

Tumore e gravidanza

QUESTO FIGLIO SI PUÒ FARE

COLLOQUIO CON MASSIMO FRANCHI

Tumore e gravidanza: due parole fino a poco tempo fa inconciliabili. Ma oggi grazie alle tecniche di crioconservazione sono sempre di più le giovani donne che, nonostante il cancro, riescono a concepire un figlio, superate le cure. È stato questo uno dei temi portanti del congresso della Società Italiana di Oncologia Ginecologica (Siog). Presidente della Siog è Massimo Franchi, Direttore della Unità operativa di ginecologia ed ostetricia del Policlinico Rossi di Verona, cui abbiamo chiesto di sintetizzare gli elementi più significativi emersi nell'incontro.

Che cosa deve fare una donna giovane che oggi scopre di avere un cancro?

«Innanzitutto deve sapere che non necessariamente le terapie pregiudicheranno la sua fertilità, sia perché esistono schemi terapeutici specifici, che permettono poi una

gravidanza sicura, sia perché si può ricorrere alla conservazione degli ovociti, e cercare il concepimento una volta finite le cure. Inoltre, anche se è ancora a livello sperimentale, procede l'ottimizzazione del trapianto di tessuto ovarico, che ha già consentito a 15 malate nel mondo (una di queste è italiana) di dare alla luce dei bimbi sani».

Molte possibilità: come scegliere?

«Per definire le cure migliori e al tempo stesso non compromettere la possibilità di concepire



è necessaria una grande esperienza.

Ginecologi oncologi e oncologi medici devono lavorare insieme, stabilendo un programma dettagliato dei passi da compiere e, quando è il caso, programmando la conservazione degli ovociti. Per questo è importante affidarsi a centri di eccellenza: ormai ve ne sono diversi su tutto il territorio nazionale».

E quando una donna non ha la possibilità di essere curata in uno di questi centri?

«È importante che chiedi al tuo medico di collaborare con chi è più esperto per non trascurare alcuna possibilità. Oggi la velocità e la facilità della comunicazione rendono possibili sinergie a distanza un tempo impensabili. Non ci sono motivi fondati per rinunciare a mantenere viva, nella paziente giovane, la speranza della maternità».

Agnese Codignola

Sanità**Anche il nuovo
Patto per la Salute
viene rinviato
alla fine del mese**

■ Salta il termine del 30 aprile per chiudere il Patto per la salute 2013-2015 fissato dalla manovra estiva dell'ex ministro dell'Economia Giulio Tremonti. Le Regioni e il ministero della Salute hanno infatti concordato di continuare a discutere dei contenuti del Patto ma di siglarlo in ottobre, quando sarà più chiaro il quadro finanziario. Il motivo del contendere sono 7,5 miliardi di euro che la manovra estiva varata dal governo Berlusconi ha tagliato alla sanità.

«Nella riunione di ieri sul Patto per la salute che si è tenuta nella sede del Ministero della Salute, alla presenza del Ministro della salute **Renato Balduzzi**, del Sottosegretario di Stato all'Economia, Gianfranco Polillo, e del presidente Vasco Errani si è convenuto sull'opportunità di far procedere insieme la discussione sul nuovo Patto per la salute con quella relativa alle risorse finanziarie. A tal fine si è ipotizzato di allineare al 31 ottobre 2012 i relativi termini», spiega una nota del ministero.

«L'idea è di riallineare la manovra con il Patto per la salute

e di arrivare, a ottobre, ad avere più chiara la situazione finanziaria e le prospettive fino al 2015», dice il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, l'assessore del Veneto Luca Coletto, che giustifica la decisione, assunta nel corso dell'incontro tra Regioni e ministero della Salute, di rinviare ai prossimi mesi la chiusura del Patto per la salute. Servirà una norma che preveda questo spostamento del termine che era stato previsto nella manovra estiva di Tremonti. «Il ministro - chiarisce Coletto - ci dirà nei prossimi giorni come si dovrà procedere. L'obiettivo è rimodulare in meglio il patto. In questi mesi continueremo comunque a discuterne».

«Abbiamo fatto una riunione operativa, le conclusioni saranno fatte dopo», dice dal canto suo la presidente della Regione Lazio Renata Polverini a margine della Conferenza delle Regioni. «Quello dei ticket? È uno dei problemi - aggiunge la governatrice - La questione è molto complessa. C'è soprattutto la manovra che incide in termini pesanti per i prossimi due anni».



PATTO DELLA SALUTE

Slitta il termine del 30 aprile per la stipula

■ «Sono tagli insostenibili, così ci commissariano tutti». Davanti alla prospettiva di una riduzione di 8 miliardi nel 2013-2014 dei conti per la sanità, le Regioni hanno alzato le barricate ieri col Governo sul varo del «Patto per la salute». E il «Patto», da chiudere entro fine mese secondo la manovra di luglio 2011, sarà rinviato, come ha promesso anche il **ministro Balduzzi**. Forse fino a ottobre, con una legge ad hoc. Ma di fondi in più per le Regioni non c'è traccia, anzi ieri l'Economia ha chiuso tutti i rubinetti.

I tagli alla sanità fanno saltare il patto tra governo e regioni

L'accordo slitta a ottobre: bisogna trovare 8 miliardi. O sarà inevitabile ridurre la spesa

Francesca Angeli

Roma Niente Patto per la Salute, l'accordo tra governo e regioni viene rimandato ad ottobre per incompatibilità di vedute. E ci vorrà una legge *ad hoc* per scavalcare la data del 30 aprile fissata nella manovra estiva, definita allora dall'ex ministro dell'Economia del governo Berlusconi, Giulio Tremonti. In una nota il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, rende noto che «si è convenuto sull'opportunità di far procedere insieme la discussione sul nuovo Patto per la salute con quella relativa alle risorse finanziarie. A tal fine si è ipotizzato di allineare al 31 ottobre 2012 i relativi termini».

Le ragioni sono tante ma riassumibili in una sola: le Regioni ritengono inaccettabile il previsto taglio di 8 miliardi alle risorse per la Sanità e chiedono al governo di praticare altre strade, come spiega Romano Colozzi, assessore al Bilancio della Regione Lombardia e coordinatore degli assessori al bilancio della Conferenza Regioni. E il governo avrebbe deciso di prendere tempo proprio per cercare di reperire risorse come richiesto dalle Regioni. Niente taglio. Almeno per il momento.

«Il taglio di 8 miliardi non è compatibile con le prestazioni che vengono richieste - spiega Colozzi - Allora si deve dire chiaramente che i Lea, i Livelli essenziali di assistenza fino ad ora garantiti non lo saranno più. Il nostro servizio sanitario avrà zone di spreco ma eroga migliaia di

prestazioni. Giusto tenere sotto controllo la spesa ma i risparmi andranno ridistribuiti nel comparto sanità».

Ma dove reperire nuove risorse? Tra le ipotesi in campo Colozzi ritiene impraticabile la proposta del ministro Balduzzi che aveva parlato di «una forma di assicurazione sociale obbligatoria per la non autosufficienza».

«Non credo sia possibile costringere per legge un cittadino a versare una somma per coprire la sua eventuale futura non autosufficienza - Un obbligo di legge avrebbe un impatto sociale altissimo. Il cittadino lo giuricherebbe l'ennesima tassa. E visto che abbiamo il fisco più pesante d'Europa penso che il cittadino ritenga di pagare già quello che occorre. Oltretutto già ora proprio sulla non autosufficienza si misurano le ingiustizie più evidenti visto che ci sono regioni con ottimi servizi e altre che non offrono nulla».

La scelta che appare invece inevitabile è la rimodulazione del ticket. Nel 2011 su 230 milioni di prestazioni specialistiche, ovvero visite ed esami diagnostici, soltanto 80 milioni sono state pagate col ticket. Quindi dei 13,5 miliardi spesi per queste prestazioni soltanto 3,2 sono stati coperti dal ticket. E ci sono anche molte altre storture come spiega Colozzi.

«Non possiamo più permettere che soltanto un terzo della popolazione paghi il ticket. Gli esentati sono troppi - avverte Colozzi - Dun-

que occorre trovare un modello diverso per la rimodulazione del ticket e sarà inevitabile allargare la base imponibile». L'assessore poi indica come priorità l'individuazione della vera condizione economica della famiglia. Il riferimento all'Irpef crea ingiustizia perchè il lavoratore dipendente paga tutto e l'evasore come al solito la fa franca. Oltretutto secondo Colozzi l'Irpef penalizza le coppie sposate rispetto alle conviventi perchè per i primi il reddito va cumulato. «Assistiamo al paradosso di ticket che costano più della prestazione nel privato - insiste Colozzi - È ovvio che il cittadino in questo caso viene spinto a pagare. Anche questo va corretto».

LE ALTERNATIVE

Tra le soluzioni: tasse travestite da assicurazioni O rimodulare il ticket

Ci sono ampie zone di spreco dove intervenire. I dispositivi medici (protesi, aghi, strumenti) che nel 2010 sono costati 4,6 miliardi con scandalose differenze. Poi la razionalizzazione degli ospedali e la riconversione in strutture per la medicina del territorio, poliambulatori per seguire i malati cronici e tamponare le emergenze che non necessitano di pronto soccorso. Nel riordino della medicina di base su modelli già realizzati in alcune regioni si pensa ad equipe di medici di medicina generale per coprire le richieste 24 ore su 24.



13,5

I miliardi spesi per le prestazioni (visite ed esami) I ticket hanno coperto soltanto 3,2 miliardi

10,3

I miliardi spesi per 1,1 miliardi di confezioni farmaceutiche. 1,2 miliardi la compartecipazione

STUDIO PSICHIATRICO

Un bambino su cinque «sente le voci»

■ Oltre il 20 per cento dei bambini tra gli 11 e i 13 anni sente le voci o ha altre allucinazioni auditive. Lo rivela un nuovo studio compiuto dal Department of Psychiatry del Royal College of Surgeons di Dublino, Irlanda, su un campione di 2500 bambini. Nella maggior parte dei casi, queste allucinazioni smettono con la crescita, ma i ragazzi che continuano a sentire le voci potrebbero essere a rischio di malattie mentali e disfunzioni comportamentali. «Si tratta di un fenomeno più diffuso di quanto ci aspettavamo», ha dichiarato Ian Kelleher, ricercatore a capo dello studio. «Queste allucinazioni, che possono essere urli, mormorii, frasi o vere e proprie conversazioni».



Farmaci**Non comprateli sul Web****DI IGNAZIO MARINO**

L'unico modo per non correre il pericolo di assumere sostanze tossiche o sconosciute spacciate per **farmaci** su Internet è non comprare le medicine su Internet. Solo in farmacia i medicinali sono sicuri, anzi sicuriissimi. Dal momento in cui un **farmaco** esce dall'industria che lo ha prodotto e arriva nelle mani del paziente, attraverso i distributori e i farmacisti, ogni passaggio è tracciato e verificabile come lo sono le responsabilità nel caso in cui accada qualche incidente.

Nessuna sicurezza, invece, quando si accede a Internet dove il rischio di falsificazioni è altissimo e il commercio dei **farmaci** spessissimo è gestito dalla criminalità. Non per niente la vendita on line delle medicine in Italia è vietata.

Dopo la tragica morte della donna di Barletta per la somministrazione di una fiala di nitrito di sodio, confezionata al posto del sorbitolo e comprata su Internet da un centro medico non autorizzato, è venuto a galla un fenomeno pericoloso e molto diffuso, che sfugge a ogni controllo. È sconcertante che ad acquistare i prodotti su Internet fosse proprio un centro medico e non è ammissibile che una donna di 29 anni muoia perché ha ricevuto dal medico un veleno. Questo dimostra che servono maggiori verifiche e sanzioni esemplari. È auspicabile che il dramma di Barletta abbia fatto capire agli italiani che è meglio seguire i percorsi tradizionali ma soprattutto che con i **farmaci** non si scherza. Le molecole acquistate su



Internet non sono innocue, vanno dagli ormoni anabolizzanti al Viagra, a sostanze analoghe alle anfetamine, come la sibutramina per dimagrire che può uccidere ed è vietata.

ATTUALITÀ ▶ INCHIESTA



chi compra. *i farmaci illegali?*

Chi non ha la ricetta e vuole spendere meno acquista su internet. Ma in Italia non può farlo... e spesso non lo sa

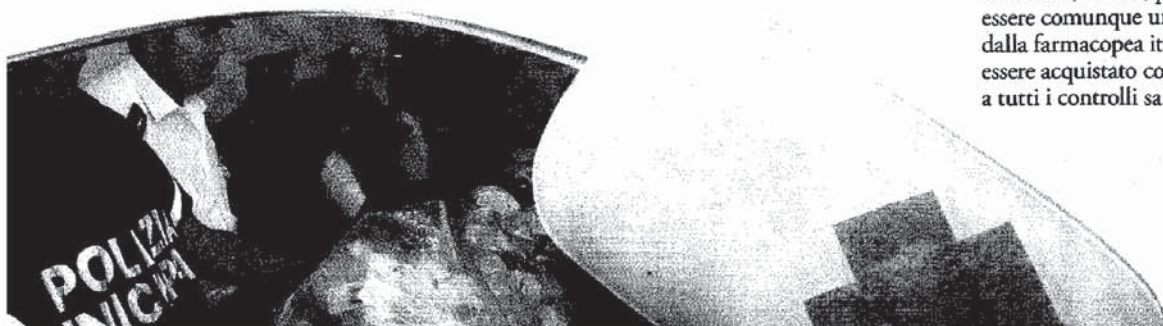
Il caso di Teresa Sunna, la ragazza di Barletta morta a 29 anni per aver ingerito sorbitolo prima di un test alimentare, ha riportato alla ribalta il problema dell'acquisto online dei farmaci. Con un'aggravante: il prodotto in questione - non era sorbitolo, ma una sostanza risultata fatale - era stato acquistato su internet proprio dal centro diagnostico a cui la giovane donna si era rivolta. Al dato allarmante degli italiani che fanno la spesa di medicinali sul web si aggiunge quello d'improbabili centri medici che comprano in rete rimedi da somministrare ai pazienti. E i risvolti sono pericolosi.

LA LEGGE PARLA CHIARO

Vendere farmaci tramite internet è legale? «Oggi la normativa nazionale proibisce la vendita online di qualsiasi farmaco, anche di automedicazione» risponde il dottor Andrea Mandelli, presidente della Fofi (Federazione degli Ordini dei farmacisti Italiani). «Il Parlamento europeo, nel febbraio 2011, ha approvato uno schema di legge che stabilisce, per i Paesi dove la vendita online è permessa, come Gran Bretagna e Germania, alcune norme per migliorare il controllo su queste farmacie virtuali. Secondo la legge, per esempio, tutti i siti dovranno esibire un logo comune all'interno dell'Unione, che permetta ai cittadini di capire che sono di fronte a una vera farmacia virtuale e non a uno "spacciatore di pillole" non autorizzato. Inoltre, si stabilisce che tutte le farmacie siano collegate a un sito web centrale, in ciascuno Stato; i diversi siti nazionali saranno a loro volta collegati a un sito web europeo. Ovviamente, spetta agli Stati stabilire se autorizzare l'apertura di farmacie online: se lo faranno dovranno adeguarsi a queste norme».

Nessun problema se si va in negozio

Acquistando i medicinali in farmacia, si può stare tranquilli per i seguenti motivi:
▶ la contraffazione dei farmaci nel nostro Paese è quasi inesistente e si stima che sul mercato legale possa esservi non più dello 0,1% di prodotti "taroccati"; in Europa la percentuale si attesta attorno all'1%;
▶ a contrastare questo fenomeno c'è il sistema della tracciabilità, che consente attraverso il bollino a lettura ottica di controllare ogni singola confezione;
▶ esiste una "task force" impegnata a combattere il fenomeno della contraffazione. Il caso di Barletta rientra nell'acquisto illegale online di farmaci. Inoltre, il centro diagnostico non era in regola con le autorizzazioni. In particolare, il sorbitolo non è un farmaco, ma un integratore alimentare: per questo, secondo il centro, l'acquisto non avrebbe contravvenuto a nessuna legge; secondo il ministero, invece, proprio per il fatto di essere comunque una sostanza riconosciuta dalla farmacopea italiana, avrebbe dovuto essere acquistato con cautela e sottoposto a tutti i controlli sanitari.





Un fenomeno in crescita

Da un'indagine dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) sulle farmacie virtuali estere accessibili tramite la rete dall'Italia è emerso che il 50% dei medicinali comprati attraverso questo canale è completamente contraffatto. Dalle informazioni rese note dai Carabinieri dei Nas risulta che il traffico di vendita illegale di farmaci tramite internet è cresciuto in modo esponenziale dal 2005 a oggi e ha portato al sequestro di oltre 3 milioni e mezzo di compresse e fiale non autorizzate, di cui più di un milione e 300 pezzi solo nel 2011. Il fenomeno ha fatto registrare una vera e propria impennata in questi ultimi anni, grazie a diversi fattori:

- ▶ i provider cui ci si collega per effettuare i propri ordini sono dislocati all'estero, in zone dove è più facile sfuggire a regole e controlli; i potenziali acquirenti ritengono, così facendo, di non commettere alcun atto che infranga le leggi del nostro Paese;
- ▶ c'è ancora troppa confusione sulla regolamentazione e non ci sono norme uniche valide per tutti i Paesi, nemmeno tra quelli che fanno parte della Ue;
- ▶ è un mercato che rende parecchio: da una stima delle forze dell'ordine pare che per ogni euro impiegato illegalmente in questo settore se ne guadagnino 2.500. Il business è talmente redditizio che questo sistema parallelo ma illegale di distribuzione dei farmaci si sta infiltrando anche all'interno dei circuiti legali, quali farmacie, parafarmacie e negozi di prodotti naturali.

ACQUIRENTI: NON SOLO PRIVATI

In questo mercato dell'illegalità, i prodotti più richiesti e venduti online sono: psicofarmaci, antidepressivi, tranquillanti, farmaci contro la disfunzione erettile, diuretici, ipnoinduttori, antiepilettici, steroidi, antiasmatici. Ma chi sono i potenziali consumatori di farmaci comprati tramite internet? Il fenomeno è trasversale: ci sono persone di tutte le età e di qualsiasi estrazione sociale. Quello che inquieta è che a ricorrere a questo canale alternativo di vendita non sono solo i privati cittadini ma, pare, purtroppo anche alcuni medici e farmacisti, regolarmente iscritti a un ordine professionale.

Perché si sceglie il web

Sono diverse le ragioni per cui una persona si rivolge non alla farmacia, unica autorizzata nel nostro Paese, ma al canale parallelo, non autorizzato e illegale, che passa attraverso internet.

- ▶ Si tratta di un'alternativa facile e alla portata di quasi tutti; non è nemmeno necessario muoversi da casa.
- ▶ Non c'è il controllo delle ricette, che non sono richieste. L'acquirente si autoprescrive quello che desidera.
- ▶ Si può godere dell'anonimato più assoluto: nessuno chiede a chi sono destinati i farmaci; c'è anche la massima riservatezza circa la spedizione e la consegna dei prodotti.
- ▶ I prezzi sono allettanti: un prodotto per la disfunzione erettile, per esempio, viene venduto tramite internet a un costo mediamente 10 volte inferiore rispetto a quello praticato in farmacia.

I PERICOLI NON SONO VIRTUALI

Da un'indagine dell'Aifa, risulta che il 41% degli italiani non sa che l'acquisto di medicinali online nel nostro Paese sia vietato; il 33% è favorevole alla vendita dei farmaci in rete ed è del tutto ignaro dei pericoli che si corrono. I rischi, invece, sono reali. Acquistando medicinali online si rischia di imbattersi in prodotti contraffatti, di dubbia provenienza, non conformi agli standard vigenti e quindi discutibili dal punto di vista della qualità e della sicurezza; inoltre, si assumono prodotti che nessun medico ha mai prescritto alimentando quindi un pericoloso fai-da-te. Si comprano (e si utilizzano) farmaci che sono stati tolti dal commercio perché ritenuti pericolosi, ma in questo mercato dell'illegalità continuano a circolare. Può succedere anche che i medicinali non contengano il principio attivo richiesto: i costi molto bassi nascondono l'impiego di sostanze scadenti, alternative o a dosaggi di gran lunga inferiori. Si rischia quindi di prendere un farmaco diverso da quello che si pensa, anche perché spesso questi prodotti non sono corredati dai bugiardini.

FUORI CONTROLLO

L'ente Usa di controllo delle farmacie online, LegitScript, ha appurato che delle 40mila farmacie online censite, solo l'1% sarebbe legale (controllato dalle autorità competenti).

0,6% (246): legali	Rispondono agli standard di legge ▶ I farmaci sono controllati ▶ Richiedono prescrizioni valide ▶ Operazioni trasparenti ▶ Protezione della privacy
2,7% (1.121): potenzialmente legal	Non rispondono agli standard legali ▶ Presentano i problemi come rimediabili ▶ Riportano esempi ▶ La privacy non rispetta le leggi vigenti
96,8% (38.947): illegali	Siti illegali dediti alla truffa informatica ▶ Non richiedono valide prescrizioni ▶ I farmaci venduti non sono autorizzati ▶ Operano senza licenze valide

Fonte: LegitScript

il parere degli esperti

«Nulla in contrario se si rispettano le norme»

L'opinione di Mauro Antonelli del Codacoms (Coordinamento delle associazioni per la difesa dell'ambiente e dei diritti degli utenti e dei consumatori).

Che cosa avete proposto per contrastare il fenomeno della vendita online di medicinali contraffatti?

Abbiamo proposto di estendere la stessa legge in vigore contro i siti pedopornografici: ogni volta che una persona tenta di accedere a un sito presente in un'apposita lista, riceve un messaggio che nega il collegamento. Inoltre sarebbero d'aiuto multe e oscuramento per quei siti che, pur non vendendo direttamente medicinali, ne favoriscono la vendita e l'incontro tra offerta e domanda.

I consumatori che entrano in farmacia possono stare tranquilli?

Loro stessi possono verificare e accertarsi della regolarità dei farmaci che stanno acquistando, anche perché la legislazione nazionale è molto severa in materia: etichettatura e bugiardino in lingua italiana; presenza di simboli, come quello che indica i farmaci da banco, e della fustella.

«Il farmacista è sempre indispensabile»

L'opinione del dottor Andrea Mandelli, presidente della Fofi (Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani).

Chi ci assicura che la farmacia, il laboratorio, il centro cui ci rivolgiamo non si siano riforniti online per certi prodotti?

Bisogna distinguere i casi. Nelle farmacie di comunità non può entrare nessun prodotto che non sia tracciato per provenienza e origine, dai farmaci di qualsiasi tipo al parafarmaco, al prodotto nutrizionale. Laddove c'è un farmacista si ha la certezza che il prodotto offerto al cittadino sia di provenienza regolare e quindi, per così dire, certificato. Per questo, per inciso, da sempre la nostra Federazione chiede che il farmacista ospedaliero sia presente in tutte le strutture assistenziali in cui si fa uso di farmaci, mentre ancora oggi in molte case di cura private, ricoveri per anziani eccetera, il professionista del farmaco non c'è e questo è un fattore di minore sicurezza. Poi ci sono situazioni estranee al circuito ufficiale e lì certezze non ve ne sono per principio. Peraltro, va ricordato che la sostanza al centro del tragico caso di Barletta, il sorbitolo, non è un farmaco e che nessun professionista serio ricorrebbe a un sito di aste online per un medicinale, come ha ricordato anche l'Ordine dei medici di Roma, per esempio.

Come si può prevenire e combattere il fenomeno degli acquisti di farmaci tramite internet?

Intanto, con l'informazione e l'educazione sanitaria, quella vera, che non può essere la guida al fai-da-te farmacologico, ma deve centrarsi sulle nozioni fondamentali del corretto stile di vita e dell'uso consapevole dei farmaci. Inoltre, devono essere resi ancora più stretti i sistemi di controllo e monitoraggio del web. Per il resto le forze dell'ordine, come Nas e autorità doganali, stanno facendo un ottimo lavoro, come dimostra l'aumento dei sequestri di farmaci, integratori e cosmetici contraffatti o che contengono sostanze illegali e/o pericolose.

La pillola dei 5 giorni dopo

Nelle farmacie italiane è in vendita da qualche giorno la cosiddetta pillola dei 5 giorni dopo, un nuovo contraccettivo d'emergenza, a base di ulipristal, da prendere entro 120 ore dopo il rapporto sessuale considerato a rischio di gravidanza indesiderata. Si tratta di un medicinale di classe C, totalmente a carico dell'utente (costa quasi 35 euro). Per poterlo acquistare serve una ricetta medica non ripetibile che il medico può rilasciare solo dopo aver fatto effettuare un test di gravidanza tramite esame del sangue. Il timore è che tutta questa procedura possa indurre molte giovanissime a richiedere il prodotto via web per aggirare test di gravidanza e ricetta medica, con tutti i pericoli che ne conseguono. Come denuncia il presidente della Fofi: «I rischi sono sempre gli stessi: il medicinale può essere contraffatto, non contenere il principio attivo nella giusta quantità e, se è stato conservato male, può essersi deteriorato. Posto che il farmaco sia autentico, se l'acquisto è stato fatto senza consultare il medico, non si può sapere se la persona che deve assumerlo presenti controindicazioni né si può verificare se stia utilizzando altri medicinali che possono provocare interazioni farmacologiche. Insomma: meglio evitare sempre e comunque».

UN AIUTO DAL GOVERNO?

Alcune disposizioni dell'ultimo decreto Monti sulle liberalizzazioni potrebbero disincentivare gli acquisti di medicinali online: ► la revisione della lista dei farmaci con ricetta; ► è proprio questa richiesta, considerata eccessiva rispetto alla necessità di sicurezza, a indurre le persone a rivolgersi a internet ► una maggiore diffusione di farmaci equivalenti e quindi con un prezzo inferiore rispetto a quelli "griffati": spesso è il prezzo più basso a far propendere per gli acquisti in Rete ► gli sconti sui medicinali in farmacia; si creerebbe una sorta di sana concorrenza anche rispetto al canale online.

Servizio di Stefania Parisotto.



50%
*i farmaci contraffatti
tra quelli comprati online*

TEST DI MEDICINA PER UN LAVORO CHE NON C'È (PIÙ)

In novemila per 300 posti, ma i medici precari
nel servizio pubblico sono il 10 per cento

di Chiara Paolin

I novemila ragazzi che due giorni fa si sono ammassati all'hotel Ergife di Roma per il test di ammissione ai 300 posti alla facoltà di medicina della Cattolica forse non hanno letto i risultati tecnico-morali dell'indagine condotta a fine 2011 dall'Ordine provinciale dei medici e chirurghi romani tra gli iscritti under 45: quasi la metà degli interpellati, a distanza di qualche anno dall'ingresso nel mondo del lavoro, si pente di aver scelto il camice bianco.

IL PROBLEMA? L'estenuante catena di frustrazioni e incertezze cui si è sottoposti dopo anni di studio e sacrificio. Secondo il rapporto alla tenera età di 45 anni soltanto il 35 per cento dei medici riesce a conquistare un contratto a tempo indeterminato, un altro terzo (32 per cento) opera come libero professionista o convenzionato mentre il 28 per cento va avanti con rapporti atipici: contratti a termine, co.co.co., prestazioni occasionali. Oltretutto la metà dei medici atipici lavora per due o più strutture pur di tentare l'aggancio a una posizione stabile. Quasi tutti sono convinti di non poter aspirare a una carriera brillante in tempi dignitosi: non c'è posto per tutti. "Non me lo dica, ché la mia sorellina fa la quarta superiore e vuole provarci pure lei" si preoccupa di dare il cattivo esempio Daniele Indiani, 28 anni, specializzando di chirurgia dell'apparato digerente a Siena e già immerso nei guai del mestiere. Che illustra con esempi *extra moenia*: "Vorrei cominciare a metter su casa, ma quando mi presento in

banca mi ridono in faccia. Scusi tanto, rispondono quando

chiedo il mutuo, lei nel 2014 sarà pure un chirurgo bravissimo, ma disoccupato. E hanno ragione, purtroppo".

EPPURE LE statistiche delle università italiane sparano numeri entusiasmanti. Il consorzio AlmaLaurea racconta che l'80 per cento dei laureati in medicina entro un anno dall'alloro ha un'occupazione, e che il 90 per cento gode addirittura di una retribuzione entro tre anni: mica male, di questi tempi. "Certo, siamo noi specializzandi che guadagniamo 1.700-1.800 euro al mese - conferma Indiani -. Solo che nel decreto Cresci Italia, quello che prometteva ai giovani di poter avviare un'impresa al costo di un euro, c'è un comma che vuole sottoporre a tassazione Irpef i redditi oltre gli 11.500 euro anche quando derivano da borsa di studio. Quindi ci prenderanno 2-300 euro al mese, non è un inizio incoraggiante. Pure i miei amici specializzati sono messi maluccio: contratti di tre mesi rinnovati ogni volta come fosse un miracolo, lavori pesanti da

accettare senza battere ciglio, prospettive di vita e di lavoro molto vaghe". Per questo lunedì e martedì gli specializzandi non presteranno la loro attività: che è di studio o di lavoro? "Bella domanda - ammette Massimo Cozza della Fp Cgil -. Sono studenti in formazione professionale, anche se

l'ex ministro Fazio aveva proposto di immetterli nell'organico del sistema sanitario nazionale negli ultimi due anni di studio. Diecimila medici praticamente gratis facevano gola a tutti, noi ci siamo op-

posti e l'idea s'è arenata, ma

(FOTO EMBLEMA)

temiamo che qualcuno possa ritirarla fuori adesso che lo Stato deve tagliare 8 miliardi di euro alle Regioni per la sanità. Calcolando che già da due anni il turn over è bloccato, non so dove andranno a finire tutti i nuovi colleghi." Infatti un migliaio di giovani ogni anno fugge all'estero in cerca di opportunità più serie. Se n'è parlato ieri col ministro Renato Balduzzi all'apposito tavolo dei medici precari, circa 10 mila camici sui 110 mila che operano nel sistema pubblico, tutti giovani e molto preparati. "La nostra proposta è semplice - chiude Cozza -: anziché condannare due ragazzi su tre a un eterno precariato, creiamo un bacino per stabilizzarli nelle posizioni più scoperte, cioè pronto soccorso e medici di base. Non ci dicano che mancano i soldi: già combattendo sprechi e corruzione c'è molto da risparmiare. Poi tirare a campare con montagne di contratti e contrattini costa, senza contare le condanne della Corte dei Conti o dei giudici del lavoro che impongono le assunzioni. Con gli arretrati".

