante interesse nazionale, ndr) stiamo facendo i conti in questi giorni e contiamo di avere a disposizione un centinaio di milioni. Ma serve un piano strategico su cui ci sia l'impegno dell'intero governo. Posso dire che il Miur farà la sua parte insieme agli enti di ricerca per rispettare i tempi dei bandi però servirà un'interazione importante con altri ministeri. Come lo Sviluppo economico o la Difesa.

**Passiamo all'università. Da mesi è tornata nel mirino l'abilitazione nazionale. Prima le lettere, poi i ricorsi, ieri l'appello del Cun. Ma non è che torneremo ai concorsi locali?**

Più che tifare, anche motivatamente, per l'uno o per l'altro sistema dobbiamo puntare a un modello continuo e trasparente di valutazione dei docenti universitari che consenta un flusso di reclutamento regolare da parte degli atenei. Se un sistema si blocca per questo o quel motivo vuol dire che qualche difetto di fondo c'è. In 20 anni abbiamo cambiato cinque sistemi nazionali e mi chiedo se questo gioco dell'oca in cui si torna sempre al punto di partenza abbia un senso.

**Quali modifiche propone?**

La mia visione, ancora da approfondire con altri, è che dopo la seconda tornata di abilitazione nazionale si semplifichi la procedura. Facciamo come gli spagnoli. Serve una commissione nazionale che si assuma le sue responsabilità e valuti tutto l'anno i candidati. Riunendosi ogni quattro, cinque o sei mesi e giudicando i curricula. Dopo che si è arrivati a una lista trasparente di abilitati il reclutamento lo fa l'ateneo. Poi tocca al ministero, sulla base dei parametri dell'Anvur, valutare e post gli atenei e riconoscere o meno su base premiale una parte sempre più cospicua del finanziamento pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA