

SALUTE

LA NOVITÀ

La pillola contraccettiva dei 5 giorni dopo adesso si può comprare anche in Italia

D

opo un iter durato un paio d'anni, è in vendita da ieri nelle farmacie italiane un altro contraccettivo d'emergenza, la pillola dei cinque giorni dopo, nome commerciale EllaOne (principio attivo ulipristal acetato), commercializzata dall'azienda HraPharma, la stessa che produce l'altro contraccettivo d'emergenza, il NorLevo, da utilizzare invece entro i tre giorni da un rapporto sessuale considerato a rischio. EllaOne è stata approvata dall'Aifa (agenzia italiana del farmaco) che ha posto come condizioni per il suo utilizzo una prescrizione medica e un test di gravidanza negativo (basato sul dosaggio dell'Hcg beta).

Ma, secondo una videoinchiesta del canale satellitare Doctor's Life (Sky), è possibile da tempo acquistare il farmaco su internet senza rispettare i due passaggi previsti dalla legge italiana e ad un costo nettamente superiore (60 euro contro i 35 che costerà nelle farmacie). La consegna è molto rapida e si deve soltanto rispondere ad un generico questionario medico on line. Di dubbi però ce ne sono tanti: in primo luogo la sicurezza dei farmaci acquistati su internet, poi il rischio dell'autoprescrizione e del ricorso continuo a questo tipo di contraccezione.

La Sigo (società italiana ginecologi ospedalieri) aveva subito dato il suo parere negativo sull'obbligo del test di gravidanza, che in altri paesi non è previsto e rischia di scoraggiare le donne, dirottando le appunto su internet. Inoltre - come ha sottolineato il farmacologo Silvio Garattini all'Adnkronos Salute - non ci sono garanzie sulla fonte di approvvigionamento e sul contenuto delle compresse e si possono rischiare danni legati alla mancata assunzione del principio attivo che si crede di aver preso, senza dimenticare che può avere anche alcuni effetti collaterali».



Maternità

Presentati i nuovi dati dell'Osservatorio

tra le quattro e le otto mila le coppie che si sono rivoite ai centri esteri nello scorso anno

Turismo procreativo, nella metà dei casi non è per i divieti

ELVIRA NASELLI

Si continua ad andare all'estero per tentare di avere un figlio con la procreazione assistita (Pma). Quattromila coppie nel 2011 - ma è una cifra che secondo il ginecologo Carlo Flamigni potrebbe anche essere doppia - hanno varcato la frontiera per affrontare il travagliato percorso della Pma. Quel che è strano, però, è che soltanto la metà delle coppie è andata all'estero per la donazione di spermatozoi o di ovociti, pratica vietata in Italia. Le altre donne sono partite per sottoporsi a trattamenti che avrebbero potuto fare qui. Con costi, disagi e incomprensioni certamente minori. Fanno eccezione i casi di maternità surrogata, una trentina quelli accertati. Qui, oltre all'aggiornamento del divieto nazionale ci sono problemi legali al rientro, con un riconoscimento non scontato da parte dello Stato del certificato di nascita e dell'attestazione di genitorialità. Se il riconoscimento non arriva (ed è capitato) la coppia è accusata di alterazione dello stato di nascita, reato punito con la reclusione da 3 a 10 anni.

I dati sono quelli che, per il quarto anno, mette insieme l'Osservatorio del turismo

procreativo. Con qualche curiosità. «Quest'anno su 90 centri esteri contattati - ragiona Andrea Borini, presidente dell'Osservatorio - hanno risposto solo in 39, e dunque i numeri che abbiamo sono riferiti soltanto a quelli. Inoltre abbiamo notato qualche reticenza a rivelare la tipologia di trattamento cui si sottopongono gli italiani. Non abbiamo nulla contro i centri esteri, ce ne sono alcuni che hanno fatto e continuano a fare la storia della medicina riproduttiva ed è comprensibile che si vada dove l'offerta è migliore. Altri, però, non hanno all'attivo neanche una pubblicazione scientifica e il loro successo è legato solo al passaparola tra pazienti».

Spesso, infatti, le coppie decidono di espatriare per scarsa conoscenza: dopo la legge 40, e le successive diverse sentenze, ultima quella della Corte Costituzionale del 2009, pensano che in Italia la coppia affetta da malattie genetiche non possa eseguire la dia-

per malattie genetiche

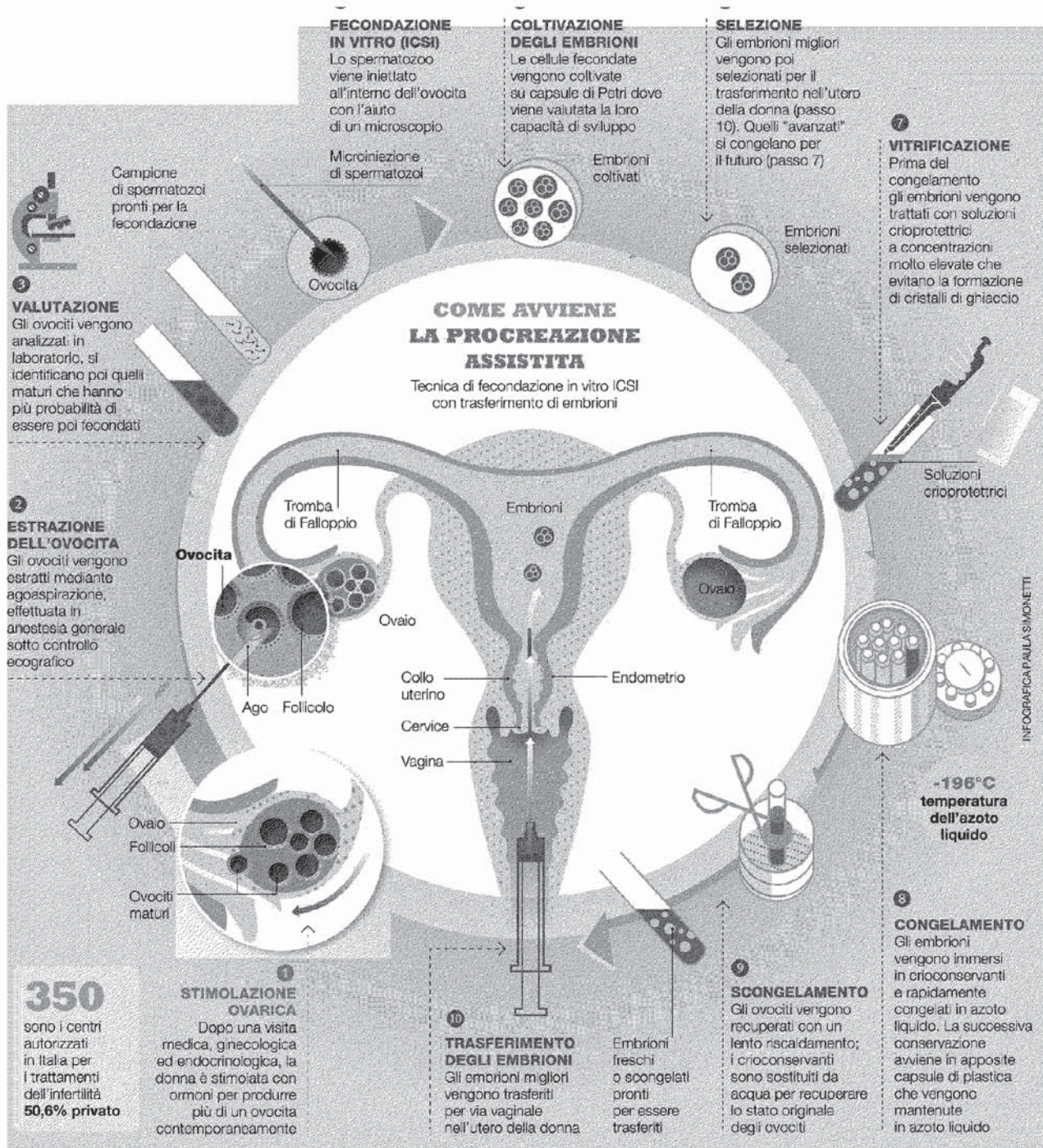
gnosi pre-impianto dell'embrione o che persista il divieto di congelarli o che non si possano fecondare più di tre ovociti, cosa che per una donna di 40 anni equivale ad abbassare drasticamente le chance. Infine è il medico, con la donna, a decidere quanti embrioni trasferire, con l'obiettivo di evitare una gravidanza multipla.

Occorre - secondo Carlo Flamigni - un'attenzione maggiore ai diritti delle coppie. «Chi va all'estero per la donazione di ovociti - spiega - che garanzie ha? La Spagna ha quasi esaurito le donatrici locali e ricorre ad ovociti argentini e russi, ma a che test li sottopone? Soltanto la Francia utilizza ovociti ed embrioni congelati per poter fare il test dell'Aids, perché altrove non è così? Il rischio business è concreto, bisogna proteggere le coppie». E certamente la notizia del guasto al San Filippo Neri di Roma, con la distruzione degli embrioni, non tranquillizza neanche chi decide di restare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ancora pochi sanno che è consentita di nuovo la diagnosi preimpianto





IN CIFRE

CASISTICA
 63.840 coppie trattate con tecniche di procreazione medico assistita (Pma). Dati 2009 Ies

85.385 cicli di fecondazione in vitro

16,4% Gravidanze ottenute

14.033 Gravidanze ottenute

12,7% Bambini nati vivi

LE COPPIE ALL'ESTERO
 Osservatorio turismo procreativo 2012. Indagine su 39 centri esteri

4mila coppie all'estero nel 2011

2mila per trattamenti eterologhe donazione di ovociti e spermatozoi

2mila trattamenti omologhe che potrebbero fare anche in Italia

1° posto SPAGNA **2° posto SVIZZERA** **3° posto R. CECA**



ROMA, L'INCHIESTA SUL GUASTO NEL CENTRO DI PROCREAZIONE ASSISTITA

“Embrioni distrutti, errore umano”

È l'ipotesi
della società
che gestisce
l'impianto

GRAZIA LONGO
ROMA

Guasto tecnico o errore umano all'impianto di crioconservazione del centro di Procreazione medicalmente assistita (Pma in sigla) del San Filippo Neri? In attesa che stamattina venga consegnata la relazione della ditta Air Liquide che gestisce l'apparecchiatura, si scopre che l'allarme giunto alla società non era «di intervento urgente» e che potrebbe essersi trattato di uno sbaglio. Da parte di chi? C'è stato un ritardo fatale per i 94 embrioni, oltre ai 130 ovociti e ai 5 campioni di liquido seminale? Qualcuno ha commesso un errore? Al momento l'inchiesta della procura - avviata

dopo l'esposto del direttore generale dell'ospedale - non sembra ravvisare responsabilità di carattere penale.

La questione potrebbe quindi essere affrontata a livello di giustizia civile e il Codacons - che assiste 4 delle 34 coppie in cura per l'infertilità - annuncia richieste di risarcimenti milionari. Il direttore generale, Domenico Alessio, insiste nello scaricare la colpa sulla Air Liquide, «totalmente responsabile del corretto riempimento dei contenitori di azoto liquido all'interno della sala garantendone il corretto stato di livello e temperatura per un corretto stoccaggio dei campioni». Ma anche nell'ospedale è scattato l'allarme visivo e sonoro. Solo che non è stato notato perché installato al primo piano seminterrato - dove si trova l'impianto di crioconservazione - mentre il Pma è al secondo piano. I magistrati - il fascicolo è stato affidato al pm

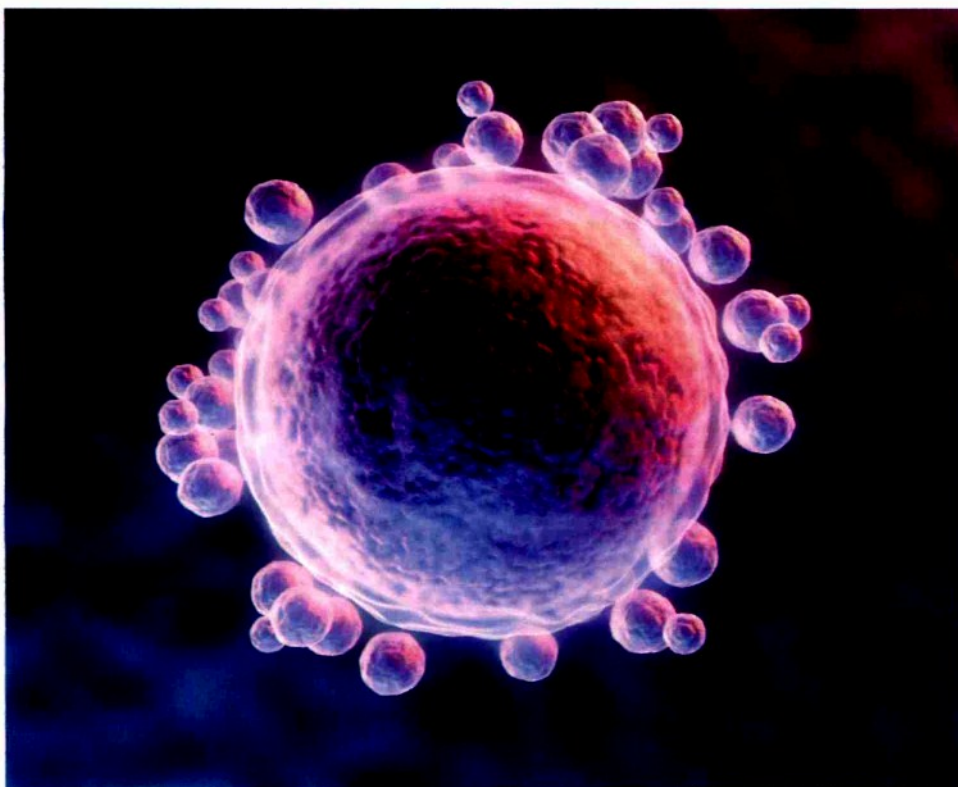
Antonio Calaresu - potrebbero prendere in esame le normative ospedaliere per individuare eventuali violazioni della normativa e delle procedure: in tal caso si potrebbero contestare delle contravvenzioni pagabili con pene pecuniarie. Gli inquirenti, comunque, escluderebbero l'ipotesi dell'interruzione di pubblico servizio perché si tratta di un reato doloso.

Oggi, intanto, gli ispettori del Centro Nazionale Trapianti effettueranno il sopralluogo per conto del **ministero della Sanità**, mentre ieri i carabinieri del Nas hanno ispezionato il centro acquisendo documenti ed effettuato verifiche. E c'è anche chi, come Edoardo Boncinelli, professore di biologia e genetica all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano, che avanza il dubbio, che il guasto sia frutto «di un boicottaggio».

BIOLOGIA RIPRODUTTIVA

Una nuova arma contro la sterilità

Dimostrata sperimentalmente per la prima volta la presenza di cellule uovo in donne adulte



Negli ultimi 60 anni si è sempre creduto che le donne nascessero già con un numero di ovociti prestabilito. Oggi il dogma è messo in discussione dalla ricerca di un team del Massachusetts General Hospital. In un recente studio, pubblicato su «Nature Medicine», Jonathan Tilly e colleghi hanno infatti dimostrato la presenza di cellule staminali ovariche (OSC) nelle ovaie di sei donne in età riproduttiva.

Gli autori hanno sfruttato un metodo che permette di selezionare, grazie a un'etichetta fluorescente, le cellule staminali che sono presenti all'interno del tessuto ovarico. Essi hanno usato un anticorpo fluorescente che si lega a una proteina specifica (Ddx4) presente sulla superficie delle cellule staminali, ma non su quella delle cellule uovo nei successivi stadi di differenziazione. I ricercatori hanno poi separato le cellule fluorescenti dalle altre: le prime, coltivate in laboratorio, erano in grado di generare spontaneamente ovociti immaturi apparentemente normali. Una volta iniettati nei topi, gli ovuli immaturi erano in grado di generare sia follicoli sia cellule uovo mature.

Non c'è ancora alcuna prova che le OSC possano formare nuove cellule uovo in maniera naturale nel corpo. Ma la possibilità di usare queste nuove staminali per generare in vitro ovociti da impiegare con successo nella fecondazione in vitro, potrebbe cambiare il volto della riproduzione assistita.

