

Rassegna del 06/04/2010

CORRIERE FIORENTINO - La Ru486 negli ospedali. E' scontro sul ricovero - Bonciani-Gaggioli	1
CORRIERE FIORENTINO - La fede, le leggi e la banalizzazione che ci assedia - Carrai Marco	3
CORRIERE FIORENTINO - La mia sfida: far diminuire gli aborti - Rossi Enrico	4
CORRIERE FIORENTINO - le donne, la libertà e i pericoli dell'ipocrisia - P.E.	5

Il caso della pillola Ru486

LO SCONTRO

Il ricovero che divide

di ALESSIO GAGGIOLI

Ricovero coatto o day hospital? Medici e politici divisi, nonostante la 194 e le linee guida.

A PAGINA 2

La Ru486 negli ospedali E' scontro sul ricovero

Rossi: nessuna imposizione possibile, medico e paziente decidono liberamente
La sottosegretaria: va usata solo nelle strutture sanitarie, le Regioni si adeguino

«Nessuno, né un medico, né tanto meno un assessore o un presidente di Regione, può nel nostro Paese imporre un ricovero coatto», tantomeno il day hospital: è il medico, assieme alla paziente, a decidere. È questo uno dei passaggi più importanti della lettera inviata al Corriere Fiorentino dal neopresidente della Toscana ed ex assessore regionale alla sanità Enrico Rossi, scritta dopo la richiesta dei Radicali alla Regione di somministrare la pillola abortiva in regime di day hospital. Una richiesta partita perché, dicono i Radicali, la Ru486 è arrivata in Toscana già dal 2005, ma viene utilizzata pochissimo rispetto all'aborto chirurgico (una percentuale davvero irrisoria, circa il 2,5%) perché anche nelle linee guida toscane viene suggerito un ricovero di tre giorni. Da una parte i Radicali e dall'altra le critiche a quegli ospedali che si sono affrettati ad accaparrarsi la Ru486 «come se fosse una corsa», ha detto l'onorevole del Pdl Gabriele Toccafondi.

In mezzo le linee guida elaborate dal Consiglio superiore di sanità, che suggeriscono alle Regioni di somministrare la pillola abortiva solo in ospedale indicando, come già aveva fatto la Toscana anni fa, tre giorni di ricovero salvo complicazioni, in linea con quanto sancisce la legge 1994 che prevede (dal 1978) che l'interruzione di gravidanza venga eseguita in una struttura ospedaliera, senza alcuna forma possibile di interpretazione, una norma che voleva sconfinare gli aborti clandestini. Le linee guida, sia quelle del Ministero che quelle regionali, sono raccomandazioni di comportamento rivolte ai medici che decidono di applicarle caso per caso, in piena responsabilità.

Rossi ha ribadito che in Toscana la somministrazione della pillola avviene all'interno degli ospedali, ma che nessuno può imporre al medico o alla donna il ricovero co-

atto. «Dal punto di vista della sicurezza, invece, il recente parere del Consiglio superiore di sanità — sottolinea il sottosegretario al ministero della Salute Eugenia Roccella —, delineando un profilo di maggiore rischio per chi abortisce con la pillola rispetto a chi segue il metodo chirurgico, ha concluso indicando la necessità di un ricovero ospedaliero ordinario. Il ministro Pazio ha notificato il parere alle Regioni, chiedendo loro di adeguarsi». Chi deciderà di seguire comportamenti difforni «dovrà motivarli», conclude il sottosegretario.

Il presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Antonio Panti è d'accordo con Rossi: «In Italia l'unico caso di ricovero coatto è il trattamento sanitario obbligatorio per le persone pericolose. Deve essere un ospedale pubblico a ricoverare la donna in partenza; dopo aver assunto la pillola l'espulsione può avvenire entro sei ore. Poi, caso per caso, sono il medico e la paziente a decidere il proseguo di questa vicenda, che può esaurirsi in poche ore come in alcuni giorni. Noi, come Consiglio sanitario regionale, abbiamo suggerito il ricovero ordinario — continua Panti —. Si sta facendo un baillame per nulla, perché non esiste nemmeno l'obbligo del day hospital. Su questi temi la politica deve restare in disparte, altrimenti si intimidisce il soggetto più debole, che è la donna». Le linee guida ci sono, c'è la legge, la

194, e poi c'è la realtà. Quella Toscana dice che la pillola abortiva non viene utilizzata che pochissime volte, e che nella stragrande maggioranza dei casi le donne che hanno assunto la Ru486 in questi anni hanno quasi sempre firmato per lasciare la struttura ospedaliera anzitempo. «Le linee guida che prevedono l'ospedalizzazione vanno applicate alla stessa maniera in tutta Italia — dice Anna Maria Celesti, consi-

gliera regionale uscente del Pdl, ginecologa — la Ru486 induce l'espulsione del feto e può avere effetti collaterali gravi, con emorragie pericolose: la donna non può essere lasciata a casa. Il percorso per abortire dura 24-48 ore e la paziente lo sente tutto. Come per il parto, o per l'aborto chirurgico, l'ospedale si deve fare carico della donna e seguirlo per tutto il tempo, e credo che servirebbe al suo fianco anche un'ostetrica». Celesti dà ragione a Rossi «quando dice non si può imporre il ricovero coatto, ma non quando afferma che il ricovero ordinario può non servire: l'interesse della donna è prioritario, non può essere abbandonata, e non si può guardare ai costi che comporta un ricovero».

La sfida di Rossi, spiega il governatore nella sua lettera, è quella di far diminuire gli aborti che in Toscana, dice, tra il 2007 e il 2008 sono calati del 5,1%. Questo non riguarda le interruzioni di gravidanza tra le donne immigrate. «È il vero problema — sottolinea Panti — per questo servono politiche di aiuto alla donna incinta». «In Toscana sono troppe le donne immigrate che ricorrono all'interruzione di gravidanza come fosse un contraccettivo — continua Celesti —, dobbiamo trovare il modo di fare prevenzione, di "intercettare" i loro bisogni prima che arrivino in ospedale. Per questo la 194 va pienamente attuata, dando ai consultori quella multidisciplinarietà prevista dalla norma, con psicologi, avvocati, con tutto il personale che possa rimuovere i fattori che inducono una donna ad abortire e che, nel 99% dei casi, sono sociali, non sanitari».

Mauro Bonciani
Alessio Gaggioli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le linee guida del Consiglio superiore di sanità

L'interruzione di gravidanza farmacologica deve avvenire in regime di **ricovero ordinario**, dal momento dell'assunzione della prima pillola fino all'aborto avvenuto. Se non subentrano complicazioni i **giorni di ricovero indicati sono tre**. Il primo giorno per la visita, la sottoscrizione del consenso informato, l'apertura della cartella clinica di ricovero ordinario e l'assunzione della prima pillola. Controlli clinici durante il secondo giorno. Terzo giorno assunzione di una seconda pillola e di una terza nel caso non si sia verificata l'espulsione del materiale abortivo. **Dimissioni** dopo un'ora di attesa

I dati regionali

PERIODO	INTERRUZIONI CON RU486	INTERRUZIONI TOTALI
dicembre 2005		
dicembre 2006	459	8.879
dicembre 2007	167	8.359
dicembre 2008	141	7.991
dicembre 2009	59	7.610
Totale	826	32.771



Cosa dice la legge 194/78

L'interruzione della gravidanza e' praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico **presso un ospedale** il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso **case di cura autorizzate dalla Regione**, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici

» | L'intervento/1

La fede, le leggi e la banalizzazione che ci assedia

Caro direttore, quello che stiamo vivendo è il tempo delle banalizzazioni. Neo governatori che come primo atto «giocano» con la pillola abortiva Ru486 (lo stesso nome della pillola sembra più uno dei cibi di Eta-Beta che il mezzo di un dramma umano, comunque la si pensi in fatto di aborto) facendone un caso di divisione sull'etica della *poiesis* che astrae dal dramma in esso contenuto ma cerca solo lo scoop (dando fiato peraltro a coloro che dalla parte opposta non aspettano altro che ricondurre un dramma umano a un mero esercizio di libertà, che in questo caso assume più i connotati di licenza); giornalisti che si «divertono» a tirare al piattello sui preti in una nemesi di medioevale memoria dimenticando che non si può fare di tutta un'erba un fascio; gerarchie ecclesiali che sembrano atte a «chiudere le stalle quando i buoi sono già scappati» e dimenticando quale sia la faccia stampata sulle monete, prestano il fianco a coloro che negli scandali tendono a creare un vortice che tutto risucchia.

Esse sembrano incuranti del fatto che, anche se è vero che le porte degli inferi non prevarranno sopra la Chiesa, è anche vero che quando il Figlio dell'Uomo tornerà sulla terra la grande domanda è se troverà ancora la Fede.

Nel giorno della Santa Pasqua l'esigenza sarebbe invece quella di chiamare le cose con il loro nome, di dare chiari segnali evangelici: sì e no. Date a Cesare quello che è di Cesare e a Dio quello che è di Dio. Le leggi dello Stato vanno rispettate, in più al credente è chiesto di sottostare alla legge più grande del Vangelo: inutile fare crociate legislative, meglio educare alle leggi dell'amore; meglio farsi riconoscere dal comportamento mediante il quale il mondo si accorge chi siano i figli di Dio. Comportiamoci da veri cristiani invece di pontificare per spot: sicuramen-

te i frutti saranno maggiori perché, questa è la fede dei cristiani, il mondo si accorgerà di noi e ci seguirà. Questo non vuol dire che la Chiesa deve stare inerme di fronte alle cose del mondo, ma vuol dire Misericordia più che condanna. Perdono che scaturisce dalla ferma presa di posizione sull'errore. Perdono non vuol dire coprire, perdono vuol dire scoprire.

La Chiesa non può aver paura della verità, perché nella Verità che rende liberi è impresso il fondamento della propria Fede. La Chiesa è chiamata a perdonare chi sbaglia ma non a coprire l'errore. Lo scandalo più grande sarebbe quello di non vedere, di chiudere gli occhi, perché darebbe fiato a colui che tenta, a colui che scredita, a colui che si diverte a che la Santa Istituzione di Dio soffra. La croce, scandalo per i giudei e stoltezza per i pagani, è il fondamento su cui la Chiesa riscatta l'umanità. La Chiesa sa che dopo la croce c'è la risurrezione. La Chiesa non deve considerare la sua debolezza scandalo da coprire. «Lo "scandalo" e la "stoltezza" della Croce — ci ricorda il Papa — stanno proprio nel fatto che laddove sembra esserci solo fallimento, dolore, sconfitta, proprio lì c'è tutta la potenza dell'Amore sconfinato di Dio, perché la Croce è espressione di amore e l'amore è la vera potenza che si rivela proprio in questa apparente debolezza».

La Chiesa è inoltre chiamata dal supremo comandamento dell'Amore e farsi prossima a chi, in qualunque modo, abbia subito un'ingiustizia o un dramma. Così la Chiesa potrà mettere a tacere coloro che, malignamente ispirati, non si preoccupano tanto degli scandali per l'amore che nutrono nei confronti delle vittime ma per vedere soffrire un'istituzione intera che opera in tante parti del mondo per l'Amore. Questo chiedono tanti fedeli che soffrono in questo momento di smarrimento. Verità.

Marco Carrai

*Basta pontificare per spot,
comportiamoci da cristiani
veri: conviene a tutti*



Il caso della pillola Ru486

LA LETTERA

La mia sfida all'aborto

di ENRICO ROSSI*

Caro direttore,
non c'è aborto,
con o senza pillola, che
non lasci ferite.

CONTINUA A PAGINA 2

«LA MIA SFIDA: FAR DIMINUIRE GLI ABORTI»

Il dramma dell'aborto incide nel corpo e nello spirito delle donne e dell'intero «corpo» sociale, resiste a ogni banalizzazione. È pensando a questo che vorrei di nuovo mettere in risalto il continuo, tenace richiamo alla legge 194 che ha costituito in questi anni il motivo conduttore di ogni azione decisa dalla Regione Toscana. Una legge che è nata per la tutela sociale della maternità e con lo scopo di sottrarre l'aborto al buio della clandestinità, portandolo dentro il servizio sanitario, nell'ospedale che ha come missione la tutela della salute.

C'è una sola «corsa» in cui la Toscana si è impegnata, quella della diminuzione del numero degli aborti. I dati ci dicono che ci siamo riusciti, che gli aborti sono diminuiti, che siamo sulla strada giusta anche se possiamo e dobbiamo far meglio, come lei ha chiesto ieri. La Toscana è per la vita e aiuta le donne a scegliere la vita.

Nei nostri ospedali le interruzioni volontarie della gravidanza sono in diminuzione. Tra il 2007 e il 2008, dice la relazione annuale del Ministero della salute, la Toscana ha registrato un meno 5,1 per cento, contro una media nazionale di meno 4,1 per cento. Sappiamo che il 42 per cento delle donne che abortiscono sono straniere e che il dato peggiora ogni anno. Anche per affrontare questo problema abbiamo potenziato i consultori e siamo diventati la regione che coordina il progetto nazionale per la prevenzione dell'aborto tra le donne straniere. Il lavoro del Centro regionale sui gravi difetti congeniti ha permesso in pochi anni di abbattere di due terzi il ricorso all'aborto da parte delle donne i cui feti presentano malformazioni. Stiamo sostituendo le analisi di gravidanza che presentano un rischio abortivo, come l'amniocentesi, con tecniche meno

invasive. Sul versante sociale ho preso impegni, che intendo onorare da presidente, per il sostegno della famiglia e per assicurare davvero alle donne la libertà di scelta. Tra questi un bonus fino a duemila euro, sulla base del reddito, per le giovani famiglie che hanno un figlio.

Ma si continua a discutere di pillola, ricovero, day hospital, non ricovero. In Toscana si arriva al paradosso: mentre i radicali criticano un protocollo tecnico stilato dai migliori professionisti dei nostri servizi perché scoraggerebbe la libertà delle donne, il centrodestra denuncia una presunta «corsa» all'uso del farmaco, che i dati di fatto smentiscono.

La legge 194 prevede che l'interruzione della gravidanza sia praticata da un medico presso un ospedale. Le Linee guida prodotte dal Consiglio sanitario regionale della Toscana nel 2003, e tutt'ora, valide si attengono alla legge. Nessuno, né un medico né tanto meno un assessore o un presidente di Regione, può, nel nostro Paese, pensare di imporre in questa materia un ricovero coatto, un provvedimento, che esiste ma che è regolato da norme specifiche e per particolari e gravissime situazioni patologiche. Le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico a cui il medico è libero di attenersi, esercitando la propria professione in scienza e coscienza, in piena e personale responsabilità e in rapporto esclusivo con la libera determinazione del paziente.

A noi, alla politica e alla società nel suo complesso, sta il compito di agire sul punto sostanziale: far diminuire gli aborti. Questa è la sfida vera, la mia sfida.

Enrico Rossi

*presidente Regione Toscana



»» | L'intervento/2

Le donne, la libertà e i pericoli dell'ipocrisia

Caro direttore, con il consueto interesse ho letto il suo editoriale di sabato, apprezzandone il ragionare lucido e pacato su un tema delicato, quello della pillola Ru486, che invece è stato trattato in questi giorni con toni sopra le righe da autorità istituzionali e religiose.

Tuttavia, poiché non è per piaggeria che le esprime il mio apprezzamento, le scrivo per dissentire dal passaggio del suo editoriale che presenta come «grave» l'invito rivolto dai Radicali alla Regione affinché la somministrazione della suddetta pillola non sia legata al ricovero ospedaliero, dall'assunzione fino all'avvenuto aborto, come prevedono le linee guida. La questione infatti non è banale. Lo faceva presente molto bene il dottor Marchionni proprio

sul *Corriere Fiorentino* di ieri, dicendo: «Non capisco come si possa trattare una donna in ospedale quando decide di andarsene. Che non vuole essere dimessa, ma vuole dimettersi. Questo vale per qualunque cittadino paziente che è libero di uscire da una struttura ospedaliera assumendosene, naturalmente, la responsabilità».

La questione, ripeto, non è banale e nasconde l'ipocrisia di un governo e di una maggioranza che hanno tentato in ogni modo di bloccare l'adozione del farmaco, in nome di una ideologica lotta all'aborto, ma senza avere l'onestà di mettere in discussione la legge che regola l'interruzione di gravidanza. Così facendo la maggioranza evita di confrontarsi su un terreno che misurerebbe realmente la presa sull'opinione pubblica di posizioni come quelle brandite dai neopresidenti leghisti di Veneto e Piemonte, offre alla Chiesa il simulacro dell'imposizione di un ricovero che dovrebbe scoraggiare il ricorso alla Ru486 pur sapendo benissimo che tale imposizione, scusi il gioco di parole, non può essere imposta. Per questo non vedo che cosa ci sia di «grave» se c'è chi fa notare questa ipocrisia.

Al di là delle decisive questioni legislative, quello che non capisco, è l'ansia di chi crede che il non banalizzare il dramma dell'aborto passi

attraverso un ricovero ospedaliero. Quella inferta all'animo di chi opera una simile scelta è una ferita che non si rimargina. È un dolore che si rinnova ogni volta che la mente torna a ciò che si è legato per sempre a quei momenti. Mi si dirà che non per tutti è così e che invece per alcuni si tratta di una decisione da poter prendere con superficialità. Stento a crederlo, ma anche accettando questa tesi non capisco come possa un ricovero coatto rendere più sensibile un animo umano. Una violenza superflua a fin di bene? Mi spiace, ma è un'idea di civiltà che non posso condividere.

E se si può aggiungere una nota, che non è a margine, ma dovrebbe essere centrale, questo dibattito tutto, o quasi, al maschile fa avvertire in maniera lampante l'assen-

Il ricovero coatto violenza a fin di bene? È un'idea di civiltà che non condivido



za delle donne dal centro della scena politica di questo Paese. Mai come in questo momento ci sarebbe invece bisogno di sentire la loro di voce.

Tommaso Ciuffoletti

Caro Tommaso, nel caso della pillola Ru486 non si tratta di imporre un ricovero coatto, ma di rispettare la legge che fin dal 1978 prevede che l'aborto avvenga in ospedale, e non in un ambulatorio. Per quanto tempo una donna ci dovrà restare lasciamolo decidere a lei, insieme con i suoi medici. Ma mettere nero su bianco il principio che per abortire basta andare in corsia, prendere una-due-pastiglie e tornare a casa, rischia di produrre nuove banalizzazioni di una decisione che invece è drammatica. In qualunque forma. La testimonianza sull'uso della pillola abortiva pubblicata ieri dal *Giornale* vale più di ogni ragionamento. Già ieri abbiamo raccolto le voci di due donne importanti per questa nostra regione. Speriamo di ascoltarne molte altre.

(P.E.)



Rassegna del 06/04/2010

GENTE - Le regioni possono vietare la pillola abortiva Ru486? - Roccella Eugenia

1

DOMANDE & RISPOSTE**LE REGIONI POSSONO VIETARE LA PILLOLA ABORTIVA RU486 ?**

Il neo governatore del Piemonte Roberto Cota ha detto: «Lascero' la Ru486 nei magazzini». Altri presidenti sono d'accordo. Possono farlo?

Silvio Viale, il medico che l'ha sperimentata, mostra la Ru486.



Le Regioni hanno certamente un margine di autonomia per quanto riguarda l'ingresso di un farmaco nel loro territorio, dunque potrebbero rallentare l'arrivo della pillola Ru486 negli ospedali. È pur vero che esiste una legge sull'aborto e un prontuario dei farmaci nazionali cui le Regioni devono fare riferimento. La Ru486 è ufficialmente entrata nel nostro Paese, in quanto l'Agenzia italiana del farmaco ha completato tutto l'iter legislativo, ha stabilito il prezzo e autorizzato la messa in commercio. Il Consi-

glio Superiore di Sanità ha espresso un parere, adottando una linea di cautela, ribadendo l'obbligo del ricovero in ospedale. Ma molte Regioni hanno posizioni diverse in merito a questo farmaco e sono sorte perplessità sul protocollo da seguire. Per chiarire le incertezze, subito dopo Pasqua sarà istituito un tavolo per predisporre le linee guida per l'utilizzo e il monitoraggio della Ru486. È auspicabile che poi le Regioni trovino un accordo per assicurare un'uniformità sull'utilizzo della pillola nel territorio.



Risponde
**EUGENIA
ROCCELLA**
Sottosegretario
alla Salute

Tumori

Nuove tecniche ortopediche e nuovi farmaci aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita dei malati

Metastasi ossee non più morfina ci sono le cure

ANDREA PICCIOLI *

Il tessuto osseo è la vittima preferita e quasi esclusiva delle metastasi da neoplasia prostatica. Il loro trattamento, in pochi anni, è passato dalla sola somministrazione di oppiacei per contenere il dolore alle strategie per ricomporre la frattura patologica o, addirittura, prevenirne la formazione. Aumentando di molto la sopravvivenza e la qualità della vita di questi malati.

La terapia attuale del tumore prostatico ha incrementato la sopravvivenza dei pazienti, rendendo la chirurgia delle metastasi più importante. Essa serve a ridurre il dolore, a evitare le fratture patologiche, a conservare o ricostituire l'integrità ossea stabilizzando l'osso con sintesi o protesi, a conservare la funzione motoria permettendo una rapida riabilitazione e la continuazione del trattamento oncologico. Una frattura ossea è devastante per un paziente oncologico, ed è importante che questi malati siano valutati da un team multidisciplinare integrato: ortopedico oncologo, urologo, oncologo, radioterapista, radiologo esperto del-

l'apparato muscolo-scheletrico e fisiatra. Con un trattamento ortopedico più efficace è possibile intervenire prima che la frattura si determini, migliorando qualità e durata della vita. E' più facile stabilizzare un osso quando è ancora intatto, la riabilitazione sarà più breve e più facile.

