

Rassegna del 15/03/2010

GENTE - E' giusto installare a scuola i distributori di profilattici? - Parsi Maria_Rita

1

DOMANDE & RISPOSTE**È GIUSTO INSTALLARE A SCUOLA I DISTRIBUTORI DI PROFILATTICI ?**

Il liceo scientifico Keplero di Roma ha installato sei macchinette per la distribuzione di anticoncezionali. È una scelta opportuna?



Occorre fare una premessa. Bisogna intendere la scuola come un luogo di aggregazione giovanile, finalizzato all'incontro e alla socializzazione tra i giovani. Insomma, come centro di promozione culturale. In questa chiave va intesa la didattica contemporanea. Ovviamente, l'educazione sentimentale e sessuale deve ricoprire un ruolo di primo piano all'interno dei programmi scolastici e deve essere connessa alla scoperta dell'indole e del carattere delle persone. In quest'ot-

tica, va accolta positivamente la campagna di sensibilizzazione promossa dal liceo scientifico Keplero di Roma, tramite la vendita diretta di profilattici. Attenzione, però. Se manca l'aspetto educativo, che accompagna i ragazzi verso la maturazione delle scelte con corsi didattici *ad hoc*, i preservativi a scuola non servono a niente. I condom devono essere il risultato di un percorso di accompagnamento alla scoperta di se stessi. Per venderli e basta, esistono già le farmacie.



Risponde
**MARIA RITA
PARSI**
psicoterapeuta
esperta
di famiglia

Nel 2003-2009 solo la Lombardia ha un risultato attivo, il deficit del Lazio è un terzo del totale

Dalla sanità buco di 30 miliardi in 7 anni

IL "FONDINO" ANTI-ROSSO

Le regioni gravate dai disavanzi hanno beneficiato di un'integrazione speciale di 6,5 miliardi oltre alle assegnazioni annue del Fsn

Roberto Turno

ROMA

In sette anni, dal 2003 al 2009, asl e ospedali hanno accumulato un disavanzo superiore a 30 miliardi di euro. Con il Lazio che ha sulle spalle la maglia nera di oltre 10 miliardi di rosso, in pratica un terzo del totale. E la Lombardia che invece ha fatto segnare addirittura un risultato positivo di oltre 207 milioni, in un ridottissimo drappello di regioni con i conti in regola insieme a Friuli Venezia Giulia (+121 milioni) e alla provincia di Bolzano.

Tema scottante della prossima partita elettorale nelle regioni, i conti della sanità sono sempre più sotto osservazione. Anche in vista delle prossime verifiche trimestrali sui bilanci (del 2010) e del monitoraggio sull'andamento dei piani di rientro nelle regioni in rosso. A partire da quelle commissariate (Lazio, Campania, Abruzzo e Molise) e di quelle (Sicilia e Calabria) in qualche modo sotto la tutela del governo.

A fare il punto su sei anni di esercizi finanziari del servizio sanitario nazionale, dal 2003 al 2008, è stato l'assessore al bilancio della Lombardia, Romano Colozzi, che è stato in questi anni il capofila di tutti gli assessori al bilancio regionali. Uno studio elaborato anche per dimostrare la bontà dei conti lombardi, è chiaro. Ma non solo, considerata l'attualità di un argomento destinato a riprendere quota subito dopo le elezioni nell'imminenza della ripresa dei tavoli sulla spesa sanitaria tra governo e regioni.

Lo studio prende in considerazione solo i dati ufficiali della Rucf (relazione unificata economia e finanza pubblica), dunque fino al 2008. Ai quali però si possono aggiungere le prime stime fatte dal governo per il 2009 in base ad elabora-

zioni riferite all'andamento fino al terzo trimestre dell'anno passato. Ecco così che ai 25,1 miliardi di rosso "ufficiale" dal 2003 al 2008 dello studio di Colozzi, vanno sommati altri 4,9 miliardi di disavanzo stimato per il 2009: col risultato di far schizzare il deficit a quota 30 miliardi. Quasi 4,5 miliardi di buco ogni anno.

Ma con le "avvertenze per l'uso". A far segnare la voragine principale è stato il Lazio (9,3 miliardi fino al 2008) col punto di partenza drammatico di -1,66 miliardi del 2004 pre-Marrazzo. E proprio Lazio, Campania (5,6) e Sicilia (3,4) sommano insieme un disavanzo totale di 18,3 miliardi. Con una particolarità, però: che in questo periodo sette regioni (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Liguria, Sardegna) hanno potuto contare in questi anni di una integrazione speciale di 6,5 miliardi, il cosiddetto "fondino", rispetto alle assegnazioni annue del Fondo sanitario nazionale. A incassare di più è stato il Lazio (3,4 miliardi), seguito da Campania (1,46) e Sicilia (700 milioni). Dal 2003 al 2009 alle regioni sono andati complessivamente quasi 630 miliardi di euro e il disavanzo ha sfiorato nel complesso il 5% delle assegnazioni.

Con le solite differenze locali, è chiaro. Lombardia, Friuli e Bolzano hanno retto l'onda d'urto con bilanci in nero. Il resto d'Italia no, anche se ormai sono le regioni a pagare con proprie risorse i conti in rosso, dunque a integrare politiche di assistenza con più servizi e opportunità, come la stessa Lombardia. O ancora Toscana, Emilia e Veneto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

18,3 miliardi

30 miliardi

Debito cumulato

A tanto ammonta il deficit sanitario cumulato delle regioni italiane. Il dato emerge sommando ai 25,1 miliardi di euro di rosso "ufficiale" relativo al periodo 2003-2008, certificato dalla Rucf, altri 4,9 miliardi di disavanzo stimato per il 2009

9,3 miliardi

Buco del Lazio

Quasi un terzo del disavanzo è imputabile al Lazio. Seguono a ruota Campania (5,6 miliardi) e Sicilia (3,4). Queste tre regioni, insieme a Abruzzo, Molise, Liguria e Sardegna hanno potuto contare in questi anni di una integrazione speciale di 6,5 miliardi rispetto alle assegnazioni annue del Fondo sanitario nazionale



COME SOSTENERE LE ECCELLENZE

EXPO E SALUTE GLI INVESTIMENTI

di **SERGIO HARARI**

Quale sarà la salute di Milano quando accoglierà i 29 milioni di visitatori attesi per l'Expo 2015? Come valorizzerà le eccellenze sanitarie della nostra regione e della nostra città per essere pronta al grande evento? Di questi temi hanno discusso settimana scorsa in un primo incontro gli organizzatori di Expo 2015 e i più importanti rappresentanti del mondo della sanità e della ricerca privata: dal Mario Negri, al gruppo San Donato, a **Farminindustria**. L'Expo sarà un evento eccezionale e un'occasione imperdibile per rinnovare il modo di intendere la nostra città e, in fondo, «Nutrire il pianeta» vuol dire anche farlo stare bene. Milano dovrà essere pronta a far fronte all'enorme massa di visitatori attesi e ai problemi sanitari che ne deriveranno, i progetti ospedalieri oggi in cantiere dovrebbero per allora essere ultimati: la Città della Salute che raccoglierà Sacco, Istituto dei Tumori e Besta, il nuovo Niguarda, la ristrutturazione del Policlinico, l'ampliamento dell'Oncologico Europeo, e altri ancora sono in divenire. Ma se il problema organizzativo è fondamentale e deve essere affrontato per tempo, non si tratta solo di questo. L'Expo è anche l'occasione per ripensare a come gestire e pensare il patrimonio culturale, scientifico e assistenziale ospedaliero che la Lombardia oggi ha a disposizione, per dare un volano alla ricerca, alla formazione e al futuro dei giovani, per costruire un laboratorio che sfrutti le

potenzialità enormi e spesso sprecate che ancora, malgrado tutto, abbiamo.

Le eccellenze non mancano, forse talvolta è mancato loro il giusto sostegno. Ci sono aree importanti di sanità che ancora oggi non hanno adeguate risposte, non sono valorizzate e che nell'Expo potrebbero trovare progetti di sviluppo dando ulteriore forza al tema del grande evento. Lo stesso vale per la ricerca di base.

Molti potrebbero essere i temi da sviluppare: con quale aria Milano accoglierà i suoi visitatori, cosa si deve fare oggi per studiare meglio cosa succede nella nostra regione, quali sono le ricadute per la salute dei cittadini, quali strutture vanno potenziate per curarli, quali azioni non solo strutturali ma anche di prevenzione alimentare si possono promuovere per ridurre e limitare i danni delle polveri sottili? Un recente studio inglese ha suggerito che una dieta ricca in frutta e verdura riduce il numero di casi di bronchite cronica causati da alcuni inquinanti: ecco uno dei tanti spunti di approfondimento che Expo 2015 con la sua forza trainante potrebbe sviluppare. Un altro potrebbe essere la correlazione tra alimentazione-denutrizione e alcune malattie infettive, come la tubercolosi, che affliggono drammaticamente le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo ma che restano una realtà significativa anche in Europa. La nostra città e la Lombardia sono un punto di riferimento cardinale per il Paese nel campo della sanità. Abbiamo il dovere di essere sempre all'avanguardia.

sharari@hotmail.it



Sigma-Tau diventa globale

Con 300 milioni di dollari acquisisce parte dell'americana Enzon

Fusco a pagina 26

Sigma-Tau, senza frontiere contro le malattie orfane

Il gruppo investe 300 milioni di dollari per rilevare le linee produttive di quattro farmaci oncologici dell'americana Enzon. Il fondatore, Claudio Cavazza: "Grazie ai progressi nella genomica e nella mappatura del Dna siamo in grado di attaccare molte patologie rare finora senza cura"

ILARIA FUSCO

La Sigma-Tau, l'azienda creata nel 1957 a Pomezia, alle porte di Roma, si è aggiudicata l'acquisizione del settore *speciality care* della Enzon Pharmaceuticals, grazie ad un investimento finora mai realizzato in territorio statunitense da un'industria farmaceutica italiana: 300 milioni di dollari, a cui se ne aggiungeranno fino ad altri 27 milioni sulla base del conseguimento degli obiettivi previsti. Secondo i termini dell'accordo, la Enzon avrà diritto a *royalty* fino al 10% sulle vendite incrementalmente realizzate dai quattro farmaci scelti come oggetto della transazione, tutti realizzati contro le malattie rare nel comparto oncologico, da somministrare a pazienti che non trovano giovamento dai prodotti tradizionali. Secondo l'Oms le malattie definite "orfane" sono oltre 5000. Negli Stati Uniti il numero massimo di soggetti affetti è di 200 mila rispetto all'intera popolazione, mentre l'Unione Europea stabilisce come percentuale massima lo 0,05% degli abitanti (1 caso su 2000 persone). Un'esiguità che ha stimolato il mercato farmaceutico biotecnologico: nell'ultimo decennio i farmaci orfani sono il 22% delle nuove molecole ed il 31% di tutti i farmaci biologici autorizzati dalla Fda. Secondo uno studio della Bbc Research il mercato globale degli *orphan drug* aveva raggiunto nel 2006 i 58,7 miliardi di dollari già nel 2006, e la previsione è che raggiunga 81,8 miliardi nel 2011.

L'operazione Sigma-Tau è stata supportata da Intesa Sanpaolo, spiega Claudio Cavazza, presidente del Gruppo: «Abbiamo dato senza aiuti pubblici l'unica risposta possibile alla crisi, investendo consistenti capitali in un progetto che incrementerà la no-

stra presenza nel più importante mercato farmaceutico mondiale, quello Usa. In Italia non esiste un Orphan Drug Act, e aspettiamo da tempo una legge che sostenga la ricerca in questo ambito, tutelando i pazienti e le famiglie». La Sigma-Tau, aggiunge Cavazza, «è impegnata in un cammino di crescita, e ha colto quest'occasione sul mercato Usa anche per le convenienze valutarie». La biotech Enzon ha accettato l'offerta del gruppo italiano conoscendone l'impegno nella ricerca: la Sigma-Tau investe mediamente il 16% del fatturato in R&S, con oltre 400 ricercatori impegnati in 46 progetti in diversi ambiti (morbo di Parkinson, cancro, malaria, diabete, scompenso cardiaco, oltre alle già citate malattie rare). Grazie a quest'accordo, il gruppo, che ha fatturato l'anno scorso 615 milioni di euro, aggiungerà ai suoi stabilimenti all'estero (è già presente in Spagna e Sudan),

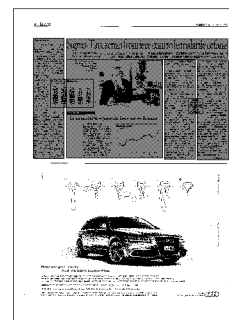
quello di Indianapolis, in Indiana. «È un accordo altamente strategico considerando che il gruppo italiano ha le strutture e le capacità necessarie per commercializzare con successo questi prodotti in tutte le aree geografiche», ha commentato Jeffrey Buchalter, Ceo di Enzon.

La Sigma-Tau è da anni protesa verso l'internazionalizzazione, non solo dal punto di vista economico (con filiali in Francia, Svizzera, Olanda, Germania, Inghilterra, India), ma anche rispetto al confronto di studio e know-how, e ne sono esempio le collaborazioni di ricerca con istituzioni scientifiche americane, europee e cinesi. «Il nostro settore - spiega Cavazza - sta cambiando profondamente. Produrre un farmaco di massa, come un antibiotico, può costare un miliardo di dollari in una ricerca lunga 15 anni, e può portare a trascurare le straordinarie opportunità che si presentano grazie agli avanzamenti tecnologici, e particolarmente alla lettura del Dna, nei farmaci rari. Oggi abbiamo a

disposizione dei *marker* per il Dna che danno segnali importantissimi, per esempio dei geni che accelerano le disfunzioni nel comportamento cellulare e negli altri che le ritardano. Un equilibrio dinamico su cui si basa la medicina antitumorale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il gruppo
impiega più di
400 ricercatori
in progetti dalla
malaria
all'Alzheimer**

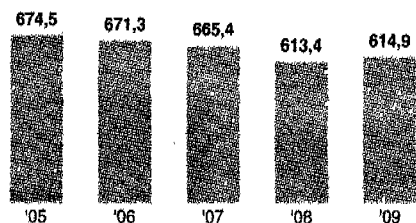


Claudio Cavazza: fondò nel 1957 la Sigma-Tau a Pomezia, vicino Roma, e tuttora la presiede



Il fatturato di Sigma-tau

In milioni di euro



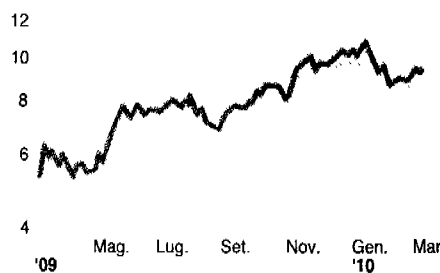
LA SCHEMA

La società del New Jersey che lavora contro il cancro

LA ENZON Pharmaceuticals, basata a Bridgewater nel New Jersey, fondata nel 1981, con la vendita di quattro specialità alla Sigma-Tau ha reperito le risorse per continuare le sue ricerche su nuovi farmaci. In particolare la società sta sviluppando il PEG-SN38 per il trattamento del tumore del colon-retto, del seno e del pancreas oltre che del linfoma non-Hodgkin's, e l'HIF-1, un antagonista "alpha" per il trattamento dei tumori solidi.

Enzon in Borsa

Dollari al Nasdaq



Intervento

Il paradosso del debito del Lazio

di **Emma Bonino**

Sul debito della sanità del Lazio circolano leggende e ricostruzioni fantastiche. Io credo che chi ambisce al governo di questa grande regione debba attenersi ai fatti e cercare di capire a fondo questo intrigato e pesantissimo problema. In questi due mesi di campagna elettorale ho cercato di farlo. Da dove viene, come si è formato e in quale stato si trova il famoso debito del Lazio? Si tratta di 10 miliardi di euro, accumulati, per circa il 90%, in soli cinque anni e solo nella sanità. Parliamo di una cifra pari a una finanziaria nazionale leggera. Difficile spiegare come sia stato possibile accumularlo e soprattutto pagarlo. Però i fatti e i numeri, a partire da quelli di una fonte autorevole come la Corte dei Conti, dicono che quel debito oggi non esiste più, nel senso che è stato completamente ristrutturato. Purtroppo i 10 miliardi di euro fanno parte di quel passato che pesa sul presente e peserà sul futuro della Regione Lazio per almeno trent'anni. Un futuro ipotecato, per altro, da quegli stessi politici che ambiscono a tornare sul luogo del delitto, facendosi scudo della candidatura a presidente per il Pdl Renata Polverini. Negli ultimi tre anni, l'amministrazione regionale in carica ha azzerato il debito con costi pesanti. Siccome, però, su questo tema è facile fare disordine, confondendo disavanzo con debito, mi pare necessario riassumere lo stato dell'arte. La Corte dei Conti nella relazione dell'ottobre 2009: «Dal piano di rientro risulta che il debito cumulato fino al 31 dicembre 2005 è valutabile in linea capitale in circa 9,9 miliardi di euro».