**Lunedì e martedì
sciopero degli
specializzandi
A 45 anni solo
il 35% ha un
contratto a tempo
indeterminato**

In Italia troppi **farmaci** vengono utilizzati impropriamente. Solo la metà sono prescritti. Sottovalutati gli effetti collaterali

Ecco perché siamo drogati di antidolorifici

Negli Stati Uniti è allarme sull'abuso di oppioidi, la cui diffusione da noi è invece ridotta

MICHELE BOCCI

Schiena a pezzi, muscoli e ossa che fanno male, infiammazioni. Milioni di italiani hanno dolori, per periodi più o meno lunghi, e spesso non si curano nel modo migliore. Nel nostro paese c'è un altissimo consumo di **farmaci** antinfiammatori. Sono circa 80 milioni le confezioni vendute in un anno a base di principi attivi come il diclofenac, il nimesulide, l'ibuprofene che assumono le più varie denominazioni commerciali. Per la maggior parte vengono pagate dal paziente, e spesso si acquistano senza prescrizione, come prodotti da banco in dosaggi ridotti. Piani di cura non corretti e interazioni con altri **farmaci** fanno rischiare effetti collaterali anche importanti. «Di fronte ai **farmaci** da acquistare senza ricetta molti hanno la percezione che ci siano meno rischi — spiega Alessandro Nobili del Mario Negri di Milano — Non è sempre vero, soprattutto quando servono a persone che a causa di malattie croniche assumono già altri medicinali. Un anti-

fiammatorio per il mal di schiena, per esempio, può avere interazioni con prodotti che servono a curare problemi cardiovascolari o di pressione. Si pensa di avere a che fare con prodotti più maneggevoli ma non è vero».

Ogni giorno, secondo i dati dell'Aifa, in Italia 56 persone ogni mille prendono una dose di antinfiammatorio. «Nel nostro paese c'è un abuso di questi prodotti, detti anche Fans a causa di una tendenza all'automedicazione e dell'idea diffusa tra molti medici che non facciano male mentre invece possono portare a complicanze gastriche e ulcere. Infine si usano per trattare il dolore cronico, sbagliando». A parlare è Paolo Cherubino, primario e ordinario di ortopedia a Varese e vicepresidente della Società italiana di traumatologia e ortopedia. Di fronte all'uso diffuso degli antinfiammatori la sua società scientifica e quella dei geriatri sono impegnate (insieme alla casa **farmaceutica** Grunenthal) in incontri e corsi di formazione per promuovere un utilizzo sempre maggiore nel nostro paese dei **farmaci** oppioidi, che riducono il dolore agendo direttamente sul sistema nervoso, centrale e periferico. Si tratta di medicinali che non sono utili solo per malati oncologici e terminali, è uno dei messaggi che si vuole lanciare.

«Spesso, secondo le mie stime anche nella metà dei casi, posso-

no sostituire gli antinfiammatori — spiega — Hanno meno effetti collaterali e agiscono meglio sul dolore, perché lo affrontano direttamente. Ci sono persone con dolore cronico alla schiena, magari operate da poco, ma non solo, che potrebbero trarre grande vantaggio. Stesso discorso vale perché in attesa di un intervento come quello dell'anca e soffre per settimane prima di entrare in sala operatoria». Non si parla solo di malati ricoverati per i quali non c'è più niente da fare, dunque.

Negli Usa il *New York Times* ha da poco lanciato un allarme sull'utilizzo eccessivo e talvolta fuori controllo degli oppioidi. In molti casi, si denuncia, non vengono studiati gli effetti a lungo termine sui malati trattati e inoltre finiscono anche a chi non ne avrebbe bisogno. Da noi la diffusione è molto ridotta: 3,5 dosi al giorno ogni mille abitanti. «Sì, qui la situazione è completamente diversa — prosegue Cherubino — Semmai l'abuso riguarda gli antinfiammatori. Degli oppioidi si paventa il rischio di assuefazione, che invece è remoto. Noi ci battiamo perché nel nostro Paese, dove esiste anche una legge al riguardo, nasca una vera cultura della lotta al dolore. I pazienti hanno diritto a non soffrire e questi prodotti sono un'arma in più».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



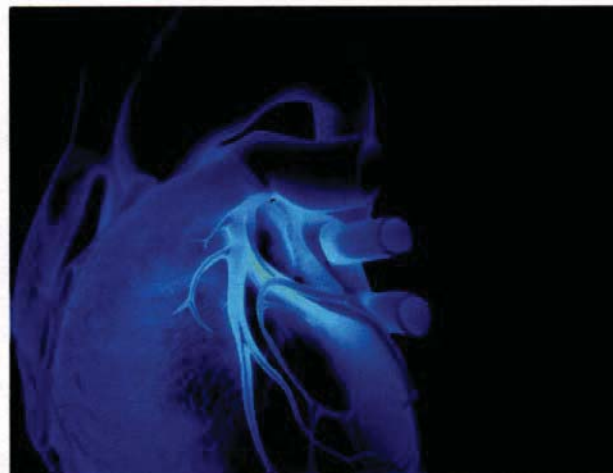
Infarto **L'AGGIUSTACUORE**

Per riparare il cuore che porta la cicatrice fresca di un infarto potrebbe bastare un "mastic" fatto di cellule sane. E potrebbero non servire interventi chirurgici o anestesia, perché le cellule sane potrebbero essere veicolate con un'iniezione del tutto sicura. Le sperimentazioni sui topi dimostrano che l'immissione di tessuto con questo sistema è sicura e non scatena aritmie. A far sperare le migliaia di persone che subiscono un attacco cardiaco è una ricerca coordinata da Karen Christman, docente del dipartimento di Bioingegneria all'Università di California di San Diego, apparsa sul "Journal of the American College of Cardiology".

Il particolare fluido che viene iniettato è realizzato con tessuto connettivo ricavato da strisce di cellule muscolari del cuore, che vengono dapprima separate dal resto, poi subiscono diversi trattamenti che le riducono in una speciale polvere costituita da un elevatissimo numero di cellule. Questa viene poi mescolata con un fluido che rende la soluzione iniettabile nel cuore. Una volta effettuata l'iniezione, poi, la temperatura corporea più alta

fa il resto. La componente liquida diventa di nuovo semi-solida e si trasforma in un gel poroso che in pratica libera le cellule rendendole in grado di ripopolare l'area cardiaca danneggiata dalla lesione ischemica.

In questo modo si forma una struttura che favorisce la riparazione del tessuto e - confidano i ricercatori - invia segnali biochimici che attivano una serie di reazioni in grado di preservare da ulteriori danni le parti immediatamente circo-



stanti l'area infartuata. Secondo Karen Christman l'immissione del gel «aiuta a promuovere il rimodellamento del tessuto cardiaco senza innescare un'azione che favorisce l'infiammazione, quindi potenzialmente negativa sul cuore».

Federico Mereta

Scienze GRANDI SPERIMENTAZIONI

UN OCCHIO TUTTO NUOVO



L'uomo della speranza in Europa si chiama James Bainbridge, ed è oftalmologo al Moorfields Eye Hospital di Londra. È lui che, per la prima volta nel Vecchio continente, sta utilizzando cellule staminali derivate da un embrione. La prima sperimentazione europea con le discusse cellule punta a restituire la vista a 12 malati di distrofia maculare di

Foto: SPA - Contrasto

Stargardt, malattia incurabile che porta alla cecità. Bainbridge ha iniziato a iniettare negli occhi di alcuni pazienti cellule della retina derivate da cellule embrionali umane. E, commenta: «L'operazione è andata per il meglio e non ci sono state complicazioni. Controlleremo in maniera regolare la sicurezza e la tollerabilità delle cellule trapiantate. E monitoreremo anche piccoli cambiamenti nella vista».