I progressi nel campo dell'osteosintesi e della protesica hanno permesso all'ortopedico oncologo di affrontare la metastasi ossea in maniera sempre più completa e sicura, usando osteosintesi «semplici» come il chiodo bloccato o la placca singola pluriavvitata unita al cemento. Osteosintesi «complesse» e

Una frattura ossea è devastante per un paziente oncologico

«rinforzate» come chiodi bloccati e cemento o placca doppia contrapposta pluriavvitata con cemento. Infine l'avvento di protesi speciali da resezione oncologica con stelo cementato e mega-

protesi che offrono interventi ricostruttivi complessi e al tempo stesso più facili e più duraturi. I tumori metastatici che prediligono lo scheletro assiale, come il carcinoma della prostata, erano trattati con cure palliative. Nel corso delle ultime due decadi c'è stato un interesse crescente per il trattamento chirurgico di questi pazienti allo scopo di incrementare la mobilità, ridurre il dolore, preservare la funzione vescicale e intestinale. La chirurgia vertebrale sta progredendo molto, dalla vertebroplastica con iniezione di cemento percutanea in una vertebra, a quelle sempre più complesse con interventi per via anteriore o posteriore con stabilizzazione.

Le possibilità terapeutiche si sono recentemente arricchite con i bisfosfonati. Si inseriscono nella complessa interazione tra cellula neoplastica e tessuto osseo interferendo con il riassorbimento dell'osso ed anche con lo sviluppo stesso delle metastasi.

* Resp. ortopedia oncologica
CTO, Roma. Presidente
GLOSMI

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BIOTECNOLOGIE

A rischio il copyright sul genoma

Brenta a pag. 10

Il tribunale di New York invalida alcuni brevetti di Myriad sui geni del cancro

Genoma, copyright a rischio

L'accusa: la brevettabilità impedisce la ricerca

DI ANDREA BRENTA

Il settore delle biotecnologie potrebbe essere rivoluzionato da una decisione del tribunale federale di New York.

Lo scorso 30 marzo il giudice **Robert Sweet** ha infatti invalidato sette dei ventitré brevetti depositati dal laboratorio di biotecnologia Myriad genetics e dalla Fondazione per la ricerca dell'università dello Utah su Brca1 e Brca2, due geni le cui mutazioni sono associate alla presenza di un certo tipo di tumore al seno e alle ovaie.

Il procedimento contro l'ufficio americano dei brevetti e i due proprietari dei brevetti stessi era stato promosso nel maggio 2009 dalla potente Aclu, l'organizzazione statunitense per la difesa delle libertà pubbliche e dalla Public patent foundation, una associazione di giuristi a cui si erano unite associazioni di pazienti e un certo numero di sindacati di medici.

Secondo i querelanti, i due brevetti in questione violerebbero la Costituzione americana visto che si tratta di «prodotti della natura», come il sangue o l'aria che respiriamo, che non possono quindi essere depositati. Secondo l'Aclu, in particolare, la brevettabilità del genoma «impedisce a chiunque di

studiare, sperimentare o perfino osservare un gene, fatto che, in ragione del diritto di proprietà, ha per effetto globale quello di rallentare, limitare o bloccare la ricerca».

A essere tuttavia contestati sono in pratica i diritti esclusivi di Myriad a commercializzare test come Bracanalysis, in grado di scovare un cancro ereditario al seno e alle ovaie con tassi di successo rispettivamente dell'82% e del 44% dei casi, ma con un prezzo che raggiunge circa 2 mila euro. Secondo Aclu, le donne che desiderano acquistare un test meno caro o che comunque auspicano un controesame con un test differente non hanno, di fatto, libertà di scelta.

Quanto ai ricercatori, essi devono ottenere l'autorizzazione di Myriad per effettuare nuovi studi sui due geni.

Dal canto suo l'azienda in questione ritiene che il sapere e gli sforzi finanziari dispiegati per isolare il Dna giustificano la concessione di un brevetto. Myriad ha quindi rigettato la decisione del giudice Sweet e annunciato che ricorrerà in appello. Il numero uno dell'azienda, **Peter Meldrum**, si è detto convinto che la corte d'appello federale annullerà la sentenza e che questa non avrà alcun impatto sui conti del gruppo.

---© Riproduzione riservata---



Lei&Lui Medicina e Benessere

ROBERTO COLOMBO

«Il cancro al seno? si *previene* con un nuovo test delle urine»

di MAURIZIO MARIA FOSSATI

DAL TUMORE del seno oggi si guarisce, ma il pericolo può essere maggiormente allontanato con uno stile di vita 'su misura': mangiando cavoli, cavolfiori e cavolini di Bruxelles. E se si vuol sapere quanto si è a rischio, ora c'è un esame delle urine in grado di dirlo. Non poco, se consideriamo che nel mondo occidentale il cancro della mammella è il primo tumore femminile per numero di eventi tanto da essere considerato alla stregua di una vera e propria malattia sociale. In Italia, le nuove malate di cancro del seno sono oltre 40mila all'anno, ma fortunatamente nella stragrande maggioranza dei casi, grazie a controlli regolari e alla diagnosi precoce, è possibile sconfiggere il male. Chiediamo a Roberto Colombo (**nella foto**), direttore sanitario del centro analisi Fleming di Brescia, di illustrarci il nuovo esame:

«La medicina di laboratorio ha validato un nuovo test che dà un indice di rischio per il tumore della mammella. Si chiama Estramet e viene eseguito attraverso un

esame delle urine che va a dosare due metaboliti degli ormoni estrogeni: l'estrone 2 e l'estrone 16».

Perché viene presa in considerazione la loro presenza?

«Perché la stragrande maggioranza dei tumori del seno viene influenzata proprio dalla presenza di estrogeni. Infatti, le donne che hanno avuto mestruazioni molto precoci oppure l'arrivo della menopausa in età molto avanzata hanno un maggiore rischio di tumore della

mammella proprio perché hanno avuto una più prolungata presenza di estrogeni nell'organismo».

Ma l'influenza degli estrogeni è sempre negativa?

«No. Mentre l'estrone 16 favorisce l'insorgenza del tumore, l'estrone 2 protegge l'organismo femminile abbassando il rischio. E ogni donna ha un suo metabolismo individuale nella



produzione di questi due estrogeni. Così, quella che produce maggior quantità di estrone 16 avrà una maggiore predisposizione per il tumore della mammella rispetto a quella che ha la produzione sbilanciata a favore dell'estrone 2».

In che modo l'esame valuta il rischio tumore?

«L'indice di rischio viene individuato dal rapporto fra le quantità rilevate dei due estrogeni. In questo modo si offre una valutazione estremamente educativa. Un fattore di prevenzione primaria, che stimola ad adeguare lo stile di vita puntando a un'alimentazione che scongiuri l'insorgenza del tumore».

E cosa può abbassare il rischio tumore in tavola?

«Esiste una sostanza, l'indolo trecardinolo che può stimolare la produzione di estrone 2 e quindi abbassare il rischio di tumore del seno. Questa sostanza è contenuta principalmente nelle piante crucifere: cavolo, cavolfiore e cavolini di Bruxelles, ma la si può trovare anche in farmacia. Un esempio indicativo? L'alimentazione tradizionale di alcune regioni della Cina si basa proprio sulla minestra di cavoli. Ebbene, le donne di quelle regioni hanno un bassissimo tasso di tumore della mammella».

Questo nuovo test sulle urine è mutabile?

«No, purtroppo. Costa 80 euro».

Dove si può andare a farlo?

«Nei numerosi laboratori del Centro-nord Italia che fanno riferimento al Centro analisi Fleming di Brescia, presso la rete dei laboratori Fabre di Milano e provincia, al Centro Fleming Toscana di Firenze e presso il laboratorio del Centro diagnostico San Nicolò di Como».

CHI È

ROBERTO COLOMBO, nato a Milano nel 1951, dopo la laurea in Medicina e chirurgia all'Università Statale di Milano si specializza in Microbiologia medica e, all'Università di Pavia, in Patologia clinica. Dal 1993 al 2007 è stato direttore di laboratorio presso il Centro diagnostico italiano di Milano. Da tre anni è direttore sanitario del Centro analisi A. Fleming di Brescia.

Il Censis: meritocrazia a rovescio. Il primario Mannucci: poca trasparenza

Ricerca medica, beffa sui fondi

Milano al top della produzione, ma a Napoli più risorse

Pochi i soldi per la ricerca. Ma è quantomeno curioso che la loro distribuzione non sia proporzionale alla produttività dei ricercatori. Perché è un fatto che la facoltà di Medicina della Statale di Milano, prima in Italia per produttività scientifica stando alle rilevazioni del Censis, riceve finanziamenti infinitamente inferiori a quelli dell'Università Federico II di Napoli, che nella classifica nazionale occupa solo l'undicesimo posto.

Non sono solo i fondi i problemi della ricerca nel nostro Paese, dove i giovani promettenti ma demotivati finiscono per emigrare. I ricercatori, in Italia, sono la metà rispetto a quelli della Francia e un terzo rispetto ai tedeschi.

A PAGINA 4
Harari e Ravizza

Lo studio Napoli, all'undicesimo posto, premiata rispetto alla «virtuosa» Statale

Ricerca medica, Milano beffata È leader ma i fondi vanno a Sud

di SERGIO HARARI

A qualcuno deve essere sfuggito un segno di moltiplicazione al posto di una divisione: solo così si può spiegare la stravagante allocazione dei pochi finanziamenti per la ricerca bio-medica nel nostro Paese.

Sì, perché a guardare i dati sulla distribuzione dei finanziamenti pubblici alla ricerca delle facoltà mediche italiane si resta sconcertati: chi meno produce, scientificamente parlando, ha più finanziamenti, e viceversa; il contrario di quanto ci si aspetterebbe e di quello che avviene in tutti i paesi del mondo. Succede così che la facoltà di Medicina dell'Università Statale di Milano che,

secondo una valutazione *supper partes* del Censis, è al primo posto in Italia per produttività scientifica, riceve finanziamenti infinitamente inferiori all'Università Federico II di Napoli, che nella stessa classifica è all'undicesimo posto. O che la facoltà di Medicina dell'Università di Torino, al secondo posto nella valutazione Censis, riceve meno soldi della Sapienza di Roma; peccato che la Sapienza sia al tredicesimo posto italiano per produzione scientifica. E gli esempi potrebbero continuare.

Leggendo i dati, appare incredibile che i soldi sembrino essere distribuiti con un criterio preciso e meritocratico, ma inversamente proporzionale: tanto più a chi meno

fa. Le facoltà mediche del Centro-sud sono quasi sempre privilegiate: nei primi cinque posti per i finanziamenti dei così detti fondi Prin (fondi destinati alle università per il finanziamento dei Programmi di ricerca di interesse nazionale, gestiti dal ministero della Pubblica Istruzione) si collocano infatti le facoltà di Roma la Sapienza, Napoli Federico II, Roma Tor Vergata, Siena e Firenze, i cui risultati nella classifica Censis di attività scientifica non sono altrettanto lusinghieri. Ma, si sa, anche la scienza ha le sue lobby, i suoi partiti e i suoi equilibri. Il nostro Paese però non può permettersi questi lussi.

L'Italia investe in ricerca e innovazione (intesa global-

mente, per tutti i settori) poco più dell'1 per cento del Pil, e con questo dato è molto al di sotto della media Ue che è dell'1,9 per cento; il nostro Paese nella classifica europea degli investimenti di ricerca è il fanalino di coda, se-



guida da paesi come Estonia, Ungheria, Lituania e preceduta perfino da Lussemburgo, Repubblica Ceca, Slovenia. La spesa complessiva per la ricerca pubblica e privata è di 16 miliardi di euro contro i 60 miliardi della Germania, i 40 miliardi della Francia, i 30 dell'Inghilterra.

I ricercatori nel nostro Paese sono 92 mila, in Germania 255 mila, in Inghilterra 154 mila, in Francia 150 mila. Gli accordi europei siglati a Lisbona nel 2000 prevederebbero che, da quest'anno, il 3 per cento del Pil venisse destinato agli investimenti di ricerca, una quota neanche lontanamente immaginabile per l'Italia.

Che ci siano poi dei problemi nella distribuzione dei fondi, anche per ciò che riguarda gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (200 milioni di euro all'anno per tutto il Paese, una cifra risibile), lo ha sottolineato anche Ferruccio Bonino nella relazione conclusiva del suo mandato di direttore scientifico del Policlinico di Milano.

I soldi per la ricerca sono pochi, i problemi sono molti, i giovani migliori sono demotivati ed emigrano; cerchiamo allora, con coscienza, rigore e trasparenza di valorizzare al meglio le risorse e le professionalità disponibili, o l'Italia non avrà futuro.

sharari@hotmail.it

Meritocrazia a rovescio

Secondo il Censis il Centro-sud riceve finanziamenti inversamente alla produzione scientifica

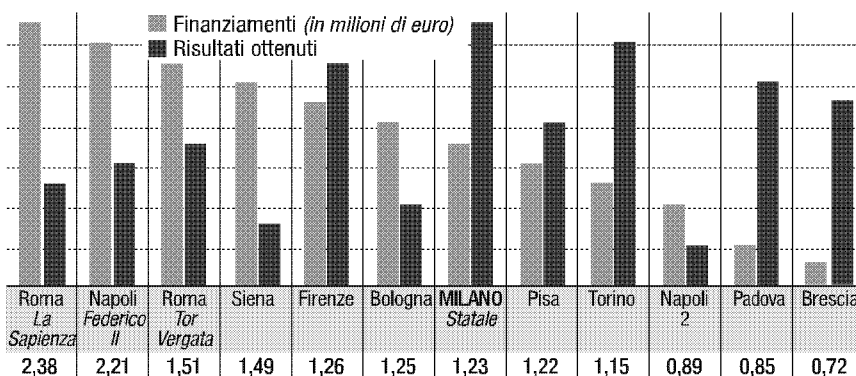
Spesa per la ricerca nei paesi Ue

(2007 in % del Pil)

Svezia	3,6
Finlandia	3,5
Danimarca	2,6
Austria	2,5
Germania	2,5
Francia	2,0
Belgio	1,9
Regno Unito	1,8
Paesi Bassi	1,7
Lussemburgo	1,6
Repubblica Ceca	1,5
Slovenia	1,5
Irlanda	1,3
Spagna	1,3
Portogallo	1,2
ITALIA	1,2
Estonia	1,1
Ungheria	1,0
Lituania	0,8
Lettonia	0,6
Grecia	0,6
Malta	0,6
Polonia	0,6
Romania	0,5
Bulgaria	0,5
Slovacchia	0,5
Cipro	0,5
Media Ue	1,9

Fonte: Eurostat

D'ARCO



BIOTECNOLOGIE

A rischio il copyright sul genoma

Brenta a pag. 10

Il tribunale di New York invalida alcuni brevetti di Myriad sui geni del cancro

Genoma, copyright a rischio
L'accusa: la brevettabilità impedisce la ricerca

DI ANDREA BRENTA

Il settore delle biotecnologie potrebbe essere rivoluzionato da una decisione del tribunale federale di New York.

Lo scorso 30 marzo il giudice **Robert Sweet** ha infatti invalidato sette dei ventitré brevetti depositati dal laboratorio di biotecnologia Myriad genetics e dalla Fondazione per la ricerca dell'università dello Utah su Brca1 e Brca2, due geni le cui mutazioni sono associate alla presenza di un certo tipo di tumore al seno e alle ovaie.

Il procedimento contro l'ufficio americano dei brevetti e i due proprietari dei brevetti stessi era stato promosso nel maggio 2009 dalla potente Aclu, l'organizzazione statunitense per la difesa delle libertà pubbliche e dalla Public patent foundation, una associazione di giuristi a cui si erano unite associazioni di pazienti e un certo numero di sindacati di medici.

Secondo i querelanti, i due brevetti in questione violerebbero la Costituzione americana visto che si tratta di «prodotti della natura», come il sangue o l'aria che respiriamo, che non possono quindi essere depositati. Secondo l'Aclu, in particolare, la brevettabilità del genoma «impedisce a chiunque di

studiare, sperimentare o perfino osservare un gene, fatto che, in ragione del diritto di proprietà, ha per effetto globale quello di rallentare, limitare o bloccare la ricerca».

A essere tuttavia contestati sono in pratica i diritti esclusivi di Myriad a commercializzare test come Bracanalysis, in grado di scovare un cancro ereditario al seno e alle ovaie con tassi di successo rispettivamente dell'82% e del 44% dei casi, ma con un prezzo che raggiunge circa 2 mila euro. Secondo Aclu, le donne che desiderano acquistare un test meno caro o che comunque auspicano un controesame con un test differente non hanno, di fatto, libertà di scelta.

Quanto ai ricercatori, essi devono ottenere l'autorizzazione di Myriad per effettuare nuovi studi sui due geni.

Dal canto suo l'azienda in questione ritiene che il sapere e gli sforzi finanziari dispiegati per isolare il Dna giustificano la concessione di un brevetto. Myriad ha quindi rigettato la decisione del giudice Sweet e annunciato che ricorrerà in appello. Il numero uno dell'azienda, **Peter Meldrum**, si è detto convinto che la corte d'appello federale annullerà la sentenza e che questa non avrà alcun impatto sui conti del gruppo.

---© Riproduzione riservata---



Rapporto Una mappa dei punti di forza e delle note dolenti della salute e della sanità

Vittorie e sconfitte delle regioni

In calo sia le buone abitudini, sia la qualità dell'assistenza



Pregi e difetti

Ecco, regione per regione, le rilevazioni del settimo Rapporto Osservasalute

- Regioni**
- Valle d'Aosta**
 - Lombardia**
 - Prov. Bolzano**
 - Veneto**
 - Friuli V.G.**
 - Toscana**

IL PUNTO DEBOLE

- Più bassa mortalità infantile e neonatale
- Maggior numero di posti letto per degenze lunghe
- Più programmi di screening per la prevenzione dei tumori
- Meno incidenti tra le mura di casa
- Maggiore soddisfazione dei cittadini per il Servizio sanitario
- Primato per la donazione di organi
- La regione in cui si pratica più sport
- Più trapianti e meno cesarei
- Dove cresce di più la popolazione
- Minor numero di ricoveri in regime ordinario e in day hospital
- Migliore copertura per vaccino antinfluenzale tra gli over 65

IL PUNTO DEBOLE

- Più aborti tra le minorenni
- Più bassa percentuale di chi non ha mai fumato
- Maggior tasso di incidenza di AIDS
- Più aborti e popolazione che cresce poco
- Primato per il consumo di alcol
- Maggior numero di anziani che vivono da soli
- Più elevata frequenza di incidenti stradali
- Più alta mortalità per tumori tra le donne
- Peggior aumento del consumo di antidepressivi
- Elevato uso di antidepressivi
- Alto il numero di incidenti stradali

Regioni

- Marche**
- Abruzzo**
- Campania**
- Puglia**
- Sicilia**

IL PUNTO DEBOLE

- Minor mortalità maschile
- Maggior numero di medici di famiglia
- La regione che ha ridotto di più i ricoveri negli ultimi 2 anni
- Ottima copertura vaccinale per bambini e over 65
- Si consumano meno antidepressivi
- Meno anziani che vivono soli
- Meno morti per infarto tra gli uomini
- Meno fumatori e più bassa mortalità per tumori
- Mamme più giovani e tasso di fecondità elevato
- Più bassa mortalità per malattie cardiovascolari

IL PUNTO DEBOLE

- Perso il primato delle donne più longeve
- Peggior disavanzo sanitario pro capite
- Maggiore ospedalizzazione per disturbi psichici tra i maschi
- Primato di adulti obesi
- In aumento i cesarei e bambini più grassi
- Popolazione in continuo calo
- Minor adozione ai programmi di screening mammografico
- Maggiore mortalità infantile e neonatale
- Più alto tasso di ospedalizzazione
- Donne meno feconde

Gli italiani sono ancora in buona salute, ma cominciano a risentire di un'assistenza sanitaria non sempre di qualità, almeno in alcune regioni. I più penalizzati ancora una volta sono i pazienti meridionali, che si dichiarano insoddisfatti del Servizio sanitario nazionale.

Lo evidenzia il 7° Rapporto Osservasalute, redatto dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, che ha sede all'Università Cattolica di Roma. Secondo i dati, rispetto all'anno scorso aumentano gli italiani in sovrappeso — oltre 1 su 3 — soprattutto al Sud; si continua a fare poco sport — in media solo 1 su 5 svolge regolare attività fisica — e la sedentarietà aumenta man mano che si scende da Nord verso il Meridione. Complice la crisi economica, cambiano le abitudini a tavola e si abbandona la dieta mediterranea.

«Compriamo più cibi spazzatura e meno cibi salubri, come pesce e ortaggi» fa notare il coordinatore dell'Osservatorio, Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di igiene dell'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma. Secondo il rapporto, poco più di 5 connazionali su 100 consumano ogni giorno le cinque porzioni di frutta e verdura raccomandate dagli esperti. «Se abitudini sbagliate come alimentazione non corretta, scarsa attività fisica e fumo sono simili un po' dappertutto, le conseguenze si registrano soprattutto nelle regio-

ni meridionali, sempre più in difficoltà nel dare risposte ai cittadini sia in termini diagnostico-terapeutici sia come prevenzione» sottolinea il coordinatore dell'Osservatorio.

Nelle regioni virtuose, invece, stanno dando i loro frutti le politiche di prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolari e gli screening per prevenire i tumori, o almeno diagnosticarli il prima possibile. «Ciò che più sorprende è come questo scarto tra regioni si stia traducendo velocemente in un peggioramento delle condizioni di salute dei cittadini». E al Sud sono in aumento le malattie cardiovascolari, ma anche i tumori. «Ancora più grave — continua Ricciardi — è che dei chirurghi, invece di scegliere il migliore intervento in base alle evidenze scientifiche, siano costretti a fare una mastectomia totale quando potrebbero

farla parziale perché a chiederlo sono le stesse donne. Il motivo? Dovrebbero poi fare la radioterapia, ma i centri più vicini sono a 200 chilometri».

E tocca a volte andare fuori regione non più solo per gli interventi chirurgici, ma anche per avere accesso a farmaci innovativi. Come dare risposte adeguate e tempestive alle esigenze di salute dei pazienti? «Bisogna migliorare l'organizzazione e la gestione dell'assistenza — sottolinea Ricciardi —. Del resto, le regioni del Nord spendono per l'assistenza sanitaria meno del 7,5% del

reddito prodotto internamente (in Lombardia il 4,9%); al contrario, quelle del Sud riservano alla sanità più dell'8,5% (in Sicilia il 10,5%). Ma alla maggiore spesa non corrisponde una maggiore soddisfazione».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Insoddisfatti

Dal Sud, le critiche maggiori al Servizio sanitario. Spesa più alta, ma cure inadeguate



Tumore al seno

Funziona un nuovo tipo di radioterapia, praticata durante l'intervento

A pagina 56

Tumori mammari Dopo il bisturi, irraggiamento localizzato e monodoso

E' promossa la nuova radioterapia «minimalista»

Anticipati i buoni risultati di uno studio su 2000 donne

Bassa potenza

L'apparecchio studiato utilizza raggi X a bassa potenza: basta un solo trattamento di 20 minuti

Limiti di età

Sotto i cinquant'anni la radioterapia leggera è sconsigliata per l'alta quota di recidive

Bisogna aspettare il congresso della società americana di **oncologia** clinica, l'Asco, appuntamento d'obbligo per chi si occupa di tumori in programma a giugno (a Chicago) per saperne di più, ma già pochi giorni fa a Barcellona, alla conferenza europea sul cancro della mammella, sono emerse anticipazioni significative.

Annunciate da Michael Baum, professore emerito di chirurgia all'University College di Londra, oncologo di fama, che vi si dedica dal 1998. La cura in questione è la radioterapia che segue l'asportazione del tumore al seno, praticata in versione minimalista, solo nell'area colpita dalla malattia e non sull'intera mammella come si fa ancora oggi nella maggior parte dei casi. C'è dell'altro in questo schema: l'irradiazione avviene in un'unica seduta, a differenza della procedura standard che ne prevede la ripetizione per diverse settimane.

L'ipotesi non è nuova, né mancano studi che abbiano perseguito una strategia simile (a Milano, all'Istituto europeo di **oncologia**, ad esempio) quando la patologia viene identificata in fase precoce e il rischio di recidiva è molto basso. Nuova è la possibilità di dimostrarne il beneficio su tempi ragionevolmente lunghi.

Ecco, allora, l'annuncio di Baum, a Barcellona: a cinque anni di distanza dalla radioterapia

minimalista e in una sola seduta, i risultati su oltre 2000 donne, trattate in Gran Bretagna, Germania e Australia sono buoni: la strategia funziona. «A conferma di un dato noto — sottolinea Baum —; nel 90 per cento dei casi la recidiva compare nella stessa sede dove si era manifestato il tumore. Perché colpire a pioggia la mammella?».

L'apparecchio utilizzato nella ricerca è una macchina che emette raggi X a bassa potenza (50 Kw) fatti arrivare all'interno della cavità dalla quale si è asportato il tumore (lumpectomia, come la chiamano gli americani) grazie ad un erogatore sferico che assomiglia ad una pallina. Finito il trattamento, che dura poco più di venti minuti, si toglie l'erogatore e si sutura.

Questa l'esperienza coordinata dall'University College di Londra. E lo studio italiano, come procede e con quali risultati?

Risponde Roberto Orecchia, direttore della divisione di radioterapia dell'Istituto europeo di **oncologia** e del centro di adroterapia oncologica di Pavia, che aprirà i battenti in autunno: «Il nostro studio è arrivato ad oltre 1000 pazienti: ora stiamo analizzando i dati, che sembrano decisamente interessanti.

Non siamo, però, ancora in grado di tirare le fila su tempi lunghi, cinque anni almeno. L'esperienza di Baum ci incoraggia a completare il lavoro».

Il protocollo dello Ieo, anziché i raggi X, utilizza apparecchi che erogano elettroni creando un cono di irradiazione (che molti giudicano assai più efficace) sull'area della mammella sottoposta a quadrantectomia, all'asportazione, cioè, del quadrante di mammella sede del tumore.

«Sono convinto che questa strategia si rivelerà vincente — prosegue Orecchia — purché

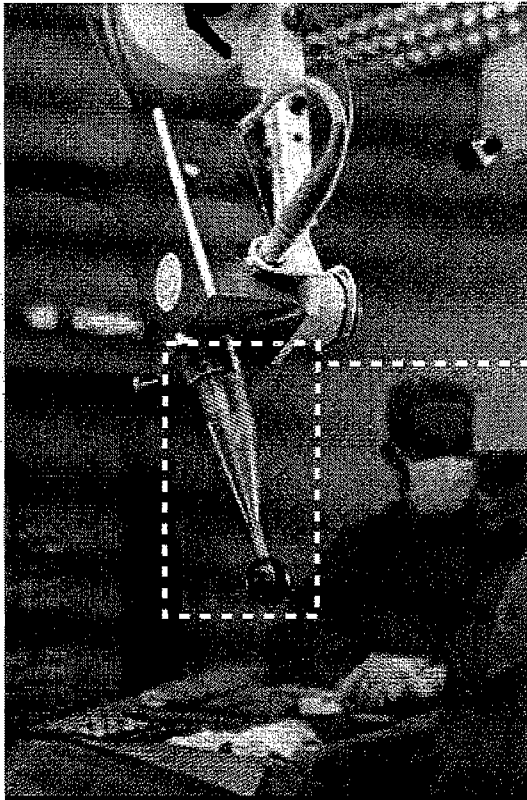
utilizzata in pazienti sopra i cinquant'anni, quando il tumore è unifocale e non supera i tre centimetri e i linfonodi dell'ascella non sono intaccati dalla malattia».

Si calcola che questo trattamento che libera la donna dall'ansia degli appuntamenti con la radioterapia, potrebbe riguardare il 20 per cento dei tumori al seno. Non pochi.

Franca Porciani
fporciani@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

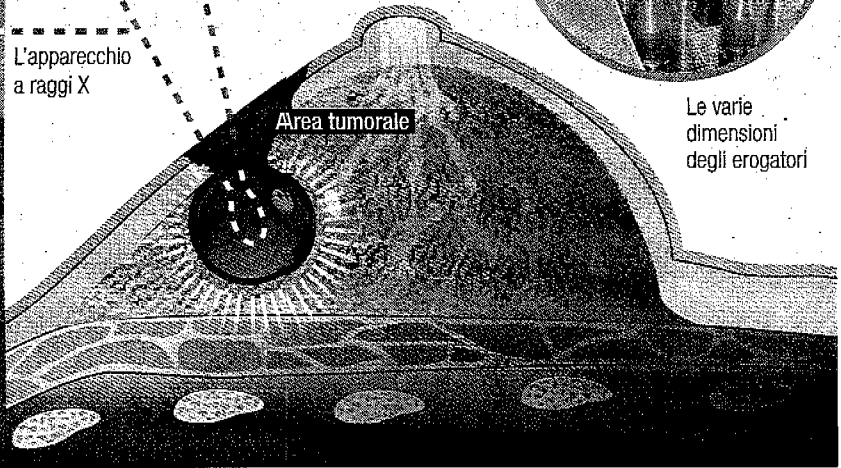




Come agisce la sfera «radiante»

Nello studio coordinato dall'Univerity College di Londra, nella stessa seduta, dopo l'asportazione del tumore, si inserisce nella cavità un erogatore sferico a raggi X a basso voltaggio. La terapia elimina la necessità delle sedute successive di radioterapia, in casi selezionati