Parte di questo debito era stato ceduto con operazioni compiute tutte dal 2001 al 2005 (vale a dire cartolarizzato/comprato da varie persone e società sparse per il mondo) per una somma pari a 7,5 miliardi di euro (6,2+1,3 di interessi). Il resto pari a 3,1 miliardi, era debito occulto fatto di fatture non pagate né certificate da alcuno, perché in quegli anni le Aziende sanitarie non presentavano i bilanci.

Il Piano di rientro dal debito della sanità del Lazio è stato firmato dalla Regione e dai due Ministeri competenti a febbraio 2007. Prevedeva, tra le altre cose, l'accensione di un mutuo presso il Tesoro che è stato concesso

solo nel 2008. Questo ha costretto la Regione a usare i criteri di pagamento preesistenti il piano e previsti dalla precedente amministrazione: tra il 2005 e il 2007 sono stati pagati 1,8 miliardi del debito ereditato, pescando dal Fondo sanitario nazionale.

Viene a questo punto messa in piedi una squadra di professionisti che comincia a cercare le migliaia di soggetti che avevano comprato il debito della Regione Lazio. Un lavoro che porta al recupero del debito, ma producendo 800 milioni di euro sugli interessi.

Nel 2008 la Regione ha potuto attivare il prestito del Tesoro che ha portato

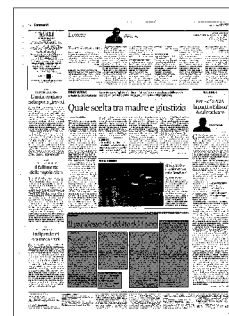
all'accensione di un mutuo da 4,7 miliardi di euro da pagare in rate trentennali da 310 milioni di euro l'anno al tasso dei Btp trentennali. Il resto del debito, pari a 3 miliardi e 100 milioni, è stato pagato con gli 800 milioni di risparmi sul recupero del debito ceduto, e con 2 miliardi e 70 milioni stanziati dal Governo Prodi per le Regioni con i conti in rosso. Oggi la Regione non produce più debito. Il disavanzo annuale è sceso da 2 miliardi del 2005 a 1,350 nel 2009. I disavanzi creati nel 2005, nel 2006, nel 2007 e nel 2008 e per l'anno in corso sono stati coperti dalle addizionali (Irpef e Irap), dal Bilancio regionale e dai trasferimenti statali.

Dunque siamo di fronte oggi a questo paradosso. La Regione ha annullato il debito di 10 miliardi, non ne ha prodotto in questi anni nemmeno un euro ulteriore, però vanta crediti dallo Stato pari a circa 3 miliardi. Questo il quadro. La sfida che abbiamo davanti, dunque, non è quella di ripianare il debito di 10 miliardi, ma quella di azzerare il disavanzo annuale. È impresa che richiede serietà e non facili promesse. Io sono certa che si possa fare, ma partendo da un'assunzione di responsabilità e di conoscenza del problema da parte di tutti gli attori in campo, senza demagogia e promesse facili.

Emma Bonino è candidata del centro-sinistra alla Presidenza della Regione Lazio

OPERAZIONE TRASPARENZA

La Regione ha annullato il disavanzo precedente: la sfida che abbiamo davanti è di ripianare il deficit annuale



Chiesi Impegno in iniziative solidali

Nella "Giornata delle malattie rare", il 28 febbraio scorso, è partita la campagna a favore dei pazienti con malattie rare, supportata da Chiesi Farmaceutici, che ha puntato su tre iniziative. L'azienda di Parma ha deciso anzitutto di dare il suo supporto economico al programma di sostegno psicologico a questi pazienti, promosso dal Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile del policlinico Umberto I di Roma. La seconda è una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica. La terza, il supporto al lancio del libro di Margherita De Bac: "Noi, quelli delle malattie rare".



Investire in innovazione primo obiettivo di Roche

Nel 2009 l'azienda ha speso 9 miliardi di franchi svizzeri, più del 20% del fatturato, in progetti di ricerca e sviluppo

➤ BILANCIO 2009

Un fatturato da record nonostante la crisi

Il Gruppo Roche ha definito il bilancio 2009: «una buona performance». In effetti il fatturato totale è cresciuto del 10% raggiungendo 49,1 miliardi di Franchi svizzeri, con la divisione Pharmaceuticals che rappresenta l'80% del fatturato del Gruppo e la Diagnostics che contribuisce per il 20%. Il fatturato della divisione Pharmaceuticals è cresciuto dell'11%, raggiungendo 39 miliardi di fran-

chi svizzeri, quasi il doppio del tasso di crescita del mercato globale. Non solo: la domanda dei farmaci oncologici del Gruppo - bevacizumab, trastuzumab, rituximab, erlotinib e capecitabina - si è mantenuta in forte crescita. Ulteriori driver di crescita importanti per la divisione sono stati il Tamiflu in virologia e il ranibizumab in oftalmologia. La Divisione Diagnostics ha raggiunto una

crescita di fatturato del 9% (10,1 miliardi di franchi svizzeri) rafforzando la quota di mercato leader delle divisioni, che si attesta attorno al 20%. Per il futuro le previsioni sono ancora con il segno "più": salvo eventi imprevedibili, Roche prevede nel 2010 una crescita del fatturato della divisione Pharmaceuticals e del Gruppo dell'ordine del 5% in valute locali (ad esclusione del Tamiflu).