Lavorando sulle staminali, anziché sugli ovuli, si potrebbero eliminare molte delle difficoltà associate alla fecondazione *in vitro*. Le cellule uovo potrebbero essere estratte da piccoli frammenti di ovaio prelevati in laparoscopia: da una porzione di soli tre millimetri di tessuto è possibile ricavare almeno 100 cellule staminali che, coltivate in laboratorio, possono dare origine a milioni di potenziali ovociti. Ciò significherebbe una quantità illimitata di cellule uovo per le donne che hanno un tessuto ovarico che ospita ancora OSC.

A beneficiarne potrebbero essere, per esempio, le pazienti malate di cancro, donne in menopausa precoce o anche semplicemente coloro che vanno incontro a un normale processo di invecchiamento cellulare.

Enrico Properzi



«I medici siano più responsabili Ma non criminalizzateli»

Il ministro Balduzzi: ogni errore diventa un dramma

Sandro Bennucci

• FIRENZE

«**SU QUELLA** che voi giornalisti chiamate la 'strage degli embrioni' al San Filippo Neri di Roma, ho chiesto un'immediata relazione al Centro nazionale trapianti, e un rapporto al dipartimento sanità pubblica. Poi bisognerà migliorare percorsi e procedure...». **Renato Balduzzi, ministro della salute**, accetta l'intervista 'a tutto campo' a Palazzo Sacratì Strozzi, affacciato sulla Cupola del Brunelleschi, davanti all'assessore della Toscana, Daniela Scaramuccia, e agli ufficiali dei carabinieri del Nas, durante la firma del protocollo per la salvaguardia alimentare ma anche della sicurezza e la qualità delle strutture sanitarie. Obiettivo: combattere sprechi e abusi.

Ministro Balduzzi, teme che vengano fuori responsabilità gravi sulla vicenda del San Filippo?

«Ho chiesto l'invio di ispettrici di grande qualità, anche a livello internazionale, per capire cos'è

successo e per valutare il percorso di una vicenda decisamente grave».

Pensa a clamorosi errori? Purtroppo, non passa giorno che la sanità italiana registri casi terribili: pensi al paziente morto all'ospedale Versilia per il distacco dei punti di sutura messi a macchina...

«Riguardo al San Filippo ripeto: voglio accertamenti precisissimi. Quanto al paziente del Versilia, posso dire che su queste macchine esiste un problema di maggiori garanzie. Ma non è una questione solo italiana: anzi, noi abbiamo presentato proposte all'Ue per migliorare le norme sui dispositivi medici».

E per le responsabilità dei medici che cosa pensa di fare?

«Bisogna richiamare tutti a un grande senso di responsabilità, a una grande attenzione. Gli errori, in sanità, si trasformano in drammi. Ma è ovvio che mi preoccupa anche del lavoro dei medici, sempre nel mirino: se pretendono troppe analisi

vengono accusati di sprecare soldi, se ne vogliono poche, possono essere additati di superficialità. Servono equilibrio e garanzie per tutti: porterò in consiglio dei ministri una proposta per migliorare anche le coperture assicurative».

È in arrivo una rivoluzione nell'omeopatia: dopo 17 anni arriva una direttiva europea che promuove sul mercato i nuovi preparati...

«Sì, ma io chiederò controlli e vigilanza. I Nas non devono pensare solo alla sicurezza alimentare. Anche qui occorre un assetto equilibrato fra la medicina tradizionale e le pratiche alternati-

CAMICI BIANCHI

«I casi recenti di corruzione? Frodare il servizio sanitario vuol dire frodare la salute»

ve. Un ministro deve pensare a un solo soggetto: il cittadino che si trasforma in paziente».

Anche quando paga prestazioni intramoenia, eppoi non sa dove vanno a finire i suoi soldi? Il presunto caso di peculato del professor Dini, a Firenze, è raro o no?

«Casi di peculato e corruzione, nella sanità, sono prima di tutto gravi. E quello di Firenze, per quel che ne so, non sarebbe un fenomeno limitato. Chi froda il servizio sanitario froda la salute. Rispetto la presunzione d'innocenza, ma i risultati delle indagini, spesso, parlano da soli. Deve finire il regime delle proroghe. Fra breve proporrò al Parlamento linee guida su controllabilità e tracciabilità della libera professione medica».

Pensa a nuovi tagli della sanità?

«I tagli li fa il chirurgo, io voglio una riorganizzazione seria. Anche strutturale. Un esempio? Entro febbraio 2013 gli ospedali psichiatrici giudiziari dovranno essere chiusi. O riconvertiti. Le condizioni ora ci sono».



DECISO

**Renato Balduzzi,
ministro
della Salute**

(Prisma)

INCONTRO MINISTERO-REGIONI

Sei tavoli per il Patto salute: ora chiarezza sulle risorse

La prossima settimana focus sull'attuazione della manovra estiva 2011

Possibili margini di tempo più ampi

Il prossimo appuntamento è per mercoledì 4 aprile. Intanto sono al lavoro sei tavoli operativi Regioni-Salute, dedicati a ticket, Lea, cure primarie, beni e servizi, dispositivi e piani di rientro, gli strumenti con cui Governo e governatori continueranno a lavorare per arrivare a un accordo sul Patto per la Salute 2013-2015 entro la fine di aprile. Intanto Salute e Regioni hanno fatto il punto sulle priorità di cui si dovrà occupare il Patto a partire dalle problematiche della gestione delle disposizioni previste dalla manovra estiva del precedente Governo. Le Regioni hanno ribadito la necessità di ridiscutere il fabbisogno 2013 e 2014 in relazione al taglio fatto dal precedente Governo che non consente la sostenibilità del Ssn: 8 miliardi e l'obbligo di intesa entro il 30 aprile sulle modalità di attuazione.

È questo il risultato dell'incontro della scorsa settimana al ministero tra la delegazione delle Regioni e il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, presente il sottosegretario all'Economia, **Gianfranco Polillo**.

Le prime indicazioni per quanto riguarda gli aspetti finanziari sono di non modificare l'attuale impalcatura dell'assistenza **farmaceutica**, di posticipare nel caso gli interventi su beni e servizi e di anticipare eventualmente l'introduzione dei ticket previsti dal 2014, da rimodulare ma la cui entità rimarrebbe di 2 miliardi. All'incontro si è parlato anche dell'introduzione di una ipotetica franchigia sulle prestazioni (ricoveri compresi) su cui però le Regioni sono scettiche perché oltre la franchigia si rischia la moltiplicazione delle prestazioni.

«Abbiamo analizzato il documento che le Regioni ci hanno presentato per integrare il nostro - ha spiegato Balduzzi - e siamo andati avanti sulle modalità con cui attuare la manovra estiva del 2011».

Sui piani di rientro, in particolare, ci si concentrerà non solo sulla questione economica ma anche sulla sostenibilità, come chiedono le Regioni. «Questo - ha spiegato il ministro - è anche il nostro punto di vista». Si tratta, infatti, più propriamente «di piani di riqualificazione e rientro, perché mettendo a posto i conti diamo anche migliori prestazioni sanitarie», ha concluso.

«Il ministro - ha spiegato **Luca Coletto**, assessore veneto alla Sanità e responsabile della commissione Salute delle Regioni - ha accolto il documento preliminare condiviso dalle Regioni e consegnato al tavolo col ministero. Ci reincontreremo la settimana prossima per capire quale sarà, più concretamente, la progettualità. Nella riunione «non sono stati approfonditi i temi, ma lo faremo nei prossimi incontri». Coletto si è detto fiducioso per la chiusura di un accordo entro il 30 aprile. «Ce la faremo a trovare una modalità. Sono convinto che chiuderemo per il 30 aprile. E ci saranno sorprese positive».

Oggi «ci siamo concentrati - ha aggiunto il lombardo **Romano Colozzi**, capofila degli assessori al Bilancio - sul tema dell'attuazione della manovra. Cominciano a essere fatte ipotesi di larga massima». E per quanto riguarda la scadenza del 30 aprile, ha sottolineato, «i provvedimenti entreranno in vigore in realtà il 1° gennaio, quindi penso che ci possa essere un margine più ampio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

Dolore

Le nuove linee guida europee

spesso disattese. Perché il mercato preferisce farmaci più cari

Morfina miglior analgesico
“ma usato sempre di meno”

AUGUSTO CARACENI *

Le linee guida europee sull'uso degli oppioidi sono appena state aggiornate, ma sembrano già fuori moda: se guardiamo, infatti, a come si usano oggi questi farmaci in Italia, le raccomandazioni della European Association for Palliative Care, appena pubblicate sulla rivista scientifica internazionale *Lancet Oncology* e di cui l'Istituto Nazionale dei Tumori è primo autore, sono già in gran parte disattese.

Eppure è fondamentale che tutti i medici seguano le migliori pratiche contro il dolore da cancro: non è ancora un problema risolto e solo l'uso degli oppioidi come la morfina garantisce a tutti i malati di ottenere sollievo e qualità di vita.

Un esempio di come la pratica si discosti dalla teoria? Il documento raccomanda l'uso della morfina (per praticità e basso costo) e dei farmaci per via orale mentre i consumi degli italiani vedono al primo posto particolari cerotti che rilasciano altri oppioidi e che rappresentano, secondo uno studio dell'*European Journal of Pain* del 2011, ben il 16% del totale. Nonostante le raccomandazioni della scienza, l'uso della morfina è in costante diminuzione: oggi è solo il 2,8% degli oppioidi utilizzati, a favore di farmaci più nuovi e redditizi per il mercato. Le logiche del mercato, quindi, contraddicono le evidenze scientifiche.

All'opposto, è facile capire il timore di alcune agenzie governative, come il National Institute for Health and Clinical Excellence britannico, che, per il contenimento della spesa, limitano l'uso

dei farmaci a quelli più vecchi (gli stessi usati negli anni '80) e meno costosi. Purtroppo, però, se si riducono i costi si possono deludere le necessità dei malati affetti da dolore.

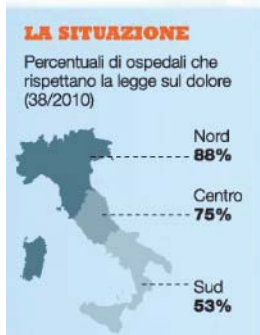
Le linee guida servono proprio a trovare un equilibrio tra queste due esigenze. Un esempio per tutti: le raccomandazioni riconoscono l'importanza del fentanyl, un nuovo oppioide simile alla morfina in compressa da sciogliere in bocca o in spray nasale. Ma costa 9 euro a dose contro i 90 centesimi di una dose di morfina in sciroppo. Si tratta di preparati molto più costosi ma anche molto più potenti e pratici nella somministrazione. Le raccomandazioni europee indicano il compromesso: consentirne l'uso ma limitarlo ai dolori che non passano la tradizionale morfina.

L'attenzione ai costi è importante ma non dimentichiamo che la spesa per gli oppioidi è una goccia nel mare della spesa farmaceutica italiana. Credo, quindi, che sia giusto giudicare le cure palliative anche sulla base di criteri economici, ma che sia altrettanto giusto garantire il sollievo della sofferenza in ogni fase della malattia. Le linee guida europee devono essere il riferimento su ciò che già conosciamo sull'efficacia di questi farmaci ma anche sul fatto che molto dobbiamo ancora scoprire e che le risorse impiegate per la ricerca sul dolore sono insufficienti.

* Direttore Cure Palliative,
Istituto Nazionale dei Tumori,
Milano

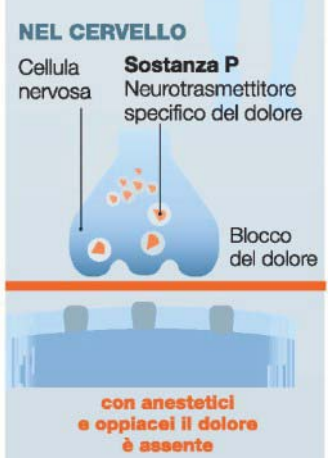
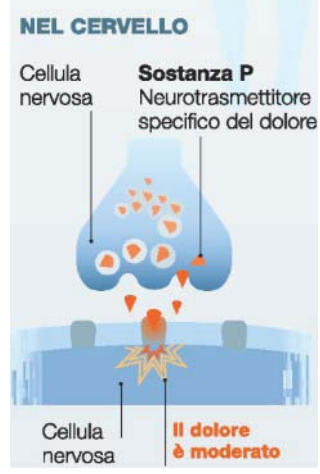
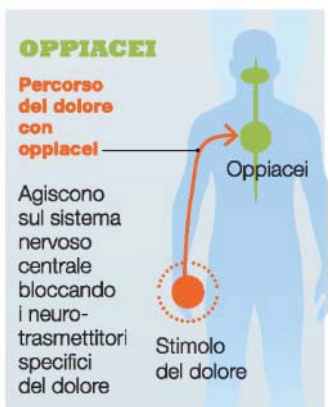
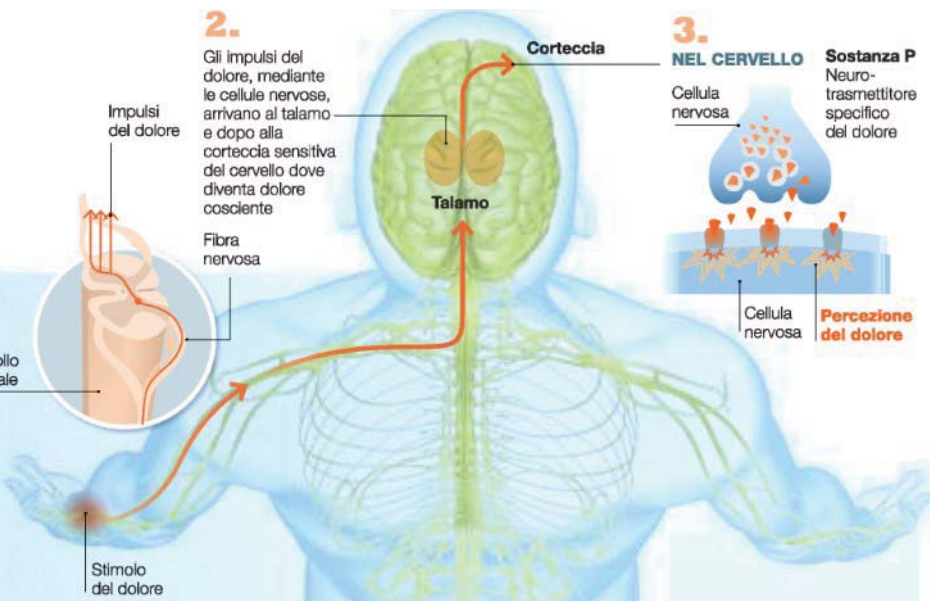
© RIPRODUZIONE RISERVATA





IL PERCORSO DEL DOLORE

1.
 I recettori sensoriali trasmettono gli stimoli del dolore mediante le fibre nervose periferiche al midollo spinale, nella colonna vertebrale



INFOGRAFICA PAULLA SIMONETTI

Ricerca dell'Università dei Genova sulle nuove norme per la distribuzione **farmaceutica**

Liberalizzazioni col fiato corto

Ancora troppe rendite di filiera - Manca la concorrenza multicanale

Il decreto liberalizzazioni? Altro che rivoluzione in farmacia. Se l'intenzione era quella di spazzar via le "rendite di filiera" e difendere il potere d'acquisto dei consumatori e il contenimento dei costi a carico del Ssn è appena un buffetto sulla guancia.

Le misure strutturali che pure vi sono state lodevolmente inserite lasciano infatti inalterate procedure delicate come la determinazione dei prezzi e dei margini per i **farmaci** a carico del Ssn nonché il divieto di vendere **farmaci** di classe C nelle parafarmacie e nei comer: così «sarà tutt'al più possibile incentivare la concorrenza tra le farmacie ma non sarà attivata quella concorrenza multicanale da cui deriverebbero i maggiori vantaggi per il consumatore».