La distrofia maculare di Stargardt è una malattia grave e degenerativa che colpisce i giovani, in media fra i 10 e i 20 anni di età, deteriorando le cellule della macula al centro della retina, la regione specializzata nella visione acuta, per intenderci quella ci permette di leggere e distinguere i colori. Nel giro di pochi anni la progressione della patologia, per cui non esiste una cura, porta alla perdita totale della vista. Ma i risultati di esperimenti fatti sui modelli animali di-

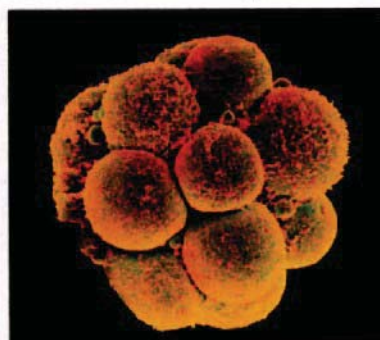
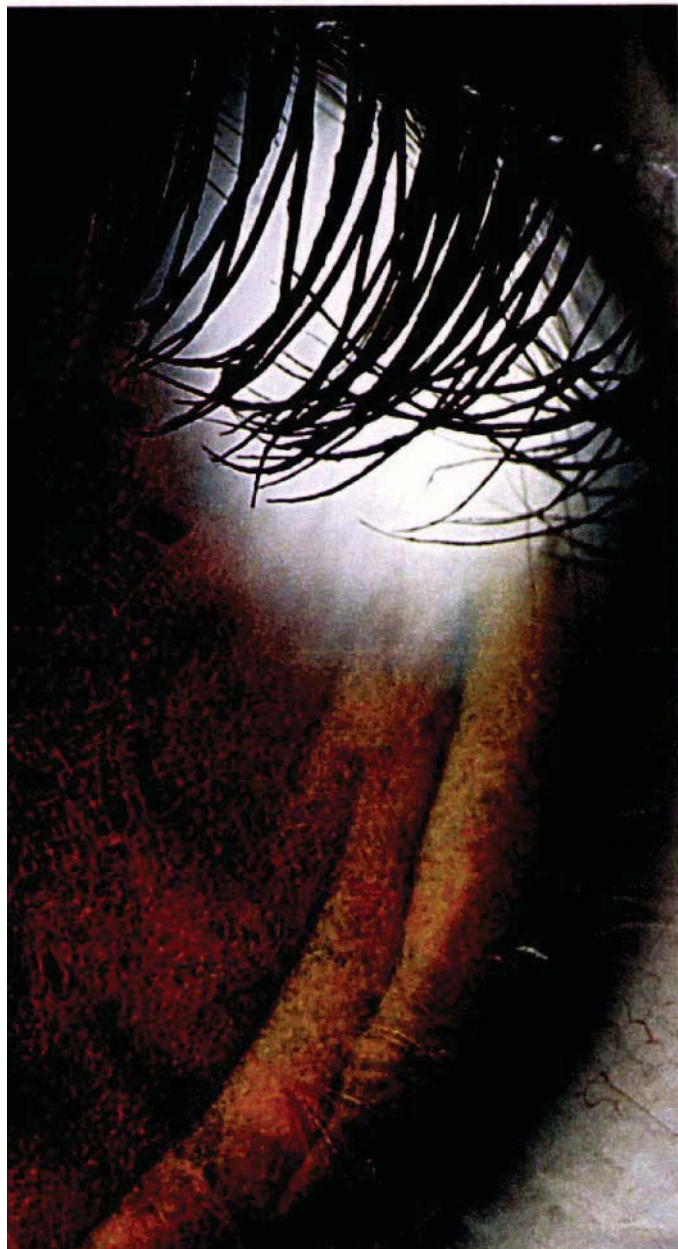
È partito a Londra il primo test europeo con staminali embrionali. Usate per battere la cecità. Ecco come la medicina rigenerativa sta cambiando le terapie della vista

DI LETIZIA GABAGLIO
FOTO DI ADAM VOORHES

mostrano che la terapia a base di cellule staminali embrionali non solo è sicura, ma è anche efficace: le cellule epiteliali del pigmento della retina, che nella malattia muoiono progressivamente, vengono rimpiazzate da quelle sane iniettate attraverso una sottilissima cannula.

La sperimentazione londinese affianca quella già iniziata un anno fa da Steven Schwartz della University of California at Los Angeles, che ha riportato le prime osservazioni in un articolo apparso su "The Lancet" raccontando che due pazienti operate la scorsa estate, entrambe praticamente cieche, hanno recuperato una capacità di vedere alcuni particolari per loro prima inimmaginabile. La paziente Alfa ha 51 anni e soffre della malattia di Stargardt: prima dell'operazione poteva capire se qualcuno muoveva una mano davanti a

lei, ma non riusciva a leggere nessuna lettera scritta sul tabellone optometrico. Dopo 12 settimane è riuscita a leggere cinque delle lettere più grandi. Ma è lo stesso Schwartz ad avvertire che i miglioramenti della seconda paziente potrebbero essere un effetto placebo. Due sole pazienti non permettono di trarre conclusioni certe, ma il tema delle cellule staminali embrionali è così ▶



Cellule staminali embrionali. In queste pagine: immagini di Adam Voorhes, fotografo texano che nelle sue sperimentazioni sul corpo umano ha eseguito uno studio sull'occhio

Scienze

intrigante e controverso che la comunità scientifica è già in fibrillazione.

«Grazie a queste terapie si aprono delle possibilità di cura per malattie incurabili», spiega Mark Blumenkranz, presidente della Retina Society americana, che quest'anno ha organizzato il suo 44° meeting annuale a Roma, ospite della Società Italiana della Retina: «La marcia delle terapie cellulari è davvero inarrestabile e trova nelle patologie della retina un campo aperto da conquistare». Dimostrare la sicurezza, e poi l'efficacia, delle cellule staminali embrionali nella malattia di Stargardt aprirebbe infatti le porte al loro utilizzo per una condizione più diffusa, che colpisce 30 milioni di persone in tutto il mondo: la degenerazione maculare senile, l'alterazione progressiva della retina che porta alla perdita della visione centrale.

«Purtroppo, le armi che abbiamo per curare la forma asciutta della degenerazione maculare senile sono davvero limitate», ha sottolineato Mario Stirpe, presidente della G.B. Fondazione Bietti per lo studio e la ricerca in Oftalmologia: «La forma umida è data dalla neoformazione di vasi sanguigni e la terapia consiste nel



chiuderli; quella asciutta è invece una degenerazione degli elementi cellulari che compongono la macula». La ricerca sta puntando sulle basi genetiche della malattia, ma al momento le speranze più concrete sono quelle legate alle staminali. E per questo al Moorfields Eye Hospital di

Londra Lyndon da Cruz, in collaborazione con Pfizer, sta per iniziare una sperimentazione a base di staminali proprio su pazienti affetti da degenerazione maculare senile asciutta.

Ma se le staminali embrionali sono il futuro di malattie drammatiche, quelle adulte sono già un valido strumento di cura per l'occhio. La rigenerazione della cornea, per esempio, è una realtà. «L'intervento è poco invasivo e con prognosi molto favorevole. In molti casi, inoltre, non c'è bisogno di eseguire un trapianto con cellule da donatore ma si possono usare le cellule del paziente stesso. In questo modo non c'è rischio di rigetto e non si deve sottoporre il malato ad un'immunosoppressione di lunga durata», spiega Paolo Vinciguerra, responsabile del Reparto di Oculistica all'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, l'unico in Italia a

Cataratta hi-tech COLLOQUIO CON LUCIO BURATTO

Tra tutti gli interventi chirurgici agli occhi, quello per la cataratta - 450 mila operazioni l'anno - presenta i rischi minori e i migliori risultati. Anche se non si tratta di un'operazione semplice. Non solo: sempre nuove tecniche arrivano a migliorare le procedure. Abbiamo chiesto al chirurgo Lucio Buratto, presidente onorario dell'Accademia Italiana Scienze Oftalmologiche, una guida per orientarsi tra varie tecnologie d'avanguardia.

Dottor Buratto, qual è la tecnica più utilizzata oggi?

«Si chiama "facoemulsificazione": si utilizza il bisturi per arrivare fino al cristallino; poi gli ultrasuoni muovono una sottile punta metallica che frammenta il nucleo opaco che impedisce alla luce di arrivare alla retina. Infine viene inserito un cristallino artificiale. Il tutto dura una ventina di minuti».

Quali sono le innovazioni più interessanti?

«Una tra le tecniche più moderne è la Ozil, particolarmente delicata e sicura, in cui si riducono ulteriormente i rischi operatori».

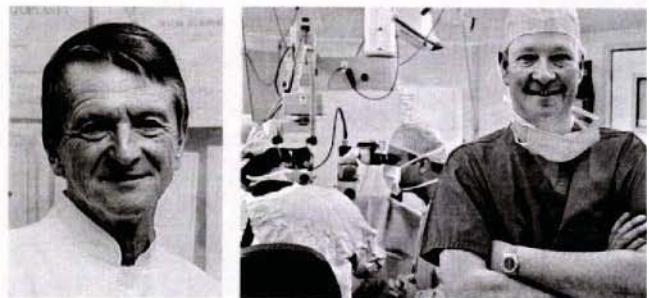
Le nuove metodiche mettono al sicuro dal rischio-chirurgo?

«Non proprio: è sempre necessario accertarsi che chi opera sia specializzato nella chirurgia della parte anteriore dell'occhio. Proprio in questi ultimi mesi, però, si è affacciata una nuova tecnica in cui il bisturi è sostituito dal laser a femtosecondi. Il taglio viene programmato con una precisione che nessun oculista potrà mai raggiungere. In più si riduce l'intervento vero e proprio nell'occhio».

Quali difetti della vista si possono correggere durante l'operazione?

«I cristallini artificiali di nuova generazione possono eliminare la miopia e l'ipermetropia; altri, detti torici, possono correggere astigmatismi elevati. Per la presbiopia, infine, vi sono i multifocali, adatti sia per la visione da vicino che da lontano».

Tiziana Moriconi



LUCIO BURATTO A DESTRA JAMES BAINBRIDGE

Allarme diabete

Il diabete mette a rischio anche gli occhi. Tanto che la retinopatia diabetica, la complicanza oculare più diffusa nelle persone che soffrono di questa malattia, è la prima causa di perdita della vista fra le persone in età lavorativa. «Ma i pazienti devono sapere che possono agire in tempo e migliorare la loro condizione con la terapia senza dover ricorrere alla chirurgia», spiega Mario Stirpe, presidente della Fondazione G.B. Bletti per lo studio e la ricerca in oftalmologia, da sempre impegnata in campagne di sensibilizzazione. Le persone con diabete devono sottoporsi a esami oculistici con cadenza regolare e non aspettare che la vista cominci a calare perché la malattia progredisce anche con 10/10. «Grazie alla diagnosi precoce si riescono a eseguire tempestivamente terapie come la fotocoagulazione laser e così evitare gravi danni visivi», sottolinea Stirpe. Oltre alla retinopatia, il diabete colpisce gli occhi causando anche glaucoma neovascolare, otticopatia e cataratta spesso con implicazioni più importanti di quanto accade in pazienti non diabetici.

L. Gab.



È GIÀ POSSIBILE RIGENERARE LA CORNEA CON CELLULE NON RICAVATE DAGLI EMBRIONI. E DAGLI USA ARRIVA IL TRAPIANTO DI GENI

eseguire questo tipo di operazione. Le cellule staminali sono prelevate dalla cornea del paziente stesso e poi vengono portate in una banca degli occhi, dove sono coltivate per uno o due mesi. A quel punto vengono iniettate sulla cornea del paziente, opportunamente levigata dal laser ad eccimeri e resa quindi ideale per l'attecchimento. «Il risultato è che si aumenta la loro sopravvivenza e le cellule riescono a ricostituire la riserva che poi va a ricreare direttamente le cellule dell'epitelio e a rigenerare la parte compromessa», prosegue Vinciguerra.

Oggi le cellule staminali si prelevano dalla cornea e nelle sue immediate vicinanze - in una zona detta limbus che la separa dalla sclera, la parte bianca dell'occhio - ma una nuova preziosa riserva è stata appena scoperta. A scovarla sono stati i ricercatori dell'Istituto Rensselaer per le cellule staminali neurali di New York: si trova nella parte posteriore della retina, precisamente nell'epitelio pigmentato retinico. Come riporta la rivista "Cell Stem Cell", dove è apparso lo studio, si tratta di cellule staminali adulte che si possono coltivare e moltiplicare in laboratorio.

Come scrivono i ricercatori, estrarle è facile anche da pazienti vivi e si mantengono intatte anche nelle persone anziane, come ha dimostrato il prelievo in una donna di 99 anni.

In attesa di verificare se anche questo giacimento di staminali sempreverdi possa essere utilizzato per rigenerare tessuti dell'occhio, la ricerca punta la sua attenzione anche su altre terapie di frontiera, come quella genica. In un articolo appena apparso su "Science Translational Medicine", Jean Bennett del Centro di terapia cellulare e molecolare del Children's Hospital di Philadelphia descrive i miglioramenti riscontrati su tre adulti colpiti da una forma specifica di amaurosi congenita di Leber, una malattia genetica che porta alla cecità. I ricercatori sono riusciti a trasportare negli occhi dei pazienti una copia funzionante di uno dei geni che invece nei malati non funziona (chiamato RPE65) e lo hanno fatto utilizzando (come sempre si fa nella terapia genica) un virus capace di penetrare l'occhio sul quale era stato "caricato" il gene corretto. Bennett, che collabora con l'Istituto Telethon e con l'Uni-

versità Federico II di Napoli, aveva trattato uno solo degli occhi dei malati e poi, a distanza di alcuni anni, è intervenuto anche sul secondo occhio, verificando un netto miglioramento della visione, in particolare della sensibilità alla luce. In più, anche il sistema immunitario dei pazienti sembra aver ben tollerato l'ingresso dei virus-vettori, risolvendo così uno dei punti cruciali per l'impiego della terapia genica.

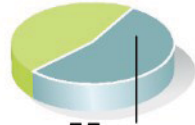
La manipolazione genetica può prendere poi un'altra strada, quella che gli scienziati chiamano "biofactory". Si prende un gene capace di produrre una proteina oppure un farmaco e lo si immette nella retina del paziente. In questo modo si forzano le cellule a produrre quella sostanza. Genzyme, azienda biotech, ha già iniziato studi su pazienti per dimostrare la sicurezza di una nuova possibile terapia: un virus che contiene un gene capace di produrre una sostanza che contrasta la vascolarizzazione tipica della degenerazione maculare senile umida. Scopo: obbligare la retina a produrre questa sostanza e, per così dire, curarsi da sola.

ha collaborato Tiziana Moriconi

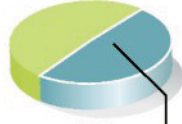
Antinfiammatori-antidolorifici

(farmaci che riducendo l'infiammazione attenuano anche il dolore perché bloccano le prostaglandine)

€ 560 milioni di euro spesi ogni anno per acquistarli



55% quota di spesa a carico dei cittadini



50% quota di farmaci venduti di cui è scaduto il brevetto (ma solo nel 6% dei casi viene scelto il "farmaco generico")



56 dosi assunte ogni giorno in Italia ogni mille abitanti



80 milioni di confezioni vendute

Oppioidi-antidolorifici

(farmaci che riducono il dolore agendo a livello neurologico centrale e periferico)

€ 155 milioni di euro spesi ogni anno per acquistarli (in Italia)

17% quota di spesa a carico dei cittadini

3,5 dosi assunte ogni giorno in Italia (ogni mille abitanti)

I farmaci in Italia

€ 26 miliardi di euro la spesa farmaceutica totale

5 miliardi di euro la spesa per la categoria di medicinali più diffusa (quelli per il sistema cardiovascolare)

1,8 miliardi le confezioni vendute in un anno dalle farmacie

€ 434 euro la spesa farmaceutica media per ogni cittadino

50% la quantità di farmaci generici venduti



952 le dosi prese ogni giorno in Italia ogni mille abitanti

fonte: Osmed 2011

“Politecnico in inglese? Un esempio da seguire”

Il ministro Profumo: per gli italiani maggiori occasioni

PROCESSO GUIDATO

«Non deve vale per tutti ma dà forza ad alcuni atenei di prestigio»

Intervista

ANDREA ROSSI
TORINO

Non sarà una pratica da estendere a tutto il sistema universitario. Ma nemmeno una fuga in avanti. Piuttosto, deve diventare un'abitudine «in alcuni atenei di prestigio e in alcuni settori». Di sicuro il ministro dell'Università Francesco Profumo è convinto che la decisione del Politecnico di Milano - dal 2014 solo corsi in inglese per il biennio specialistico - segni una svolta: «Poco alla volta diventeremo un Paese normale».

Perché normale?

«Perché finora il fattore linguistico ha rappresentato una barriera: per i nostri studenti, in difficoltà nel competere con i loro coetanei stranieri; e per gli stranieri».

Per quale motivo?

«L'italiano penalizza la nostra capacità di attrarre studenti dall'estero. Chi viene a studiare in Italia deve imparare la nostra lingua, perché dovrà essere un nostro ambasciatore nel paese d'origine. Però non credo debba farlo necessariamente in aula».

Altri atenei seguiranno il Politecnico di Milano?

«Sarebbe auspicabile. Però deve essere un processo guidato. E andare di pari passo con un'opera di promozione internazionale del sistema Italia, che coinvolga anche il sistema delle imprese. E con un portale che raggruppi tutte le università e di ciascuna mostri servizi e opportunità: quali corsi offrono, in che lingua, con quante borse di stu-

dio e possibilità di tirocinio. Introduciamo i test d'ingresso in inglese per ingegneria, medicina, economia e architettura. E abbiamo firmato un accordo con le questurazioni per il rilascio dei documenti necessari. Tutto per attrarre più stranieri».

Gli italiani, invece, scontano davvero un gap di competitività dovuto alla lingua?

«Sì. Un background linguistico di alto livello è un'opportunità per avere maggiori possibilità di trovare lavoro sia all'estero sia nelle multinazionali che hanno sedi in Italia. Senza contare che così le nostre università potranno competere ancor di più con i migliori atenei europei».

Qualcuno potrebbe essere scoraggiato da un'esperienza di studio all'estero?

«Non credo. E non sottovaluterei il valore di ricreare un ambiente simile a quello che si potrebbe trovare in una grande università straniera. In tempi di crisi non è aspetto di poco conto, per chi non ha certe possibilità economiche».

Sbaglia chi teme una sorta di discriminazione alla rovescia per gli italiani?

«Sì. In alcune discipline tecniche e scientifiche l'inglese è la lingua di riferimento. E questa novità non dovrà essere introdotta in tutte le università. Più che un ostacolo, a me sembra un'opportunità per il nostro sistema scolastico di migliorare, mescolando il sangue, costruendo nuovi rapporti tra studenti, e tra studenti e professori».

Verrà intensificato lo studio delle lingue straniere anche a scuola?

«Chi si iscrive ad alcune facoltà deve già possedere solide proprietà linguistiche. Non può essere l'università a farsene carico, se non in fase transitoria. Bisogna cominciare prima».

Domande & risposte

IN ULTIMA PAGINA



Il ministro Francesco Profumo



Le offerte Le posizioni aperte in Quintiles, Chiesi, Medtronic, Kerakoll, L'Oréal ed Epo

Laureati in materie scientifiche L'82% trova lavoro in un anno

Le statistiche dell'Università degli studi di Milano

100

I nuovi collaboratori della campagna di reclutamento che da inizio anno ha avviato Quintiles soprattutto per lo sviluppo di progetti di ricerca clinica e per il commerciale

Buone opportunità per chi si laurea in una materia scientifica. Lo segnalano con chiarezza i dati dell'Università degli studi di Milano: l'82% dei suoi laureati magistrali ha infatti un'occupazione a un anno dal conseguimento del titolo. Si va dal 100% di chi ha studiato matematica al 97% degli informatici, il 90% dei fisici, l'88% dei chimici e il 75% dei biologi. "Sono richiesti dalle aziende multinazionali ma anche da quelle medie e piccole dei settori informatico, chimico, cosmetico, **farmaceutico** ma anche del bancario e dell'assicurativo -commenta Barbara Rosina del placement dell'università- ed è ampia la gamma funzioni di inserimento: dalla tecnica alla ricerca, dal marketing alla produzione, dal commerciale all'information technology".

Fra le realtà che li cercano, la multinazionale Quintiles che dall'inizio dell'anno ha avviato una campagna di reclutamento per inserire 100 nuovi collaboratori soprattutto per lo sviluppo di progetti di ricerca clinica e per il commerciale. I candidati ideali sono prevalentemente lau-

10

le proposte che arrivano dal gruppo Chiesi per esperti con una anzianità professionale nel campo della ricerca e dello sviluppo

reati in discipline chimiche, **farmaceutiche** e biologiche ed hanno almeno 2 o 3 anni di esperienza coerente (www.quintiles.com). Dieci proposte arrivano anche da Chiesi per professionisti con una anzianità professionale nella ricerca e sviluppo. Si tratta di 2 analytical scientist (un senior e un junior) e un: compliance specialist, tecnico di laboratorio, scientist dpi (per inalatore a polvere secca), scientist sviluppo chimico, technical leader, project manager. A questi si aggiungono due stagisti (600 euro al mese) di cui uno per la ricerca preclinica e un tecnico di laboratorio (www.chiesi.com). Buone prospettive anche in Medtronic, soprattutto per profili per il supporto tecnico e la vendita oltre che per il marketing e la clinica (www.medtronic.it). Cento ricercatori bioedili stanno invece per essere inseriti a Sassuolo, in Kerakoll, azienda che opera nel green building. Si tratta di giovani con diploma o laurea in bioedilizia e con una esperienza di 3/4 anni di laboratorio su prodotti a basso impatto ambientale (www.kerakoll.com).

100

le offerte che arrivano da Epo, l'ufficio brevetti della comunità europea, per opportunità principalmente nell'area meccanica e dell'information technology

Opportunità anche in Aptalis Pharma che, oltre a uno stagista per la quality assurance (850 euro al mese), cerca un formulation scientist per il pharmaceutical development che alla laurea in chimica e tecnologie **farmaceutiche** o farmacia abbinati un dottorato o 3/5 anni di esperienza maturata in laboratori di sviluppo. Altre ricerche sono comunque previste nel corso dell'anno (www.aptalispharma.com). Opportunità aperte per laureati in materia scientifica con un ottimo inglese anche in L'Oréal che cerca uno stagista per il marketing (700 euro al mese) (www.loreal.it). Infine quasi 100 offerte arrivano da Epo, l'ufficio brevetti della comunità europea, per opportunità nella brevettizzazione principalmente nell'area meccanica e dell'information technology (www.epo.org).

Luisa Adani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