Sandro Mariani

Un piano strategico non da "libro dei sogni" ma basato su una realtà di prodotti già nell'ultima fase del piano di ricerca e sviluppo. Ecco, settore per settore, il progetto di sviluppo per l'anno in corso dei due "blocchi": quello Pharma - in particolare oncologia e reumatologia - e quello Diagnostics. E non solo.

ONCOLOGIA

Roche investe ogni anno oltre 1,5 miliardi di franchi svizzeri nella ricerca in oncologia, con un programma di R&D che rappresenta circa il 25% di tutti i progetti di ricerca e il 50% di quelli di sviluppo clinico in corso. Nei prossimi

IN ONCOLOGIA IL 25% dei progetti di ricerca e il 50% di quelli di sviluppo clinico in corso

mi 12-18 mesi la divisione Pharmaceuticals prevede di presentare la domanda di autorizzazione per nuove indicazioni dei propri farmaci oncologici quali bevacizumab, rituximab e capecitabina. «Roche fa ricerca anche in Ita-

lia: su 167 studi clinici che coinvolgono circa 23mila pazienti, quelli in oncologia sono 103, con oltre 7.700 pazienti coinvolti», sottolinea Maurizio de Cicco, ad di Roche SpA. Particolare rilevanza ricopre lo bevacizumab, un anticorpo che inibisce il meccanismo attraverso il quale il tumore si sviluppa e si diffonde nell'organismo. Terapia standard per il trattamento di prima e seconda linea dei pazienti con tumore metastatico del colon retto, ha già ottenuto l'autorizzazione per il trattamento di altri tre tipi di tumore (mammella, polmone e rene) ed è oggetto del più grande trial mai realizzato in oncologia con 300 studi clinici e 350mila pazienti interessati per indagarne le potenzialità in 20 tipi di tumore, tra cui ovarico, prostatico e gastrico. Inoltre, per quest'anno, è attesa l'approvazione per un altro prodotto "mirato", trastuzumab, già terapia di riferimento per il tumore al seno Her2 positivo, anche per la cura di una particolare forma di cancro allo stomaco.

REUMATOLOGIA

La ricerca Roche è molto attiva nel campo delle malattie autoimmuni, in particolare

dell'artrite reumatoide, una patologia con cui convivono ogni giorno in Italia oltre 400mila pazienti e che se non trattata in modo adeguato e tempestivo produce il deterioramento delle articolazioni e porta all'invalidità: già dopo due anni evidenti alterazioni delle articolazioni rilevabili nel 70% dei pazienti, a 10 anni dalla diagnosi circa il 50% dei pazienti è inabile al lavoro, dopo 20 anni il 25% dei pazienti ha subito almeno un intervento chirurgico. La ricerca Roche ha contribuito in primo luogo con l'introduzione nel 2007 di rituximab, il primo e unico anticorpo monoclonale ad agire in modo mirato sui linfociti B con la capacità di spezzare a monte la catena infiammatoria che provoca i sintomi della malattia. Un approccio terapeutico completamente diverso che ha consentito ai pazienti di contare su una possibilità alternativa per il trattamento della malattia. A gennaio 2009 l'Emca ha dato la sua approvazione per la commercializzazione di tocilizumab, un secondo nuovo anticorpo monoclonale Roche il cui arrivo in Italia è previsto per i primi mesi del 2010.

ROCHE DIAGNOSTICS

L'obiettivo fondamentale dell'attività di ricerca in questo comparto è la creazione di "valore medico": la privilegiata posizione di leader del mercato Ivd (quasi un quarto dell'intero mercato italiano) ha consentito di individuare i benefici clinici ed economici nell'introduzione di diagnostici innovativi. Al punto che nel 2009 sono stati lanciati più di 20 nuovi prodotti nelle varie aree di business.

Nell'area del laboratorio sono stati lanciati nuovi sistemi come l'analizzatore Cobas 6000, destinato ai grandi e medi laboratori che grazie alla consolidata tecnologia modulare ha dato nuovo impulso all'area. Per il "Diabetes Care" è stato un vero anno di innovazione: "Accu-Chek Aviva Nano", misuratore glicemico con alle spalle grande tecnologia e affidabilità, è il primo ad offrire la possibilità di evidenziare i risultati con simboli e visualizzare le me-



die delle glicemie fino a 90 giorni. E poi "Accu-Chek Combo", un sistema intelligente per la gestione della terapia con microinfusore, con tecnologia Bluetooth che consente un'interazione bidirezionale tra il microinfusore "Accu-Chek Spirit Combo" e il misuratore glicemico "Accu-Chek Aviva Combo", per una gestione remota completa del microinfusore. E ancora "Accu-Chek Mobile", il primo misuratore senza strisce reattive, con 50 test su nastro all'interno dello strumento, pungidito integrato con caricatore contenente sei lancette e nulla da smaltire dopo ogni test. L'area "Applied Science" ha visto nel 2009 il consolidamento della tecnologia del Sequenziamento del genoma e la focalizzazione verso la Biologia cellulare con la proposizione sul mer-

**DIAGNOSTICS Obiettivo
fondamentale di questo
comparto è la creazione
di «valore medico»**

cato dell'innovativa tecnologia di analisi cellulare in tempo reale (xCelligence). Infine l'area "Tissue Diagnostics", costituita a seguito dell'acquisizione dell'americana Ventana - che si occupa di prodotti per l'istopatologia oncologica, un'analisi utile per la diagnosi e per la prognosi del tumore, nell'ottica di una sempre maggiore sinergia con la divisione Pharma per un approccio alla medicina sempre più orientato verso la personalizzazione della terapia.