Mentre è ancora altissima la tensione su contenuti ed effetti delle norme "cresci-Italia", appena approvate in Parlamento, a sostenere che sulle farmacie si poteva "fare di più" è una ricerca realizzata da Gianni Cozzi e Cinzia Panero, rispettivamente docente e ricercatrice di Marketing presso la facoltà di Economia dell'Università di Genova. Presentato venerdì scorso nell'Ateneo nel corso di un convegno dal titolo evocativo - "La distribuzione dei **farmaci** in Italia: difesa della salute o difesa delle rendite?" - lo studio fa da cesura tra due "ere": «Quando in novembre abbiamo ultimato la stesura di questo rapporto - spiegano gli autori in un post scriptum - la chiusura del precedente governo nei confronti di tutti i processi di "liberalizzazione" nei settori caratterizzati dalla percezione di rendite ingiustificata da parte degli "insiders" e da "barriere istituzionali all'entrata" nei confronti degli "outsiders" anziché attenuarsi, si era complessivamente rafforzata».

Ma il nuovo corso del Gover-

no Monti non sembra cambiare granché le carte in tavola: «Solo modificando congiuntamente in senso pro-competitivo i principali aspetti strutturali della distribuzione dei **farmaci** ("pianta organica" e bundling in particolare) e le normative che, per i **farmaci** di classe A, connettono la remunerazione dei produttori con quella dei distributori, nonché consentendo la distribuzione di almeno una parte dei **farmaci** di classe C anche ai canali di distribuzione alternativi (parafarmacie e corner) in cui l'obbligatoria presenza di farmacisti iscritti all'albo professionale è garanzia della tutela della salute - concludono i ricercatori - è possibile incidere in misura significativa sulle rendite che allignano nella filiera».

Oltre cento pagine di analisi impietosa - condotta per conto di Coop Liguria - sviscerando tutti gli aspetti della produzione e distribuzione **farmaceutica** giungono a quattro conclusioni inequivocabili nonché "pesanti" per tutti gli attori del sistema:

1. le componenti più rilevanti della filiera - industria produttrice e farmacisti convenzionati - con il Ssn sono sostanzialmente statiche;

2. il permanere di un sistema di determinazione dei prezzi amministrati dai **farmaci** che incentiva di fatto comportamenti collusivi tra i principali attori della filiera e si traduce in un aggravio dei costi a carico del Ssn, contribuendo anche a disincentivare l'innovazione produttiva da parte dell'industria **farmaceutica** insediata in Italia;

3. la contraddizione tra liberalizzazione dei prezzi dei **farmaci** di fascia C (con obbligo di ricetta ma a totale carico degli utilizzatori) e la mancata liberalizzazione dei loro canali di distribuzione al dettaglio impedisce di fatto una concorrenza all'interno del canale, che li distribuisce in esclusi-

va;

4. l'esempio di una sana liberalizzazione è quello derivante dalla prima lenzuolata Bersani con la distribuzione multicanale dei **farmaci** senza ricetta (Sop e Otc), di rilevanza molto limitata quanto a fatturato e quote di mercato eppure tradottasi in una consistente riduzione dei costi a carico dei cittadini.

Le conclusioni si basano su un confronto serrato con le discipline vigenti nei principali Paesi europei: «In tutti la filiera del **farmaco** è sottoposta ai paletti di carattere pubblicistico propri, nella cultura europea per un settore rilevante per la difesa della salute umana e, in varia misura, con costi a carico dei servizi sanitari nazionali - scrivono Cozzi e Panero - ma solo in Italia sono presenti "tutti" i vincoli: anche quelli - come la pianta organica delle farmacie e il bundling tra proprietà ed esercizio - meno giustificabili dal punto di vista delle esigenze di difesa della salute umana».

Per non parlare dei meccanismi istituzionali, come la determinazione congiunta della remunerazione dei produttori e di quella dei distributori «privi di una corretta giustificazione economica e tali da facilitare comportamenti collusivi tra i vari attori della filiera».

Meglio di noi sta anche la Francia - giudicato «il Paese europeo meno aperto ai cambiamenti in materia» - dove i meccanismi più a rischio sono da tempo in fase di revisione, a partire dall'introduzione del "fee for service" (il pagamento a prestazione e non in percentuale sul prezzo della scatola) per separare la remunerazione dei servizi resi dalle farmacie da quella dei produttori di medicinali. In Italia se ne parla da tempo ma tutto è ancora rinviato al tavolo della convenzione lungi dall'essere attivato.

E che questo fattore sia diri-

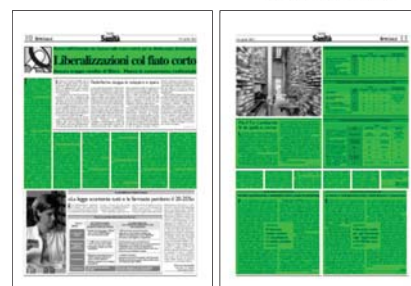
mente lo dimostra in particolare l'esegesi dei comportamenti di filiera rispetto alla paventata liberalizzazione della vendita dei **farmaci** di fascia C: sulla bocciatura dei relativi emendamenti - sottolineano gli autori dello studio - ci sono stati l'ovvio ed esplicito sostegno da parte di Federfarma e l'assoluto silenzio da parte di produttori e distributori intermedi.

Un silenzio che è facile interpretare come «un sostanziale assenso al mantenimento dello "status quo" che, nonostante le divergenze di interessi tra le parti, consente a tutti gli attori della filiera di non doversi misurare con gli effetti competitivi a largo raggio che deriverebbero dal venir meno dell'esclusiva di vendita di cui fruiscono le farmacie nel campo di tutti i **farmaci** soggetti a prescrizione medica, compresi quelli non a carico del Ssn».

Un sereno jaccuse che non manca di evidenziare il momentaneo "salvabile" della situazione italiana: il livello comparato dei prezzi medi al consumo dei **farmaci** di classe A non è complessivamente più elevato rispetto a quello di alcuni Paesi europei, in particolare della Germania. Ma è una vittoria di Pirro: i prezzi "bassi" - si fa notare - «dipendono essenzialmente dai minori livelli dei prezzi ex fabrica contrattati per i **farmaci** innovativi rispetto a quelli già da tempo sul mercato». Ovvero - come da sempre sostengono le imprese - dallo scarso riconoscimento reso nel nostro Paese all'innovatività che contribuisce a disincentivare l'innovazione produttiva dell'industria **farmaceutica** italiana e la sua competitività internazionale. Senza aiutare come si è visto più di tanto il Ssn o i cittadini.

pagine a cura di
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Aspetti strutturali riguardanti la distribuzione al dettaglio dei farmaci rimborsabili

	Paesi				Orientamento commissione Ue
	Italia	Germania	Francia	Regno U.	
Pianta organica farmacie	Si	No	Si	No	No
Bundling proprietà/esercizio	Si	Si	Si	No	No
Presenza di catene di farmacie	No	No	No	Si	Si
Incentivi alla distribuzione in zone disagiate	Si	No	No	Si	Si
Partecipazione dei medici alla distribuzione dei farmaci	No	No	No	Si	-

Liberalizzazione canali di distribuzione farmaci Sop e Otc

	Paesi				Orientamento commissione Ue
	Italia	Germania	Francia	Regno U.	
Liberalizzati	Si*	Si	No	Si	Si
Con vincolo presenza farmacista	Si	No	Si	No	No per Sop e Otc/ Si per eventuale estensione a farmaci di classe C
Con vincolo bundling	No	No	Si	No	No
Con presenza determinante Gdo	No	No	No	Si	-
Con prezzi liberalizzati	Si	Si	Si	Si	Si

(*) Solo parafarmacie e corner Gdo

Criteri sottostanti al pricing dei farmaci di classe A

	Paesi			
	Italia	Germania	Francia	Regno U.
Connessione tra remunerazione dei produttori (prezzi ex fabbrica) e remunerazione dei distributori	Proporzionalità	Parziale proporzionalità	Parziale proporzionalità	Completa separazione dei criteri di determinazione
Prezzi ex fabbrica prodotti innovativi (al lancio)	Amministrati (contrattati)	Liberi	Amministrati (contrattati)	Liberi
Differenziali prezzi ex fabbrica prodotti innovativi, altri prodotti on patent	Basso	Alto	Medio/alto	Alto
Procedure di payback da parte dei produttori	Si	No	No	Si
Differenziali prezzi prodotti on patent generici	Alto, negli anni più recenti	Alto	Alto	Alto
"Tetti" tassativi delle spese a carico dei Servizi sanitari nazionali	Si	Non tassativi	Non tassativi	Non tassativi

Ma il Tar Lombardia fa da spalla ai corner

Le farmacie hanno il diritto di dispensare tutti i farmaci prescritti su "ricetta bianca", indipendentemente dalle fasce in cui sono classificati, essendo l'acquisto sostenuto di tasca propria dal cittadino, senza rimborso del Ssn. Mentre le farmacie incassano la promessa di un puntello contro la norma sui pensionamenti, il Tar Lombardia - con ordinanza depositata il 22 marzo - ha riaperto i giochi delle liberalizzazioni al bancone, rinviando la questione alla Corte di giustizia Ue.