L'apparecchio a raggi X



Le varie dimensioni degli erogatori

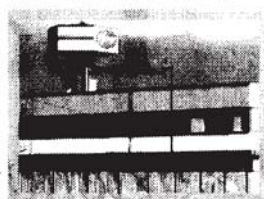
EMANUELE LAMEDICA

Farmaceutica in crisi: i casi di Pfizer, Wyeth e Bristol

Marchi in fuga

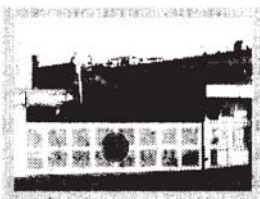
Restano solo le aziende di produzione per conto terzi

PFIZER



RISALE ad oltre un anno fa l'addio della Pfizer che ha ceduto il sito di Latina all'Haupt Pharma

SHERWIN WILLIAMS



ANCHE la la Sherwin Williams ha lasciato lo stabilimento di Aprilia per tornare negli Stati Uniti

BRISTOL



L'ULTIMO caso di abbandono della provincia è quello di Bristol che sta per cedere l'azienda alla Corder Pharma

I grandi marchi dell'industria **farmaceutica** spariscono dalla provincia di Latina. L'addio della Bristol Myers Squibb, che ha deciso di cedere lo stabilimento di Sermoneta scalo alla Corder Pharma, è solo l'ultimo di una serie di casi che hanno portato ad andarsene molte di quelle multinazionali «storiche» che in passato hanno contribuito allo sviluppo economico del territorio.

Ad iniziare la «fuga» è stata, oltre un anno fa, la Pfizer che ha venduto il sito di Borgo San Michele all'Haupt Pharma. Poco dopo è stata la Sherwin Williams (ex Acraf) di Aprilia ad annunciare la chiusura per poter tornare negli Stati Uniti. Mentre anche il marchio Wyeth Lederle, con l'acquisizione da parte di Pfizer, è destinata a sparire dal comprensorio. E questa «emorragia» di imprese potrebbe continuare visto che si tratta di un fenomeno internazionale. Le grandi multinazionali del farmaco da tempo hanno deciso di abbandonare la produzione per concentrarsi solo sul marchio e sulla ricerca. Ciò ha portato diversi gruppi ad esternalizzare. La fisionomia dell'industria **farmaceutica** in provincia è dunque destinata a cambiare (anzi sta già

cambiando) e probabilmente nei prossimi anni assisteremo ad una proliferazione di aziende che operano per conto terzi (ovvero per altre società) ed una graduale scomparsa delle multinazionali.

Un fenomeno che comunque potrebbe avere ricadute sotto il profilo d'immagine. La provincia pontina è infatti famosa per essere il secondo polo farmaceutico d'Italia ma senza i grandi marchi (Pfizer, Wyeth e Bristol) perde certamente appetibilità. Senza trascurare poi i risvolti occupazionali. Finora i livelli si sono abbassati ma non sono crollati, grazie soprattutto ad alcune cessioni (Haupt Pharma ha rilevato Pfizer e Corder Pharma prenderà il sito Bristol). Tuttavia tra i lavoratori serpeggia un po' di sfiducia perché un conto è operare per un grande gruppo mentre diverso è lavorare per una realtà diversa. I dipendenti si sentono meno sicuri e dunque c'è il rischio di una fuga anche del personale che potrebbe scegliere strade diverse. Alle istituzioni spetta dunque il compito di accompagnare il percorso di trasformazione dell'industria senza creare traumi occupazionali.

L.A.



BREVI

Dall'Economia

FARMACEUTICA

**Cresce del 16,5%
il fatturato Chiesi**

Nel 2009 il fatturato del gruppo Chiesi è cresciuto del 16,5% rispetto al 2008: le vendite hanno raggiunto quota 872 milioni, più del 65% sui mercati internazionali.



BREVI
Dalla Tecnologia

VENTURE CAPITAL
Da Boehringer fondo per le biotecnologie

Boehringer Ingelheim ha annunciato ieri il lancio di un fondo di venture capital per il sostegno dell'innovazione nel campo delle scienze della vita. Boehringer Ingelheim Venture Fund ha l'obiettivo di investire nello sviluppo di start up e aziende biotecnologiche che offrono approcci terapeutici rivoluzionari e tecnologie che contribuiscono al progredire dell'innovazione in medicina.



MENARINI

Un «Eco-Team» per rispettare l'ambiente

UN «ECO-TEAM», composto da 7 lavoratori, per contribuire al rispetto dell'ambiente. E' quanto succede alla storica azienda **farmaceutica** fiorentina Menarini. Tra i primi impegni l'incremento della raccolta differenziata.



Pharma. Si punta su nuove cliniche per la dialisi in accordo con il settore pubblico

Fresenius pronta a crescere in Italia

PRESENZA CONSOLIDATA

Il gruppo tedesco conta nel nostro paese oltre 900 addetti e nel 2009 ha visto salire il fatturato del 4% a 124,5 milioni di euro

MILANO

Il gruppo farmaceutico tedesco **Fresenius Medical Care** ha come obiettivo un'espansione della sua presenza in Italia attraverso nuove cliniche per la dialisi, in proprio o in partnership con il settore pubblico, e ha iniziato a commercializzare farmaci specifici anche a terze parti. Lo ha indicato Emanuele Gatti, membro del Board per la regione Emea/America Latina (da poco promosso anche a *global chief strategist*), a margine della convention mondiale dei manager di Fresenius, la prima a essersi svolta nel nostro Paese.

«La nostra rete di cliniche è finora concentrata in Sicilia e Campania. Ci siamo affacciati nel Lazio e nelle Marche. Contiamo di poter allargare la nostra presenza sul territorio ad altre regioni, sia direttamente sia con accordi di partnership con le strutture pubbliche», afferma Gatti. I 32 ambulatori attuali sono gestiti dalla controllata Nefrocare e impiegano circa 500 persone. Ad essi si aggiungono 170 addetti per l'attività commerciale e 284 persone per l'attività produttiva e di sviluppo incentrata a Palazzo Pignano, in provincia di Cremona. Un insediamento che è cresciuto negli ultimi anni, con un'accelerazione sul versante tecnologico (con l'indotto, può contare su circa una cinquantina di ingegneri): la ricerca sviluppata li ha

generato la tecnologia avanzata Emodiafiltrazioneonline, in base alle intuizioni di un nefrologo italiano.

Da notare che il gruppo tedesco sta crescendo in anche un settore complementare, quello della **farmaceutica** destinata ai pazienti in dialisi: di recente in Italia è infatti stato registrato il farmaco Phoslo (acquisito rilevando asset dell'americana Nabi) ed è stata avviata una struttura commerciale dedicata. «Escludo comunque una nostra entrata diretta nel settore farmaceutico al di là di quanto connesso con il nostro core business», afferma Gatti. A suo parere le prospettive del mercato italiano sono interessanti: i pazienti in dialisi aumentano in maniera costante del 2-3% ogni anno, mentre diagnosi e livello delle cure si situano a livelli alti; le infrastrutture, però, sono ancora carenti e questo offre al gruppo significativi spazi di crescita.

Dal punto di vista di una multinazionale, peraltro, rappresenta una complicazione la complessità del sistema sanitario a causa della sua accentuata regionalizzazione («Si finisce per avere a che fare con una ventina di sistemi differenti»). Nel 2009 i ricavi hanno registrato un progresso del 4% a 124,5 milioni di euro, un po' meno del 6% messo a segno su scala globale, a fronte di un giro d'affari complessivo di 11,25 miliardi di dollari e un ebit salito del 5% a quota 1,76 miliardi di dollari. A Francoforte i titoli Fresenius vengono scambiati sopra i 56 euro per azione, livello vicinissimo ai recenti massimi annuali.

S.Car.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