Farmaci biotech Ecco la seconda generazione

Efficaci e sicuri possono anche liberare risorse da destinare a proposte innovative

Andrea Sermonti

■ Tutti concordi nel riconoscere che la cura delle più gravi patologie, come tumori o malattie metaboliche, oggi passa attraverso i farmaci biotecnologici. Eppure in Italia hanno un impiego ancora inferiore all'ottimale, soprattutto per il costo molto elevato rispetto alle molecole di sintesi. Un mercato, quello del biotech farmaceutico, che nel nostro Paese vale circa 5 miliardi di euro, il 20% del valore della produzione del settore farmaceutico, e rappresenta circa il 40% della spesa farmaceutica ospedaliera. Efficacia, sicurezza e qualità per il paziente, certo, ma anche un significativo risparmio per le casse del Ssn. Questa è la "ricetta" della rivoluzione realizzata dai biosimilari che permettono, tra l'altro, di liberare risorse destinate all'innovazione. Su questo solco sta operando da tempo Sandoz, azienda farmaceutica del gruppo Novartis, che possiede le competenze tecniche e scientifiche per la messa a punto di farmaci estremamente complessi dal punto di vista produttivo, quali so-

no i biosimilari. Farmaci che, grazie alla ricerca di cui sono frutto, spesso si rivelano innovativi anche dal punto di vista tecnologico, sia per quanto riguarda la forma farmaceutica, più pratica rispetto al medicinale originatore (per esempio in forma liquida anziché in polvere), che per i nuovi device (siringhe pre-riempite con dispositivi di sicurezza per l'ago). L'ultimo biosimilare messo a disposizione da Sandoz (dopo

MEDICINE HI-TECH

In Italia questo mercato vale circa 5 miliardi di euro

la Somatropina, ormone della crescita umana ricombinante e l'Epocina Alfa ricombinante) è filgrastim, un fattore di crescita che consente di trattare la neutropenia, cioè la riduzione dei globuli bianchi, conseguente alla chemioterapia o al necessario "azzeramento" delle cellule difensive dell'organismo in caso di trapianto di midollo osseo.

«I fattori di crescita come filgrastim hanno modificato radicalmente le opportunità di

trattamento dei pazienti con malattie tumorali del sangue», ha spiegato **Mario Boccadoro**, direttore della Divisione di ematologia dell'Università di Torino in occasione dell'incontro stampa a Milano per il lancio del nuovo biosimilare della Sandoz.

«Filgrastim, in particolare, viene utilizzato anche per mobilizzare le cellule staminali circolanti nel sangue periferico, che saranno poi trasformate in globuli bianchi "maturi", in grado di espletare tutte le loro funzioni. Grazie ai fattori di crescita oggi possiamo effettuare in Italia più di 4.000 trapianti di midollo l'anno, che prima della loro introduzione non erano possibili. Se è possibile poter risparmiare su medicinali che offrono la stessa garanzia di sicurezza ed efficacia rispetto a un originatore», ha continuato Boccadoro, «ritengo doveroso utilizzarli, perché dobbiamo andare verso un regime di farmaco-sostenibilità, specie in ambito emato-oncologico per poter dare al maggior numero possibile di persone la miglior cura oggi disponibile».



UNIVERSITÀ

LA SAPIENZA DI ROMA

Neolaureati in chimica nei centri di ricerca Ue

Francesca Barbieri

■ Sei mesi di tirocinio all'estero per chi vuole specializzarsi nei settori della chimica, farmaceutica e biotecnologia. A metterli in palio per 60 brillanti neolaureati è La Sapienza di Roma, coordinatrice del progetto «Unipharma-Graduates 6», costola del programma europeo Leonardo da Vinci.

Possono candidarsi - entro il 31 marzo - laureati quinquennali (vecchio ordinamento o specialistici) in chimica, farmacia, scienze biologiche e biotecnologiche.

Molti i requisiti richiesti: aver conseguito il titolo da non più di 18 mesi con una votazione di almeno 105/110; non essere iscritti a scuole di specializzazione, a master o dottorati di ricerca; non aver superato i 27 anni; aver svolto una tesi sperimentale in un laboratorio chimico, farmaceutico o biotecnologico; dimostrare una buona conoscenza della lingua inglese; non usufruire di altri contributi alla mobilità o avere contratti di lavoro dipendente in corso.

Gli stage - che inizieranno entro il 30 ottobre - si svolgeranno presso centri di ricerca privati o pubblici, tra cui Sanofi-Aventis, Organon, Pierre Fabre, Neuropharma, Unilever ed École Normale supérieure de Lyon.

Per tutti gli ammessi è previsto un rimborso delle spese di viaggio, alloggio, vitto e trasporti locali effettivamente sostenute e debitamente documentate. L'importo massimo rimborsabile ammonta per 24 settimane a un totale di 4.418 euro, pari a oltre 700 euro al mese.