Il Tar si è espresso sul ricorso presentato da una farmacia titolare di parafarmacia a Saronno che si era vista negare dalla Asl di Varese e dalla Salute l'autorizzazione a vendere tutte le specialità a totale carico del cittadino sia per uso umano che veterina-

rio. Il Tar ha ritenuto la riserva di vendita dei farmaci di fascia C ai soli titolari di farmacia sproporzionata rispetto all'obiettivo addotto di garantire alla popolazione un approvvigionamento di medicinali sicuro e di qualità, che «può essere realizzato con misure meno restrittive ed evitando profitti sproporzionati per i farmacisti già presenti sul mercato».

Analoghi ricorsi ai Tar di competenza sono stati inoltrati da farmacisti titolari di parafarmacia in diverse Province e Regioni d'Italia a valere su due essenziali argomenti: il farmacista abilitato, regolarmente iscritto all'Ordine, può dispensare tutti i medicinali; la "parafarmacia" è un esercizio riconosciuto dalla legge e soggetto alle norme vigenti anche per le farmacie (tracciabilità, conservazione ecc.) e non si vede ragione perché il farmacista che ivi opera possa dispensare solo farmaci non soggetti a prescrizione medica.

Ora la parola passa all'Europa.

CONTENDENTI ALLO SPECCHIO

Presidi e parafarmacie a confronto: tutti a scuola di marketing

Forti di una fidelizzazione di default, "addormentate" nei comportamenti marked oriented. Questo il profilo delle farmacie italiane come emerge dall'analisi su punti di forza e punti di debolezza delle farmacie, dettagliatamente analizzati nella ricerca degli economisti genovesi. In media ogni presidio dispone di un flusso di circa 200 clienti al giorno; i clienti sono in prevalenza donne (62%) e si recano in media in farmacia 1,4 volte al mese. Questi sono i fattori che - abbinati alla fiducia radicata nella figura professionale del farmacista - consentirebbero ai presidi grandi opportunità di vendita: «La conoscenza personale del farmacista di un'ampia quota della sua clientela - scrivono i ricercatori - può consentirgli anche di accreditare linee di prodotti adatti alle esigenze dei propri clienti disposti a sostenere un premium price». Un'arma che le farmacie non sembrano però più tanto orientate a utilizzare.

Tra i peccati originali dei titolari: l'impegno profuso più sulla difesa delle rendite di posizione che sulla competitività all'interno della categoria; la difesa normativa a spada tratta di una professione da esercitare singolarmente, senza possibilità di inserimento in organizzazioni a catena, a base succursalistica o associativa; la debolezza del marketing operativo; la scarsa inclinazione all'inn-store-merchandising. Ma più di tutto pesa «l'assuefazione a svolgere un'attività professionale istituzionalmente protetta e dotata nella gran parte dei casi di livelli soddisfacenti di redditività».

**Al bancone
troppa routine:
c'è assuefazione
al reddito protetto**

Parafarmacie: chi fidelizza vive. Per lo più di piccole dimensioni, solo in parte inserite in catene specializzate, non benedette da un flusso di clienti indotti a frequentarle indipendentemente dalle loro politiche attive di marketing, le parafarmacie sono costrette a fare della fidelizzazione un'arte raffinata. Per questo il marketing delle parafarmacie si basa oltre che sull'attrattiva e sulla relativa convenienza degli assortimenti anche sull'empatia e sulla personalizzazione dei rapporti con i clienti. Per i piccoli esercizi diventa dunque obbligatorio garantire un assortimento ampio di referenze per rispondere adeguatamente alle esigenze individuali dei clienti.

Tanto più perché la concorrenza su Sop e Otc con la farmacia resta difficile: per avere successo gli esercizi di vicinato devono riuscire a praticare prezzi stracciati senza poter contare neanche sugli sconti che i corner Gdo riescono a procurarsi anche sui prodotti di marca a fronte di grosse forniture. Proprio difficoltà oggettive di questo tipo e i vincoli normativi ancora esistenti hanno finora scoraggiato lo sviluppo di catene specializzate di distribuzione al dettaglio. Si tratta in genere di catene di dimensione ridotta, la cui gestione "marketing oriented" si focalizza più su elementi di specializzazione dell'offerta che su immagini di insegna affermate e il cui potere contrattuale nei confronti della maggioranza dei fornitori è limitato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STATO DELL'ARTE NELLA GDO

La forza è nell'ipermercato: centralizzare «conviene»

È nell'ipermercato che i corner della grande distribuzione possono realizzare una gestione economica sviluppando al tempo stesso una politica di prezzi competitivi. Lo studio degli economisti genovesi non ha dubbi: per ogni "angolo" è necessaria una «dimensione minima efficiente elevata». Il fatturato medio per ogni farmacista dipendente nei corner può essere stimato in 470mila euro annui (nel 2010), mentre quello per ogni farmacista nelle farmacie è leggermente inferiore (circa 430mila euro) e quello per ogni farmacista nelle parafarmacie decisamente inferiore (200-250mila euro).

In termini di marketing, i corner si avvalgono delle funzioni, delle capacità e del personale altamente qualificato delle insegne di appartenenza. Quasi tutte le attività, dall'organizzazione degli approvvigionamenti alle politiche di pricing, sono infatti in gran parte centralizzate. I marchi della grande distribuzione "grocery" dotati di corner salute sono quattro:

Coop, Conad-Leclerc, Auchan e Carrefour. Il numero dei corner attivi è aumentato: quelli di Coop sono passati dai 96 del 2009 a 100 nel 2010, quelli di Conad-Leclerc da 28 a 38. Nel primo consorzio l'87% dei corner è inserito in ipermercati, nel secondo il 55%. Questo spiega - dicono gli economisti genovesi - i diversi livelli di fatturato medio annuo per corner rilevati nel 2010: 773mila euro per Coop e 630mila per Conad.

Complessivamente il fatturato dei corner salute nel 2010 è stato di 61 milioni: prevalgono nettamente i parafarmaci e, tra i **farmaci**, gli Otc rispetto ai Sop. In

tutte e quattro le organizzazioni operano per ogni corner almeno tre farmacisti abilitati che si alternano nei turni. Secondo i monitoraggi dei differenziali di prezzo dei prodotti offerti nei corner rispetto a quelli omologhi venduti in farmacia, realizzati dai quattro marchi della Gdo, i risparmi per i consumatori sono stati di circa 17 milioni di euro solo per Coop e Conad-Leclerc.

L'analisi si sofferma poi sugli aspetti gestionali dei corner Coop che offrono informazioni, campagne di prevenzione, controlli gratuiti nel punto vendita e un sistema evoluto di farmacovigilanza. Pur essendo leader nel campo, Coop ha finora dotato di corner solo il 13% delle sue unità di vendita, proprio perché ha ritenuto necessarie dimensioni minime efficienti elevate. Particolari anche le scelte sugli assortimenti, per lo più omogenei e standardizzati (che facilitano gli approvvigionamenti e il potere di mercato nei confronti dei produttori): il corner tipo comprende circa 2mila

prodotti e oltre 1.450 sono parafarmaci. Per i **farmaci** l'assortimento si assesta su circa 330 tra Otc e Sop. Un unico distributore intermedio gestisce l'intera logistica per l'approvvigionamento dei **farmaci** e di una parte dei parafarmaci. E i singoli prezzi sono uniformi in tutti i corner (prezzo medio: 7,85 euro). Va da sé che l'autonomia decisionale dei responsabili dei corner è molto limitata.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Federfarma stoppa lo sciopero e spera

Il copione è lo stesso del 2006, dopo la prima "lenzuolata" Bersani. Giovedì 29 le serrande delle farmacie sono rimaste alzate. Un aggiustamento sulla questione del pensionamento dei titolari si troverà. Ma senza scioperi.

La decisione di revocare la serrata, pur permanendo lo stato di agitazione della categoria, è stata presa quasi all'unanimità mercoledì, nel corso di una sofferta assemblea straordinaria che ha dovuto fare i conti con le possibili defezioni di un nutrito gruppo di Regioni (Umbria, Piemonte, Toscana, Lazio) che avevano fatto sapere di giudicare la scelta della serrata improduttiva, anzi dannosa a livello d'immagine.

La presa di posizione più dura dal Piemonte: «Nonostante il giudizio fortemente negativo sulle misure contenute del Dl "cresci Italia" e ancor più sull'interpretazione fornita dal ministero della Salute su alcuni suoi aspetti (in particolare su limiti di età alla direzione della farmacia e sulla supposta soppressione della pianta organica), riteniamo lo sciopero una forma di protesta tardiva e inadatta, presa peraltro solo dalla dirigenza romana senza avallo da parte delle organizzazioni provinciali e regionali aderenti». Una stroncatura per l'attuale presidenza, anche se proprio l'annuncio dello sciopero sembra aver determinato la riapertura dei giochi sulla norma delle liberalizzazioni di Monti più odiata dai titolari: quella che impone agli over-65 di nominare un farmacista direttore, pena la chiusura della farmacia. Federfarma ha giudicato "inadeguata" l'interpretazione fornita dal ministero, che rischierebbe di privare del servizio **farmaceutico** oltre 1 milione di cit-

tadini, soprattutto quelli che risiedono nei piccoli Comuni, dove il giro d'affari del presidio non consente di largheggiare in assunzioni. La Salute del resto era stata ben attenta a non attribuirsi la paternità della norma in questione, precisando solo che quello era l'obiettivo a cui mirava il testo modificato e approvato dalle Camere.

Un concetto che il ministro, **Renato Balduzzi**, ha ribadito nell'apertura che è servita a puntellare la retromarcia di Federfarma sull'annunciata astensione dal servizio: «Con il testo così com'è quella era l'unica interpretazione possibile da parte degli uffici del ministero», ha spiegato, annunciando che «ci sono i margini per una riformulazione della norma e per assicurare la garanzia di tutte le esigenze coinvolte». Tanto è bastato a riportare in auge l'ipotesi di un emendamento al Dl sulle commissioni bancarie, approvato in fretta e furia dal Consiglio dei ministri il 23 marzo in vista di correttivi urgenti al neoapprovato Dl sulle liberalizzazioni.

Mentre qualche Regione discretamente stava già cominciando a interpellare i titolari in età per capire come intendessero muoversi, sta ora al Governo sciogliere il nodo in questione. L'obiettivo - ha ribadito più volte Federfarma - è quello di salvare le piccole farmacie. Ma una deroga che riguardi solo loro è impensabile: il limite per il pensionamento deve essere uguale per tutti. A far quadrare i conti potrebbe allora essere un rinvio al tavolo della convenzione per i dettagli del caso, prevedendo a esempio la perdita del legame con il Ssn per chi non va a riposo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PARERE DI COOP ITALIA

«La legge scontenta tutti e le farmacie perdono il 20-25%»

È una "liberalizzazione" - quella delle farmacie - che scontenta tutti. Se è vero che in primo luogo scontenta i consumatori che non potranno pagare di meno e trovare fuori dal circuito delle farmacie i medicinali di fascia C, scontenta ora anche Federfarma.

Forse Federfarma inizia ad accorgersi che a forza di opporsi ciò che ha portato a casa, ovvero l'aumento del numero delle farmacie, è a conti fatti un danno peggiore della tanto temuta liberalizzazione della fascia C. Vediamo che la versione finale della legge parla di una farmacia ogni 3.300 abitanti, quindi a regime almeno il 20% in più. Il che comporterà in media una diminuzione del fatturato che per ogni farmacia si attesterà su un -20/-25 per cento. A questa diminuzione occorre aggiungere un aumento dei costi di funzionamento dovuti alle nuove disposizioni contenute nello stesso decreto. Ergo gli sconti, tanto promessi e generati da un di più di concorrenza, difficilmente ci saranno per una semplice questione, ovvero che i farmacisti non se li potranno permettere. Con buona pace dei consumatori italiani. I conti dunque non tornano: bisogna pensare infatti che il giro d'affari di una farmacia è costituito per il 75% dai **farmaci** rimborsati dal Sistema sanitario nazionale, la classe C costituisce circa il 17% e, con la liberalizzazione della fascia C alla fine una farmacia media avrebbe rischiato di perdere al massimo il 2% del proprio fatturato.

Vincenzo Santaniello
Coop Italia - Dir. Sviluppo
Business&Innovazione

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scenari post-liberalizzazione sui farmaci		
Scenari Effetti	Se il Governo avesse liberalizzato la classe C (proposta iniziale poi ritirata)	Le misure approvate (non definibili liberalizzazioni e anzi anti-competitive)
Le farmacie attuali	<ul style="list-style-type: none"> Perdita del 2% del giro d'affari, pari a circa 30.000 €/anno per una farmacia media 	<ul style="list-style-type: none"> +20% aumento numero farmacie Riduzione media del giro d'affari del 20% per farmacia pari a circa 300.000 € Aumento costi logistici e di gestione
Parafarmacie e grande distribuzione	<ul style="list-style-type: none"> + 2.000 nuove parafarmacie + 25% aumento giro d'affari Potenziale sviluppo prodotti equivalenti 	<ul style="list-style-type: none"> Poche/nessuna nuova parafarmacia Riduzione del fatturato per aumento farmacie Veterinaria con ricetta e preparazioni galeniche: valore mercato prossimo allo zero Lista farmaci delistati: in attesa
Consumatori	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione dei prezzi fascia C: media mercato -8% per un valore di 250 milioni € Ulteriori risparmi con sviluppo equivalenti 	<ul style="list-style-type: none"> + facilità d'acquisto Nessuna economia di acquisto nelle farmacie Rischio di riduzione sconti nelle parafarmacie per riduzione giro d'affari
Conclusioni	Liberalizzazione positiva per tutti	Mercato ingessato in cui tutti perdono: farmacie, parafarmacie, consumatori



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

AUTISMO, TERAPIE SENZA DOGMI

Nell'approccio medico biologico e farmacologico si può trovare una cura che, dopo la sperimentazione, sia efficace per una determinata malattia. Spesso le opzioni terapeutiche sono più di una. A maggior ragione appare improbabile che nel campo dei disturbi intellettivi, cognitivi, affettivi, vi possa essere un'unica terapia. Invece proprio questo sta avvenendo con le linee guida sul "trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti", emanate dall'Istituto superiore di Sanità, che indicano come intervento psicologico valido solo quello cognitivo comportamentale. La decisione condiziona il lavoro dei centri di riabilitazione, che dovranno adeguarsi. Non essendo un esperto, non posso dire quale sia la cura migliore. Però, in occasione della Giornata mondiale per l'autismo, si sono moltiplicate le prese di posizione contro la scelta compiuta. Studiosi, molte associazioni e parlamentari di vari partiti domandano: se si adottano delle linee guida, si può al tempo stesso cancellare la ricerca e dimenticare gli altri studi di alto livello? E da quando in medicina si impone il pensiero unico, il dogma?

g.pepe@repubblica.it

Università, prof italiani tra i più pagati “Ma quanto è difficile salire in cattedra”

Secondi al mondo, dopo il Canada. Ecco cifre e carriere a confronto

Nella classifica della “retribuzione d’ingresso” scendiamo invece al decimo posto

CORRADO ZUNINO

ROMA — C’è prof e prof. E ci sono le loro buste paga. L’insegnante di scuola media e superiore guadagna poco. Tardi e poco. Il docente universitario italiano no. Guadagna in là con gli anni, diventa professore ordinario sulla soglia dei cinquanta, ma guadagna bene. Esce dal circuito ai settant’anni con uno stipendio netto tra i 5.000 e i 5.500 euro. In un’ipotesi virtuosa, ovvero stipendio base più 14 scatti d’anzianità e 5 ulteriori avanzamenti automatici, un cattedratico d’ateneo che ha esercitato a tempo pieno si congeda con 5.468,53 euro netti. Salari che in altre categorie di pari livello appartengono al passato. Nelle università resistono le buste paga pesanti: la riforma Gelmini non le ha intaccate.

Rivela tutto questo, o meglio lo ricorda, un’inchiesta diventata libro — “Paying the professors” — realizzata da Philip Altbach e quattro colleghi del *Center for international higher education*. Hanno fatto una comparazione mondiale di compensi, contratti ed eventuali benefit. I Paesi presi in esame sono 28 (ot-

to europei) e i risultati sono stati resi omogenei sulla base del costo della vita locale e dell’inquadramento delle figure professionali. Tutte le università considerate sono pubbliche, le private non pubblicano i “salary data”. Bene, l’Italia ha i professori meglio pagati al mondo dopo il Canada. Nel dettaglio, siamo al secondo posto (dietro il Canada) nella classifica dello “stipendio lordo medio”, che da noi significa un po’ più di 3.300 euro al mese (tra i sette e i nove scatti d’anzianità). Siamo terzi nel “top level” (5.468,53, appunto). Scendiamo, invece, nella paga d’ingresso: decimo posto insieme a Olanda e Argentina (il Canada è sempre primo).

L’analisi scopre cose curiose. Le università messicane per combattere la fuga dei cervelli verso gli Stati Uniti hanno previsto per i docenti un bonus per il primo matrimonio e a Natale bottiglie di cidro e tacchini congelati. Altre rivelazioni, basate sui valori tabellari offerti dai ventotto ministeri dell’Istruzione, sono di sostanza. Sudafrica, Arabia Saudita e Malesia, per esempio, hanno “top wages” più alte degli Stati Uniti. Gli Usa, e come loro Germania, Israele e Giappone, «faticano ad attrarre giovani talenti se non alzeranno gli stipendi più alti». La Nigeria, d’altronde, paga i suoi inse-

gnanti più o meno come Israele. Le recenti riforme tedesche hanno tagliato il 20-30% della parte fissa delle mensilità dei docenti, ma hanno aperto ai bonus basati sulle performance. In America Latina sette insegnanti su dieci sono part-time.

In molti Paesi le differenze tra professori d’eccellenza e la larga platea intellettuale degli atenei sono più alte che da noi. In molti stati, anglosassoni soprattutto, la paga è uno dei motivi d’attrazione in mano alle università, da noi gli stipendi sono decisi dal ministero. Nei Paesi di lingua inglese i docenti sono pagati per i periodi di insegnamento effettivo: 4 mesi, 9 mesi, poi devono andarsi a cercare consulenze altrove. Da noi, lo stipendio si prende tutti i mesi — anche in estate, con le università chiuse — e a Natale invece del tacchino arriva la tredicesima.

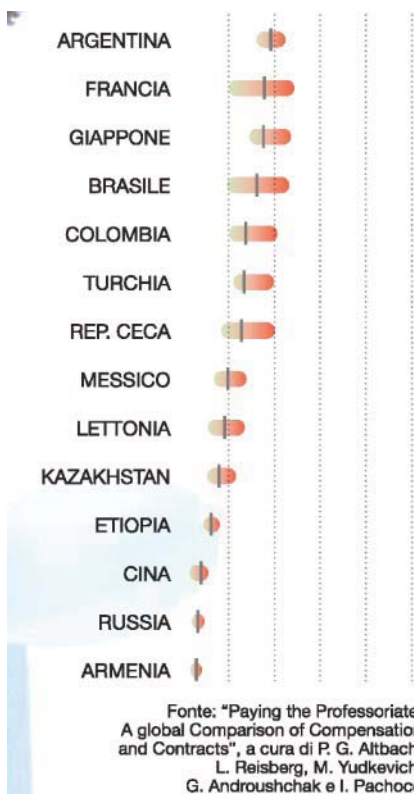
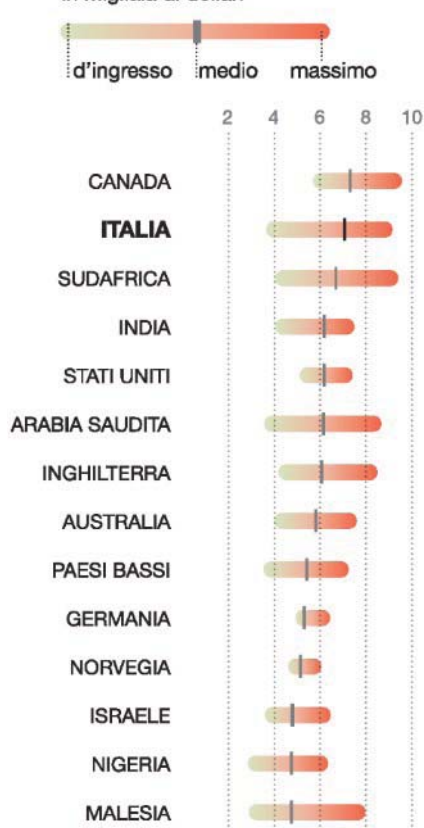
L’Ocse, che comparale scuole e le università di tutto il mondo industrializzato, non si era mai spinto a confrontare gli stipendi. Ora un libro colma il vuoto. E Piero Graglia, ricercatore della Statale di Milano in attesa di diventare “Po”, spiega: «Gli stipendi universitari possono essere anche buoni, ma in Italia ne potrai godere ben oltre i cinquanta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La classifica

Stipendio mensile lordo in migliaia di dollari



Fonte: "Paying the Professoriate. A global Comparison of Compensation and Contracts", a cura di P. G. Altbach, L. Reisberg, M. Yudkevich, G. Androushchak e I. Pachoco

Stipendi dei professori e ricercatori universitari italiani

Stipendio mensile in euro **lordo** **netto**

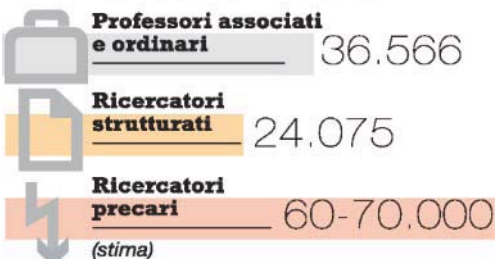


I costi per il Miur

Euro all'anno



I numeri dell'università



Marco Gilli, 46 anni, rettore del Politecnico di Torino: "Tutto vero, da noi si arriva a guadagnare quelle cifre a cinquant'anni"
"Il nostro problema: troppo bassi gli stipendi dei ricercatori"

ROMA — L'ingegner Marco Gilli a 46 anni è il rettore del Politecnico di Torino, tra le prime quindici scuole d'ingegneria d'Europa. Riconosce i dati della ricerca comparata e prova a fare luce tra le diverse spiegazioni sui salari dell'università italiana, luogo difficile, lento, complicato. «Diciamo che da noi si premia l'anzianità dei professori. A fronte di buoni stipendi medi e buoni stipendi in uscita, ci sono paghe in entrata ancora troppo basse. E' una caratteristica dei salari italiani che si ritrova riprodotta negli atenei».

Una cosa è guadagnare 2.900 euro a 50 anni, età media della conquista della cattedra in Italia, un conto a 34 anni, come avviene in Gran Bretagna e in Canada.

«Il percorso italiano resta ingessato e questo significa che allo stipendio top ci arrivano in pochi. Servono 28 anni d'anzianità. O si diventa professore ordinario entro i 42 oppure lo stipendio non sviluppa tutte le sue potenzialità».

Altre differenze sostanziali tra noi e il resto del mondo?

«Da noi sono sottopagati i ricercatori, questo è il vero problema. I loro stipendi bassi, 1.800 euro in ingresso, portano con sé altre due iniquità: anche in questo ruolo si entra tardi e a un ricercatore assunto si richiede di fare piena attività didattica. Questo non accade all'estero. Se in Italia si fermano i ricercatori, si fermano le università».

La produttività dei "senior professor" italiani giustifica i loro buoni stipendi?

«Direi di sì. La produttività media italiana, sia sul piano didattico che su quello della ricerca, è sugli standard europei e dei paesi industrializzati. Da noi, piuttosto, mancano i picchi, le eccellenze. D'altronde c'è una pianificazione che non esalta le eccellenze».

(C.Z.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL RETTORE
 Marco Gilli,
 46 anni,
 rettore del
 Politecnico
 di Torino