Per la consultazione del bando online e per compilare la domanda visitare il sito www.uniroma1.it/internazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute e Ambiente

I buoni propositi e i veri ostacoli

di *Adriana Bazzi*

La tre giorni di Parma, la V conferenza ministeriale, organizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sul tema "ambiente e salute", si è conclusa venerdì scorso con una Dichiarazione: cinquantatré Stati europei hanno posto la firma a un documento nel quale si sono impegnati "a ridurre, entro i prossimi dieci anni, gli impatti dell'ambiente sulla salute".

Così dice il linguaggio tecnico dei documenti e per impatti (ovviamente negativi) si intendono: danni da smog, da inquinamento indoor (quello delle case, delle scuole, degli uffici), da cattiva alimentazione, tanto per citarne alcuni, ai quali si devono aggiungere i nuovi problemi creati dai cambiamenti climatici. E, soprattutto, i rischi per la salute legati a un ambiente inteso come disagio sociale, disoccupazione, emigrazione, povertà, discriminazione di genere.

La conferenza dell'Oms e la Dichiarazione di Parma, che ne è scaturita, hanno avuto un grande merito: quello di "ammettere", alla presenza di Ministri della salute e dell'ambiente stranieri e italiani, un dato di fatto, ben documentato: la salute delle persone non è minata soltanto da comportamenti individuali sbagliati in nome dei quali si continuano a colpevolizzare singoli individui (per esempio: se ti ammali di tumore al polmone è colpa tua perché hai fumato oppure se hai l'infarto è perché mangi e bevi troppo), ma da comportamenti collettivi sbagliati (l'uso di automobili inquinanti finisce per danneggiare la comunità intera) che richiedono l'impegno di tutti i cittadini e dei loro rappresentanti politici. Le buone intenzioni, da parte di questi ultimi, sono ora nero su bianco, ma certamente non mancheranno ostacoli alla loro realizzazione.

Un primo problema è economico: dove si troveranno i soldi per portare avanti programmi di prevenzione che, oggi, sono visti più come un costo che un investimento per la salute? Bonificare aree inquinate, per prevenire certi tumori, o favorire l'attività fisica di bambini che vivono in periferie poco sicure, sommerse dal traffico, senza spazi verdi, per combattere l'obesità non danno certo risultati immediati, politicamente spendibili.

Il secondo problema è tecnico: come stabilire le priorità e il tipo di interventi? La ricerca sui legami fra ambiente e rischi per la salute è molto difficile e costosa.

Un esempio per tutti: vivere vicino a una discarica o a un inceneritore di rifiuti aumenta il rischio di tumori, ma... Ecco i tanti "ma": è la discarica la vera responsabile o non è piuttosto il fatto che chi vive vicino a una discarica è già povero e solo lì può trovare un'abitazione a un prezzo accessibile? E che, essendo povero, mangia male e vive in case piene di muffa e poco riscaldate e, dunque, altri fattori di rischio di malattia? A questo punto non si capisce più come intervenire. E così si rischia l'impasse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA STORIA

Laboratorio globale per colossi come General Electric e start up locali

In India l'innovazione è low cost

Dalla sanità all'elettronica si moltiplicano sperimentazioni e soluzioni competitive

MODELLO DI SUCCESSO

Negli ospedali Vaatsalya un parto costa 4-5mila rupie (58-73 euro) contro le 20mila di una clinica media e le 50mila di una al top

Marco Masciaga

MANDYA (KARNATAKA)

«Qui è più pulito che in un ospedale pubblico. E, rispetto a una clinica privata, so che la mia assicurazione basterà a coprire le spese. Perché sarei dovuto andare altrove?». H.V. Sudharsan è un contadino di 47 anni originario di Hosagavi, un villaggio a 3 ore di auto da Bangalore. È stato appena operato di cancro al colon e si è potuto permettere l'intervento grazie a Vaatsalya, una catena di ospedali specializzati in *affordable healthcare*, letteralmente "sanità a buon mercato". In certi paesi sarebbe un ossimoro. Qui in India, grazie a una miscela di spirito imprenditoriale, arte di arrangiarsi e reminiscenze gandhiane, non è che l'ennesimo esperimento riuscito nel più vasto e caotico laboratorio mondiale dell'innovazione a basso costo.

«Da noi - spiega Vinod Appiah, il manager che gestisce la struttura di Mandya - un parto costa dalle 4 alle 5mila rupie (58-73 euro), in una media clinica 20mila, in quelle al top dai 50mila in su». L'idea di creare una catena di buoni ospedali a basso costo risale al 2004 ed è venuta ad Ashwin Naik, l'attuale Ceo di Vaatsalya. «Fino ad allora - spiega - il modello prevalente in India era quello che io chiamo "Taj & Oberoi", dal nome delle due catene di hotel di lusso: pochi e costosi ospedali concentrati nei grandi centri».

Oggi Vaatsalya ha nove cliniche in Karnataka, mira a espan-

dersi in Maharashtra e Andhra Pradesh e a raggiungere il *break even* entro il 2011. È soprattutto vuole dimostrare la scalabilità di un modello di business basato sugli affitti e stipendi più bassi delle città di media grandezza; sulla specializzazione nei settori che garantiscono volumi elevati (i ginecologi sono a tempo pieno, l'ortopedico no) e su un'attenzione spasmodica ai costi.

Su questo fronte un aiuto inaspettato sta arrivando da quelle multinazionali che vedono nell'India un laboratorio per lo sviluppo di soluzioni innovative. Chi sta investendo con più convinzione è General Electric Healthcare che di qui al 2015 spenderà 3 miliardi di dollari per sviluppare nuove tecnologie a basso costo. Uno degli ultimi prodotti si chiama "Mac 1" ed è un elettrocardiografo portatile a batterie da 25mila rupie (365 euro). «L'obiettivo è abbassare i costi di accesso fino a 9 rupie a esame», spiega il presidente e Ceo di GE Healthcare per l'Asia del Sud V. Raja. «Presto inizieremo a esportarlo in altri paesi in via di sviluppo e non».

Un progetto in linea con quanto scritto da Jeffrey R. Immelt in un articolo pubblicato dalla Harvard Business Review in cui il presidente e Ceo di General Electric definisce *reverse innovation* l'approccio da affiancare a quello di *glocalization*. Non più solo prodotti pensati nei paesi ricchi e adattati alle esigenze di quelli in via di sviluppo, ma anche soluzioni messe a punto in Cina e India per i mercati locali e in grado di "funzionare" pure in quei paesi maturi dove i tassi di crescita si stanno appiattendendo.

Chi sembra aver colto la portata della trasformazione è ReaMetrix, una società biotech di

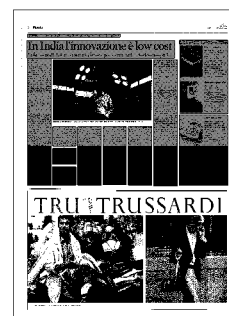
Bangalore. Uno dei loro prodotti di punta è una linea di reagenti per monitorare il livello di immunodeficienza nei pazienti affetti da Aids che costa un quinto dei competitor. Non solo. «I reagenti - spiega il fondatore e Ceo della società Bala Manian - sono in forma secca anziché liquida e non necessitano di essere conservati a bassa temperatura», un'operazione apparentemente banale che in gran parte dell'India è impossibile. Lo scorso anno ReaMetrix ha ottenuto il via libera della Food and Drug Administration per iniziare le esportazioni e, secondo Manian, ci sono buone chance che il prodotto sia adottato anche nei paesi dove la catena del freddo funziona. «I centri prelievi - spiega - potranno unire i campioni ai reagenti, senza dover inviare le fiale nei centri di analisi. È un'innovazione pensata per i paesi poveri che si rivelerà utile anche in quelli ricchi».

Il mondo della sanità è uno di quelli più attraenti per i profeti indiani del low cost. Ma non è l'unico. Nel settore degli elettrodomestici è atteso a breve il lancio del Chotukool, un piccolo frigorifero senza compressore alimentato a corrente o batteria, progettato dalla Godrej & Boyce. L'aspetto è simile a una valigia frigo, ma rispetto a un concorrente tradizionale il costo è inferiore di un terzo. Un risultato ottenuto abbassando da 200 a 20 le parti che lo compongono e facendolo distribuire dai clienti stessi anziché da una tradizionale rete commerciale. Sempre sul fronte domestico è recente l'ingresso di Tata Chemicals nel mercato dei purificatori d'acqua: lo Swach non necessita di essere allacciato né alla rete idrica né a quella elettrica ed è disponibili

in due versioni da 749 e 999 rupie (11-15 euro).

Siccome in India l'incapacità di distribuire acqua pulita è pari solo a quella di fornire corrente elettrica, l'altro settore in cui la concorrenza va facendosi serrata è quello dell'illuminazione a energia solare. Si va da un'impresa globalizzata come d.light (sede in India, fabbrica in Cina e management americano) a una orgogliosa di assemblare le proprie lampade appena fuori Delhi come Cosmos Ignite. Entrambe mettono sul mercato sia prodotti a basso costo (500 rupie, 7 euro), che apparecchi più sofisticati in grado di far luce e ricaricare i cellulari. «Io la chiamo "frugal innovation"», spiega Amit Chugh, fondatore e Ceo di Cosmos Ignite. «Siamo cresciuti con pochi mezzi, capitali modesti e un buon livello di scolarità. Non credo che ci sia nessuno meglio attrezzato di noi per mettere a punto soluzioni innovative rivolte a chi ha un basso potere d'acquisto».

È pensando all'India rurale che la Vortex di Chennai ha progettato un bancomat low cost che può essere installato anche nei villaggi in cui l'entità dei prelievi non ha mai giustificato veri investimenti tecnologici. «Un bancomat normale costa dai 4 ai 5 lakh (5.800-7.300 euro) e consuma tra i 1.000 e i 1.500 Watt più altri 1.000 per l'impianto di condizionamento senza il quale in India non potrebbe funzionare», spiega Sabarinath C. Nair, un senior engineer della Vortex. «Il nostro Gramateller costa 2 lakh, consuma tra i 50 e i 100 watt e funziona a 0 come a 50 gradi. Così, non solo il condizionatore è superfluo, ma per alimentare il sistema basta un



pannello solare da 4 metri quadrati». Gli accorgimenti che hanno reso possibile il miracolo sono: un computer (con sistema operativo Linux) al posto dei due abituali; un monitor piccolo e monocromatico al posto di uno grande e multicolore; la decisione di stipare le banconote nella parte superiore della macchina anziché al fondo, sfruttando la forza di gravità al posto del sistema che nei comuni bancomat le pesca dal basso.

Un esempio di come la necessità di contenere i costi non di rado abbia suggerito percorsi più lineari di quelli battuti quando si opera in condizioni più favorevoli. «Venire a produrre in India solo per sfruttare la manodopera a buon mercato dà dei vantaggi competitivi», sostiene il Ceo di ReaMatrix, Bala Manian. «Ma è investendo nelle persone in grado di progettare nuove soluzioni a costi più bassi che in Occidente che un'azienda può creare le condizioni per crescere sul lungo periodo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA