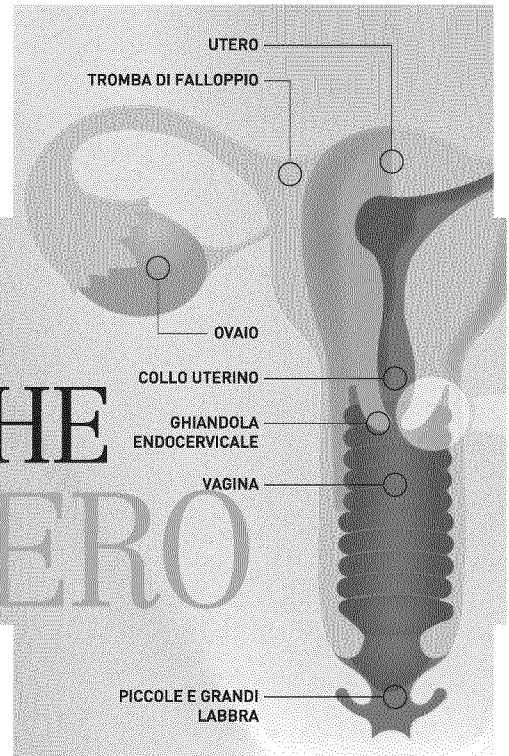


Papilloma, un ospite indesiderato  
Fermare il rischio cancro è possibile

# IL VACCINO CHE DIFENDE L'UTERO



## IL VACCINO

Per prevenire l'infezione sono disponibili due vaccini per i 4 ceppi più diffusi:

- 6
  - 11
  - 16
  - 18
- Vaccino quadrivalente
- Negli ultimi tempi si sta studiando la protezione crociata nei confronti di altri ceppi oncogeni: 45 31 33
- Vaccino bivalente



Il vaccino non è obbligatorio ma consigliato

Sono necessarie 3 iniezioni per concludere il ciclo di vaccinazione

I ceppi 16 e 18 sono responsabili del 70% dei tumori della cervice uterina



Possono essere vaccinate ragazze o donne dai 10 ai 25 anni. Attualmente la vaccinazione può essere estesa fino a 45 anni

**Molte donne purtroppo trascurano l'importanza del pap test. Ma le lesioni del collo dell'utero, anticamera del cancro, possono essere debellate sul nascere anche grazie alla vaccinazione**

## SCREENING

Il tumore della cervice impiega mediamente dieci anni per crescere

## PRECAUZIONI

«Una iniezione a 12 anni protegge dai principali ceppi oncogeni»

Federico Mereta

**VACCINAZIONE PREVENTIVA NEI CONFRONTI** del papilloma virus, in particolare dei ceppi che inducono le trasformazioni cellulari alla base del tumore, e applicazione ancor più diffusa del pap-test. Queste le due mosse per dare

scacco matto al cancro del collo dell'utero, malattia che è molto meno frequente rispetto ad alcuni anni fa proprio grazie al Pap-test a che potrebbe essere quasi del tutto azzerata combinando al meglio le due armi, prevenzione e diagnosi precoce, di cui la scienza oggi dispone. «Il Pap-test è consigliato in Italia a partire dai 25 anni di età, perché prima non ha significato e potrebbe portare solamente a un eccesso di diagnosi e trattamenti – spiega Francesca Carozzi, biologo molecolare che lavora presso l'ISPO (Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica) di Firenze. Il tumore impiega mediamente almeno dieci anni per svilupparsi: se consideriamo che il picco di incidenza dell'infezione da papilloma virus umano (HPV) è massima tra i 18 e i 24 anni e che in almeno otto casi su dieci il contatto con il virus non lascia traccia, anticipare l'epoca di questo esame non avrebbe significato. L'importante è che poi il controllo venga effettuato regolarmente ogni tre anni». Il proble-

ma attuale, semmai, è far sì che tutte le donne eseguano il Pap-test perché l'integrazione tra questo screening e l'applicazione su larga scala della vaccinazione appare lo strumento ideale nella lotta al tumore. C'è la sensazione che mentre molte donne facciano anche esami più ravvicinati, altre non abbiano alcuna forma di controllo. E tra queste potrebbe svilupparsi il tumore. «Fondamentale è anche che si raggiungano valori di copertura con il vaccino del 95 per cento della popolazione nelle coorti vaccinate, mentre oggi siamo solo intorno al 50 per cento – precisa la Carozzi. In questo modo troveremo una popolazione di donne che, grazie a vaccinazione a Pap-test, potrebbe risultare estremamente protetta contro questo tumore. nel futuro, forse, proprio per arrivare al massimo dell'integrazione tra questi due strumenti, si potrebbe anche pensare di riproporre la vaccinazione a 25 anni, quando si inizia con i Pap-test, in caso di copertura vaccinale non completa».



**PERCHÉ IL VACCINO È IMPORTANTE? LE CIFRE**

dicono che il Pap test non viene fatto regolarmente da tutta la popolazione, tanto che ancora oggi abbiamo più di 3000 nuovi casi di carcinoma cervicale diagnosticati ogni anno in Italia, e oltre 1000 morti. Per questo la vaccinazione diventa uno strumento di sanità pubblica fondamentale. «La vaccinazione è offerta gratuitamente e attivamente a tutte le ragazze nel dodicesimo anno di vita, prima dell'inizio dell'attività sessuale, perché in tali condizioni il vaccino esplica la sua massima potenzialità preventiva - spiega Paolo Bonanni, docente di Igiene all'Università di Firenze - . In ogni caso, pur non potendo essere offerta gratuitamente, la vaccinazione è indicata come prevenzione individuale anche per le donne di età più avanzata, dal momento che molto raramente esse sono state infettate da tutti i tipi di HPV presenti nel vaccino bivalente o quadrivalente». Non vaccinarsi a 12 anni significa perdere un'opportunità di limitare sostanzialmente il rischio di un tumore in età adulta, perché il vaccino è andato addirittura oltre le previsioni per quanto riguarda il suo potenziale preventivo. «I due ceppi altamente oncogeni presenti in entrambi i vaccini, 16 e 18, sono responsabili di circa il 70 per cento dei cancri della cervice uterina - sottolinea Bonanni. Misurando la riduzione delle lesioni pre-cancerose, tappa obbligata verso il cancro, ci si è resi conto che sono di più di quanto ci si potrebbe attendere se i vaccini prevenissero solo le lesioni da HPV 16 e 18. Vuol dire che i vaccini proteggono anche contro altri tipi di HPV imparentati con 16 e 18, portando la percentuale dei cancri cervicali prevenuti presumibilmente oltre l'80%, sia pure con diversa capacità di protezione nei confronti di diversi tipi di HPV simili a 16 o a 18».

L'obiettivo della vaccinazione è quello di ottenere entro il 2012 una copertura vaccinale in Italia del 95% delle popolazioni considerate (dodicenni e altre coorti in base alle regioni)

Il papilloma virus (Hpv) può causare un tumore al collo dell'utero

Ci sono vari gradi di degenerazione cellulare. Il terzo è già considerato un livello tumorale

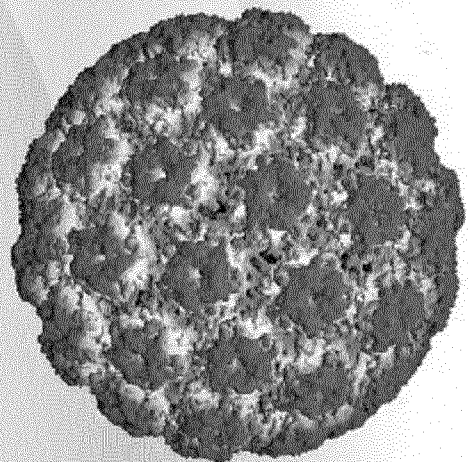
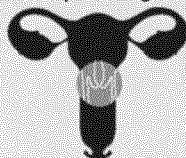
I: displasia lieve



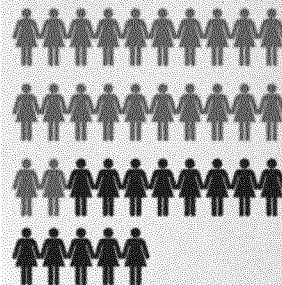
II: displasia moderata



III: displasia grave



**IN ITALIA**



**IN EUROPA**

Si contano circa 25.000 - 60.000 nuovi casi ogni anno con circa 12.000 decessi

**NEL MONDO**

Le persone colpite sono oltre 500.000 l'anno, con 280.000 morti



Le nuove infezioni virali si concentrano tra i 15 e i 20 anni di età. Il rischio rimane comunque alto fino a 40 anni



Occorrono da 10 a 20 anni, perché dalle prime lesioni cellulari si sviluppi il tumore. Ogni nuova infezione con ceppi virali a rischio aumenta il rischio di insorgenza del tumore



# La ginecologa: «Occhio all'HpV Si prende con i primi rapporti»

**Fare o non fare il vaccino contro il papilloma virus? Vediamo rischi e benefici secondo il punto di vista di una ricercatrice della Ginecologia oncologica del Policlinico Gemelli**

## BARRIERA

**«Nelle adolescenti il livello di anticorpi è superiore a quello di donne adulte»**

**LA VACCINAZIONE** preventiva nei confronti del papilloma virus umano è diffusa in Italia da diversi anni, ma tanti sono ancora i dubbi in proposito. Ecco, in sintesi, ciò che bisogna conoscere in base alle attuali evidenze scientifiche. Ad accompagnarci in questo «viaggio nel vaccino» è Rosa De Vincenzo, ricercatrice presso la Ginecologia Oncologica dell'Università Cattolica di Roma e responsabile dell'ambulatorio vaccinale del Policlinico Gemelli.

### Fino a che età si può fare il vaccino?

«In Italia è prevista la somministrazione per le donne dai 9 ai 26 anni, gratuita per le ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita. Di recente l'indicazione al vaccino è stata estesa fino ai 45 anni».

### Perché vaccinare le dodicenni?

«Esistono due ragioni. Innanzitutto il beneficio è massimo prima dell'inizio dell'attività sessuale, e quindi prima dell'esposizione al virus. Si ritiene, infatti, che l'infezione da HPV si acquisisca subito dopo l'inizio dei rapporti sessuali nel 75 per cento circa delle donne, e che nella maggior parte dei casi (80 per cento) fortunatamente guarisca spontaneamente (nel giro di 12-18 mesi). Inoltre il vaccino appare altamente immunogeno in questa fascia d'età. Il 99 per cento delle giovani tra 9 e 15 anni ha infatti prodotto in seguito a vaccinazione una quantità di anticorpi circa cento volte maggiore rispetto all'infezione naturale. Va anche ricordato che rispetto alle donne adulte negli adolescenti è stata osservata una più elevata risposta in termini di produzione di anticorpi».

### Si può vaccinare chi ha già avuto rapporti sessuali?

«L'inizio dell'attività sessuale

non è una controindicazione alla vaccinazione. Le donne sessualmente attive possono essere vaccinate, purché adeguatamente informate dal ginecologo. La vaccinazione non esonera dall'abituale screening della cervice».

### La donna che ha già avuto un'infezione da papilloma virus umano può essere vaccinata?

«Negli studi clinici le partecipanti infette da uno o più tipi di HPV vaccinali prima della vaccinazione sono state protette dalle malattie causate dagli altri tipi di HPV presenti nel vaccino. Inoltre studi recenti in donne precedentemente esposte a uno o più tipi di HPV vaccinali, che hanno superato l'infezione, dimostrano che il vaccino rimane efficace».

### E' efficace?

«Il vaccino è efficace, sicuro e ben tollerato. L'efficacia dei vaccini nel prevenire le lesioni pretumorali della cervice è risultata del 98 per cento».

### Quanto dura l'efficacia?

«Non si conosce ancora l'esatta durata della protezione né l'eventuale necessità di richiami. Studi recenti hanno comunque documentato il perdurare dell'efficacia, nei confronti delle lesioni pretumorali, fino a 8.5 anni».

### Ci sono rischi?

«I vaccini non contengono materiale genetico (DNA) virale, quindi sono privi di ogni capacità infettante ed oncogenica e pertanto sicuri. Minimi sono gli effetti collaterali osservati: reazioni locali nel punto di inoculo (arrossamento, dolore e gonfiore) e febbre. Nella sorveglianza successiva alla disponibilità sul mercato dei vaccini sono state raramente segnalate anche reazioni di possibile natura allergica (brucosismo, orticaria) e dei casi di svenimento (sincope) dopo vaccinazione. Per questo, è consigliabile mantenere una osservazione di 15 minuti dopo la somministrazione».

### Dove si deve fare?

«Si può effettuare la vaccinazione nella propria Asl di appartenenza, di solito su lettera di invito, gratuitamente. Oltre il dodicesimo anno di età a meno che non esistano progetti specifici della Regione, si può effettuare, a tariffa agevolata, nelle Asl o in appositi Centri Vaccinali. Non deve essere praticato alcun test prevaccinale».

f. m.



## GLI STRUMENTI

### Ricerca

L'infezione da papilloma si contrae con i primi rapporti sessuali, fare il vaccino prima della pubertà riduce i rischi di contagio successivi



### Campagne

In Italia è stata prevista tra i 9 e i 26 anni, gratuita per le adolescenti nel corso del dodicesimo anno, l'indicazione è stata estesa ai 45 anni



### Ripensamenti

Si può vaccinare anche dopo l'inizio dell'attività sessuale. La vaccinazione non esonera dall'abituale regolare screening della cervice uterina



### Profilassi

I vaccini non contengono materiale genetico (Dna) virale e, riferiscono gli esperti, sono privi di capacità infettante oncogenica



# Equivalenti, amici veri

## Il ministero promuove i medicinali biosimilari

### I PREZZI

**Alla scadenza del brevetto un farmaco può essere 'copiato' quindi costa meno**

**Marco Pivato**

«LE DIAMO L'ORIGINALE o preferisce il generico?». Una domanda di rito per il farmacista non appena ci legge ricetta medica. O meglio, d'obbligo. Sì, perché rientra nei diritti del paziente sapere che esistono più «formulazioni» dello stesso medicinale, della stessa qualità ed efficacia a prezzi più bassi - dal 20% al 50% in meno - a seconda dell'industria che li produce. È infatti possibile «copiare» un farmaco alla scadenza del brevetto e il **ministro della Salute Ferruccio Fazio** ora intende incentivare la scelta dei generici attraverso nuove politiche: «A fronte di un preciso invito del ministro **Ferruccio Fazio**, ho offerto piena e convinta collaborazione per il raggiungimento dell'obiettivo della prescrizione diretta e appropriata dei farmaci generici da parte dei medici di famiglia». Lo ha dichiarato il segretario nazionale della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg), Giacomo Milillo, a conclusione di un incontro sollecitato dal ministro. Se l'indicazione venisse direttamente dal medico di base - questa è l'idea - sarebbe più facile ri-

sparmiare e toglierci dall'imbarazzo di rispondere a un farmacista che propone una soluzione di fronte alla quale spesso siamo impreparati o abbiamo pregiudizi: ma se il medico mi ha prescritto questa marca perché me ne stanno propinando un'altra che costa meno? Ci sarà un trucco? Starò di subbidendo al medico? «Sono ormai ampiamente superati - aggiunge Milillo - i dubbi sulla qualità dei prodotti e anche passati i conflitti con i farmacisti in tema di sostituibilità dei farmaci generici. Forniremo perciò ai medici, in un nuovo clima di collaborazione con le farmacie, tutte le informazioni necessarie per far prescrivere direttamente il farmaco generico in una logica di appropriatezza».

Se un farmaco costa meno delle ragioni ci saranno, ma non c'entra la qualità. «Per essere registrati e immessi in commercio i generici - afferma il presidente di Assogenerici e Ad di Teva Italia, azienda leader nel settore dei farmaci equivalenti, Giorgio Foresti - devono sottostare alle stesse prove di sicurezza ed efficacia richieste a qualsiasi nuovo farmaco». A giustificare infatti il maggior prezzo del farmaco nuovo, ancora coperto da brevetto, è la spesa dovuta alla fase di ricerca e sviluppo che precede la scoperta o l'invenzione di una nuova molecola. E non si tratta affatto spiccioli.

**LA VITA DI UN FARMACO** non comincia nel momento in cui compare in farmacia, ma almeno 10-12 anni prima. Costa scoprirlo e farlo nascere (1-2 anni) isolandolo da altre sostanze simili. Costa produrlo in piccole quantità per provarne efficacia (riesce a curare quella particolare malattia meglio dei farmaci già disponibili?) e tollerabilità (gli effetti collaterali sono più lievi e rari di quelli dei farmaci attuali?). E passano altri 4-6 anni. Costa anche studiare le forme farmaceutiche migliori per individuare la più adatta. Costa, infine, raccogliere il materiale e intraprendere la procedura di registrazione presso le autorità. E infine costa il lancio sul mercato.

12%

Percentuale di farmaci generici dispensati in Italia. La Germania è al 50%

**ASSOGENERICI** ammette la necessità di una lista di brevetti sui farmaci come chiesto dal presidente Farindustria, Dompè (nella foto). «Tale lista sia però certificata super partes»



## Fazio e i medici, intesa sui generici

### In Europa l'Italia è fanalino di coda

**LA LEGGE STABILISCE**, in generale, che un'industria può vendere in esclusiva il suo farmaco per vent'anni per coprire tutte queste spese dopodiché il brevetto scade e il farmaco può essere prodotto da altre ditte, che non avendo alle spalle l'investimento di cui sopra possono permettersi di stabilire prezzi più bassi. Su questi temi si è imperniato l'incontro tra il ministro **Ferruccio Fazio**, il manager **Giorgio Foresti** e i rappresentanti dei medici, **Giacomo Milillo** (Fimmg) e

**Mauro Martini** (Snam) sul tema «Farmaco generico e biosimilare, opportunità per la governance della spesa farmaceutica: presente e futuro», promosso da Teva Italia alla Facoltà di Farmacia e Medicina dell'università 'La Sapienza' di Roma. Le cifre nel mercato nazionale dei generici, rimangono ancora distanti da quelle del resto d'Europa. «Nel nostro Paese - riporta Foresti - oggi solo il 12% dei farmaci dispensati in Italia è generico, mentre in Germania e Inghilterra il dato arriva al 50-70%».





# Camici bianchi, il futuro è hi-tech

Robotica, nanotecnologie e biomedicina guidano la scelta del post laurea

## RICHIESTA IN CRESCITA

Dal 2015 scatta l'allarme per la carenza di medici e nel giro di 15 anni ne mancheranno tra 35mila e 60mila

PAGINA A CURA DI  
**Paolo Del Bufalo**

■ Dal 2015 in poi scatta l'allarme carenza per i medici e i posti di lavoro non mancheranno davvero: nel giro di altri 15 anni (fino al 2030) ne mancheranno tra i 35mila e i 60mila. Le nuove tecnologie faranno da guida nella scelta di specializzazioni emergenti che saranno tutte quelle legate alla robotica, alle nanotecnologie e alla biomedicina. E spazi occupazionali sono certi anche per chi sceglie specialità di gestione delle strutture e dei servizi: igiene, medicina del lavoro e così via.

Buone notizie quindi? Non del tutto. C'è in realtà un "collo di imbuto" per la professione medica dove rischiano di incastrarsi migliaia di giovani: le scuole di specializzazione. I contratti finanziati sono ormai da anni 5mila, non uno di più. Ma i laureati erano già lo scorso anno - periodo in cui il numero di immatricolati era inferiore a quello attuale - circa 6mila e dal 2015 saranno almeno 8.500. Mancano all'appello quindi, nell'immediato, almeno 1.000-1.500 posti nelle scuole.

«I contratti sono circa 5mila l'anno - spiega Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale e della conferenza nazionale dei presidenti di corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia - come si rileva dai dati degli ultimi 4 anni ed esiste una carenza di circa 1.500 ogni anno se riteniamo che tutti i medici laureati dopo i 6 anni di corso abbiano diritto a prose-

guire con la specializzazione, d'altra parte necessaria per lavorare. Inoltre, negli ultimi tre anni gli immatricolati sono aumentati di circa il 10% l'anno (da circa 7.300 del 2007 a 9.500 circa del 2010) con una previsione di ovvia crescita di laureati. È necessario quindi un netto aumento di contratti di almeno 1.000 unità già dal 2011-2012 anno per coprire le esigenze e di circa 2.000 studenti in più dal 2015».

Un problema di costi secondo il Governo, ma Lenzi mette sul piatto della bilancia la cifra necessaria ai contratti extra, circa 2-300 milioni e il fantasma della disoccupazione per quei 1.500 medici l'anno che non avranno possibilità di specializzarsi.

La resa dei conti sarà dopo l'estate, a ottobre-novembre, quando si decideranno i finanziamenti per i prossimi anni accademici. E sia gli universitari, sia le regioni e il **ministero della Salute** parlano chiaro: il fabbisogno di specializzandi è di 8.500 contratti circa l'anno, così non può bastare.

Intanto, per chi supera i test di ammissione di settembre e inizia oggi la facoltà di medicina, il futuro è pressoché assicurato: a cinque anni dalla laurea (al momento della specializzazione quindi) sono al lavoro oltre il 90% dei dottori e gli altri non cercano, ma proseguono gli studi.

E al di là delle specialità del futuro legate alle tecnologie, nei prossimi due anni, secondo il fabbisogno definito dalle regioni, ci saranno cinque specialità che andranno per la maggiore con la richiesta di un aumento di posti superiore al 20%: pediatria, endocrinologia, ematologia, chirurgia plastica e ricostruttiva e chirurgia pediatrica. Sul versante opposto, con riduzioni annunciate di oltre il 20%

dei posti a bando, ci sono medicina del lavoro, medicina di comunità, medicina di emergenza e urgenza, medicina legale, microbiologia e virologia, neurofisiopatologia e tossicologia medica.

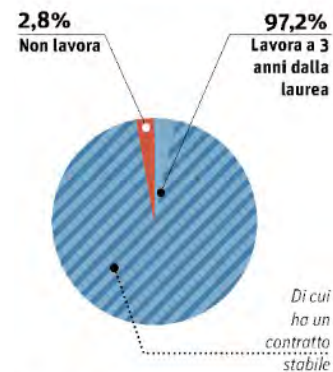
Ma le esigenze cambiano di anno in anno e al momento della laurea dei neoiscritti del prossimo anno accademico saranno diverse: «Biotecnologia e nanotecnologia faranno da padrone - conferma Lenzi - e quindi accanto alle tradizionali specialità "organizzative" dei servizi, sempre attuali, cresceranno le neuroscienze, l'endocrinologia, l'immunologia e tutte le chirurgie specialistiche dove robotica e nanotecnologia hanno una grande importanza. Poi ancora l'oculistica e l'otorino perché in quei settori si va verso sostituzioni biotecnologiche e nanotecnologie di organi e apparati».

Un futuro hi-tech quindi per i medici di domani. Sempre che la carenza cronica di risorse lasci aperta la porta per poterselo assicurare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il lavoro

### MEDICINA-PROFESSIONI SANIT.



**6,6** I mesi impiegati per trovare lavoro

Fonte: AlmaLaurea - laureati spec. 2007



**Scuola** L'iniziativa della Sapienza di Roma, della Statale di Milano e di Pavia sarà estesa ad altre università

# Test anche in inglese per iscriversi a Medicina

Da settembre in tre atenei che già tengono corsi in lingua. «Così attiriamo gli stranieri»

ROMA — Le università italiane vanno all'estero per cercare nuove matricole. A settembre, per la prima volta, i test d'ingresso per la facoltà di Medicina si dovrebbero tenere anche a Londra. Una prova in inglese che servirà ad iscriversi ai corsi di laurea, sempre in inglese, offerti dalla Statale di Milano, dalla Sapienza di Roma e da Pavia.

L'insegnamento in lingua straniera nelle facoltà di Medicina (ma anche di Scienze ed Economia) non è una novità. Sono diversi i corsi dove tutte le materie e tutti gli esami vengono fatti in lingua. Ma finora, dove c'era il numero chiuso come per Medicina, la prova d'accesso veniva fatta in italiano. Un paradosso. Quante possibilità poteva avere uno studente inglese, olandese, o arabo di rispondere meglio di un ragazzo di Milano o di Roma a quelle 80 domande scritte in italiano e pensate per chi ha studiato nelle nostre scuole, capitoli dei Promessi sposi compresi? Pochissime, e infatti quella scelta bizzarra ha tagliato fuori proprio gli stranieri. A settembre il paradosso sarà eliminato.

A parte il test in trasferta a Londra, le prove in inglese saranno fatte anche in Italia per la Sapienza di Roma, con 30 posti disponibili, la Statale di Milano (50) e Pavia, l'università più piccola che però, partita prima degli altri, si prende la fetta più grande con 110 posti. Numeri che, naturalmente, si aggiungono a quelli disponibili per i normali corsi in italiano. «In questo modo puntiamo ad internazionalizzare le nostre università» dice il ministro Mariastella Gelmini. E questo è un problema antico: negli atenei italiani gli studenti stranieri sono soltanto l'1,9% del totale. Sotto la media Ocse (3,4%) e quattro volte meno di Paesi come Francia e Germania che pescheranno all'estero anche per la loro storia coloniale ma sono pur sempre i vicini con

cui fare i conti.

Pavia, Milano e Roma dunque: perché queste tre università hanno scelto la strada dell'inglese integrale? «Se gli atenei italiani pagano un prezzo nelle classifiche internazionali — dice il rettore di Pavia, Angiolino Stella — è anche perché attiriamo pochi studenti da fuori. E invece così si aiuta la ricerca e diventa più facile trovare un lavoro». Non è un caso se dalla sua università molti neolaureati partono per l'Inghilterra e la Svezia dove lavorano subito in ospedale. «Il sistema — prevede il rettore della Statale di Milano, Enrico Deceva — potrebbe essere esteso anche ad altre facoltà. Non possiamo certo competere con gli Stati Uniti, dove gli stranieri sono il 20%, ma dobbiamo fare di più». Una linea condivisa dalla Sapienza di Roma, dove però il rettore Luigi Frati ha qualche dubbio sul futuro: «Aprire agli stranieri è fondamentale ma con i tagli ai finanziamenti già faticiamo a coprire le cattedre dei corsi normali. Non sarà mica semplice tenere pure i corsi in inglese».

I test in inglese non saranno la semplice traduzione di quelli in italiano. Saranno diversi, con domande tagliate su un percorso scolastico «neutro». Milano e Pavia potrebbero farli insieme, con sede unica a Milano. Resta da decidere se fissarli nello stesso giorno di quelli in italiano oppure no. E non è un dettaglio tecnico. Alcuni pensano che, scegliendo due date diverse, il corso in inglese potrebbe diventare non un'opportunità per gli stranieri ma un ripiego per gli italiani bocciati ai test per le facoltà «normali». Non la pensa così il professor Gianluca Vago, coordinatore del corso di Medicina in inglese alla Statale di Milano: «Per un ragazzo italiano è una strada più difficile, chi la sceglie deve essere motivato. E poi aspetterei, siamo ancora ai primi passi».

**Lorenzo Salvia**

## I numeri

# 1,9

La percentuale di studenti stranieri che viene a compiere gli studi universitari in Italia. La media Ocse è del 3,4 per cento. Gli stranieri che studiano nel Regno Unito sono invece l'11,6%; 8,6 quelli che hanno scelto la Germania; 8,2 la percentuale di stranieri che studiano in Francia

# 20,4

La percentuale (fra gli stranieri che studiano in Italia) che ha scelto la facoltà di Medicina. Il 20,4 ha optato invece per Scienze umanistiche e il 31,8 per Scienze sociali o Giurisprudenza

# 8

Le università italiane che, secondo un rapporto Crui sull'offerta formativa 2007 (ultimo disponibile sull'argomento) offrono corsi di laurea in inglese; 12 quelle che offrono lauree specialistiche, 22 dottorati, 31 master e 20 summer/whinter school

## A Londra

Per la prima volta i test si terranno anche all'estero: il via con Londra





## Il dossier

# Sei miliardi di risparmi nella sanità piano sanatoria su processi civili e Inps *Così Tremonti sta preparando il decreto da 40 miliardi*

**Previsto per il 23 giugno il varo congiunto della manovra e della delega fiscale**

**Si riparla di blocco dei contratti nel pubblico impiego. E si ritenta con i costi della politica**

### ROBERTO PETRINI

ROMA — Sanità, pubblico impiego, pensioni, costi della politica, cessione di immobili. Il cantiere della mega manovra triennale da 40 miliardi è in fibrillazione. Il timing è quasi certo: entro il 18 giugno il ministro dell'Economia Tremonti renderà pubbliche le 500 pagine, elaborate da più di 100 tecnici, con uno screening completo delle spese e delle entrate dello Stato. Il 20 all'Ecofin l'intervento sarà preannunciato a Bruxelles, con tutta probabilità il 23 sarà il giorno del varo dei due provvedimenti clou: il decreto con i tagli (3 per quest'anno, 8 per il prossimo, 15 per ciascuno dei due successivi) e la legge delega per la riforma fiscale.

La svolta nella natura della manovra dovrebbe arrivare sul grosso dei tagli alla spesa dei ministeri e delle pubbliche amministrazioni: ieri, accogliendo l'invito del direttore generale di Bankitalia Saccoccini, il ministro dell'Economia ha detto di essere "assolutamente a favore dei tagli non lineari". Una apertura alla pratica della spending review, inaugurata da Padoa-Schioppa e oggetto dei lavori della commissione dell'ex sottosegretario di Ciampi, Piero Giarda.

La sanità sarà il terreno sul quale il federalismo potrà congiugarsi con il rigore e non solo con gli aumenti delle tasse. Il metodo dei costi standard, che sostituirà quello in base al quale le Regioni vengono rimborsate a pie' di lista, dovrebbe consentire risparmi fino a 6 miliardi. Tutte le spese della sanità, dalle degenze all'assistenza, saranno tarate sui costi più bassi delle Regioni modello, a partire dalla Lombardia, e il resto d'Italia dovrà adeguarsi. La stretta sugli acquisti di beni e servizi investirà l'intera pubblica amministrazione con il potenziamento della Consip, l'agenzia del Tesoro che ha il compito di bandire le gare.

Il pubblico impiego, già tartassato da tempo, potrebbe pagare un nuovo pesante prezzo: si parla — anche se il ministro della Funzione pubblica Brunetta ha negato — di un intervento volto a prorogare il blocco della contrattazione fino al 2014 e di riproporre la briglia sulle assunzioni. L'obiettivo è di recuperare almeno due miliardi.

Non resterà fuori dal campo di battaglia il comparto delle pensioni. Benché il sistema sia stato più volte oggetto di interventi c'è ancora da elevare l'età pensionabile

delle lavoratrici private che, in linea con le statali, potrebbero vedere elevata l'età di quiescenza a 65 anni. Anche le aliquote contributive per i parasubordinati sembrano destinate a crescere al 33%. Dalle misure potrebbero essere spremuti circa 6 miliardi.

Se questo è il grosso dell'intervento sul Welfare, gli altri comparti non resteranno fuori della partita da 40 miliardi. I costi della politica sono nel mirino e, sebbene la Lega resista, non è escluso che l'intervento sulle province e sulla composizione degli organi della politica e della "casta" trovino spazio nel decreto. Lo chiede anche Bankitalia e ieri Tremonti ha detto che l'intervento servirà a "legittimare i sacrifici". A corollario è previsto il rilancio della lotta agli enti inutili con una nuova lista comprensiva di istituti importanti come l'Ice.

A caccia di denaro non si eviterà di ricorrere a forme di sanatorie per smaltire il contenzioso dei processi civili, delle liti tributarie e del mega contenzioso dell'Inps. Ai giudici tributarî sarà concesso un bonus del 10% se smaltiranno le liti pendenti e se non chiuderanno i processi entro 180 giorni dovranno rispondere per danno erariale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Le ipotesi sulla manovra da 40 miliardi**

**Le ipotesi sulla manovra da 40 miliardi**



**Sanità**

Passaggio dai costi "storici" ai costi "standard"

**6 miliardi** di risparmio



**Processi civili e liti fiscali**

- Sanatoria per smaltire l'arretrato
- Bonus ai giudici tributari che smaltiranno più del **10%** delle liti fiscali perdenti



**Pubblico impiego**

Proroga al 2014 del blocco della contrattazione e stretta sulle assunzioni

**2 miliardi** di risparmio



**Acquisto di beni e servizi**

Nuova stretta



**Pensioni**

- Innalzamento età di uscita delle donne da **60** a **65** anni anche nel settore privato
- Aumento aliquota contributiva per i parasubordinati al **33%**

**6 miliardi** di risparmio



**Soppressione enti pubblici**

Nuovo elenco di enti comprensivo dell'ICE



**Immobili**

Nuovo piano di cessioni



**Costi politica**

Ancora da definire



# UN RAPPORTO SUI DISAGI DEGLI IMMIGRATI

di NICOLA SIMONETTI

**I**mmigrati, regolari e clandestini, nomadi, disaggiati, un mondo "nuovo" cui si contrappone la schizofrenia, quella nostra, contraddistinta da disomogeneità e discontinuità di assistenza e trattamenti, affidati più alle iniziative non coordinate, e pur singolarmente efficaci, da parte dei "di buona volontà" che alle provvidenze della legge (dal 1995, oltre 700 leggi locali, piani sanitari, delibere e note).

Difficile ed accidentata la corsa alla tutela della salute, alla conoscenza dei fenomeni di patologia, al superamento di pregiudizi e paure che non risparmiano nemmeno il mondo sanitario.

È dal 24 marzo 2000 (circolare n. 5) che il **Ministero della Salute** (Sanità) ridefinisce norme per garantire la salute degli stranieri, ispirandosi all'articolo 32 della Costituzione e regolando l'accesso ai Lea (Livelli essenziali di assistenza) in maniera paritaria con i cittadini italiani secondo principi di equità con particolare attenzione a situazioni di maggior disagio. Senza pregiudizi né preconcetti è necessario conoscere il fenomeno non solo per sapere ma soprattutto per proteggere, venire incontro, prevenire. Uno degli aspetti più complessi del fenomeno migratorio riguarda lo stato di salute delle popolazioni immigrate.

Il migrante giunge nel Paese ospite con un bagaglio di salute sostanzialmente integro nell'ambito di un processo di autoselezione che vede non i più miseri che partono ma, in massima parte, giovani solidi fisicamente che, progressivamente, nella nuova residenza, a causa di lavori usuranti e vissuti a grave rischio, perdono le caratteristiche di "giovani sani". Il pregiudizio sugli immigrati come "untori" è tuttora radicato persino tra gli operatori sanitari ed il rapporto con uomini e strutture è finalizzato primitivamente, se non esclusivamente, verso patologie di natura infettiva o contagiosa o misteriose, trascurando altre realtà di rilievo

(sindrome di Salgari). Gli immigrati presentano patologie di acquisizione legate a fattori di rischio locali, di lavoro, di installazione abitativa e di vita, di stigma subito, e patologie da adattamento specie psicopatologiche causate dal trauma della migrazione. Perché coniugare popoli in cammino con patologia errante? Non ha senso né corrisponde alla realtà.

L'immigrato presenta patologie comuni al popolo che lo ospita, aggravate dalle difficoltà alimentari e di medicina preventiva. Pressione arteriosa, disturbi del metabolismo dei grassi, diabete, cardiopatie, epatopatie non mancano e - per coloro che hanno già maturato anni o che, da anziani, hanno raggiunto i propri figli ("pionieri"), presenti anche le malattie legate alla senescenza. Malattie routinarie o condizioni patologiche espressione di un disagio socio-economico e culturale e di non conoscenza o trascuratezza obbligate. L'immigrazione non è solo numeri, dati, statistiche ma culture (anche di medicina tradizionale) che si incontrano e che si fecondano, dando vita ad un meticcio culturale che spinge al progresso. L'immigrato è ignorato e manca la forza culturale della relazione.

Per conoscere, sul campo, la popolazione in disagio, a Bari, un'iniziativa trainante è stata presa dall'Istituto nazionale Migrazioni e povertà (centro pugliese) in collaborazione con la clinica malattie infettive dell'università diretta dal prof. Gioacchino Angarano che, utilizzando un camper attrezzato ha scandagliato i luoghi "sensibili" della città ed eseguito un primo screening (400 eseguiti finora) tra questi nuovi "ultimi" della società. Se ne farà una messa a punto di rapporto e di programmazione ulteriore in un incontro che si terrà, nell'aula magna "De Benedictis" del Policlinico, il 14 giugno (dalle 15 alle 18,30) nel quale si tratterà di "disparità di accesso alla legge; medici ed associazioni insieme alla ricerca di nuovi modelli di assistenza per immigrati ed indigenti".





EPIDEMIA Il prodotto sarebbe europeo. I coltivatori tedeschi chiedono più fondi per superare la crisi

# Batterio killer, sospetti anche sui cavoli

Allarme dalla Thailandia, mentre la Germania conferma l'isolamento nei germogli di soia

## IN ITALIA

### Controlli intensificati ma nessun rischio

Daniela Boresi

MESTRE

Mentre l'Unione europea tira un sospiro di sollievo perché convinta di aver messo alla sbarra l'alimento colpevole delle infezioni da Escherichia coli O104, dalla Thailandia arriva una doccia fredda. Saranno anche i germogli di soia, ma i ricercatori all'opera da giorni hanno isolato il batterio E.coli in una partita di cavolfiori provenienti da un paese europeo non meglio identificato. Naturalmente sono in corso test per verificare se si tratti dello stesso ceppo che ad oggi ha ucciso 33 persone, 32 delle quali in Germania e che è stato isolato invece nei germogli di soia provenienti da una azienda biologica della Bassa Sassonia.

È pur vero che sempre dalla Thailandia qualche giorno fa era arrivato un altro allarme, questa volta dopo il ritrovamento di un batterio E.coli in una partita di avocado provenienti sempre dall'Europa. Allarme poi rientrato dopo che le indagini di laboratorio avevano stabilito che si trattava di un batterio E.coli, ma non del tipo che stava mietendo vittime in Europa.

«Abbiamo bisogno da tre a cinque giorni per analizzare il ceppo del batterio», ha dichiarato Sathaporn Wongcharoen, direttore generale del dipartimento di Medicina che dipende dal ministero della Salute della Thailandia.

La notizia ha comunque gettato un po' di allarme e viene raccolta soprattutto da coloro, e non sono pochi, che ritengono non esista un solo alimento contaminato, ma che all'interno della catena alimentare ci possano essere più vegetali

che, grazie ai diversi passaggi a cui sono sottoposti questi prodotti, siano diventati fonte di contagio. È proprio per questo che molti paesi, come l'Italia ad esempio, pur tranquillizzando le proprie popolazioni hanno intensificato il lavoro delle task force impegnate nel controllo della salubrità degli alimenti.

Il presidente della federazione degli agricoltori tedeschi, Gert Sonnleitner ha lanciato un appello alla Ue affinché aumenti gli aiuti destinati ai coltivatori che sono rimasti colpiti dalle conseguenze della epidemia del batterio killer. «Noi ci aspettiamo - ha detto - che il commissario europeo all'agricoltura, Decian Ciolos, aumenti le risorse promesse, che ammontano a 210 milioni di euro». Le stime dei danni sono infatti ben più pesanti, si parla a livello europeo di 500-600 milioni di euro, 65 dei quali interesserebbero i soli agricoltori tedeschi. Di fatti le autorità sanitarie germaniche hanno suggerito alla popolazione di evitare tutte quelle verdure che si mangiano crude, come pomodori, insalata e cetrioli, in attesa delle definitive conferme dell'isolamento del batterio sui germogli di soia. Conferme che in parte sono arrivate anche ieri. L'istituto sanitario federale tedesco ha confermato ufficialmente che le analisi di laboratorio hanno provato che l'epidemia mortale da E.Coli è stata generata da una partita contaminata di "germogli di leguminose" provenienti da Bienenbuettel, nel nord della Germania. «Questi risultati sono importanti per la raccolta delle prove», ha sottolineato il direttore dell'Istituto federale tedesco per la valutazione dei rischi, Andreas Hensel.





# Il sogno degli psicologi affiancare i medici di base

La proposta dell'Ordine consentirebbe, secondo il suo presidente, di ripagare i costi pubblici della operazione con i risparmi conseguibili dalla riduzione delle spese: "Molte malattie sono psicosomatiche"

VALENTINA CONTE

Roma

**M**ettere insieme, nello stesso ambulatorio, un medico di base e uno psicologo. Uno di fianco all'altro. Una scelta non solo possibile, ma anche profittevole. Per il paziente, per i medici e per la sanità pubblica. Perché non sempre la malattia si sconfigge con le medicine o la chirurgia. Anzi, sempre più spesso la domanda di salute è una domanda di benessere. È la voglia di superare il disagio. È il desiderio di rinascere, di risolvere i nodi che bloccano la psiche e, dunque, anche il corpo.

Medico e psicologo insieme è anche una scelta già sperimentata. Da più di dieci anni il professor Luigi Solano, docente di psicosomatica alla Sapienza di Roma, segue in alcuni ambulatori della capitale l'inedito affiancamento professionale, grazie al supporto degli specializzandi in Psicologia della salute dell'ateneo romano. I risultati sono talmente positivi, e confortati da prestigiosa letteratura internazionale, da spingere il presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi, Giuseppe Palma, a cercare interlocutori istituzionali disposti a finanziare la sperimentazione anche altrove. «In un anno l'apporto di ogni psicologo ha consentito di risparmiare in media 75 mila euro sulla spesa farmaceutica, moltiplicato per due, perché erano due gli studi serviti da ciascuno di loro», spiega Palma. «Un risparmio che certo supera di gran lunga il costo dello stipendio di uno psicologo». Ma perché si arriverebbe a risparmiare così tanto? «I dati della ricerca dicono che il 50% dei pazienti che va dai medici di base porta domande di salute diverse da quelle tradizionali, ma viene trattato come si fa in presenza delle classiche patologie e quindi con farmaci e prescrizio-

ni di analisi cliniche. Risposte inappropriate nella metà dei casi. Perché molti malesseri, prima di divenire patologici, possono essere curati in modo diverso», spiega ancora Palma.

«La gratitudine dei pazienti è l'eredità più preziosa che conservo di quell'esperienza», racconta Alessandra Marchina, 36 anni, psicologa della salute che, assieme ad altri sette colleghi, ha partecipato alla sperimentazione. «In tre anni ho incontrato 600 persone. Un solo paziente ha chiesto di essere visitato esclusivamente dal suo medico. Gli altri, prima incuriositi poi sempre più liberi, hanno non solo accolto la mia presenza, ma ne hanno tratto giovamento. In almeno cento casi abbiamo individuato un disagio psico-sociale distribuito in diverse aree: familiare, di coppia, lutto, lavoro, maternità, immigrazione. Dal divorzio alla fecondazione assistita, dalla simbiosi genitori-figli alla solitudine dell'extra-comunitario, dal mobbing all'aborto. Si era creato, in quello studio e per la prima volta, uno spazio di ascolto e di aiuto nuovo».

Sperimentare l'affiancamento medico-psicologo ha un costo. E in questo momento i bilanci delle sanità regionali sono quasi tutti in rosso. «Ne siamo consapevoli, tuttavia i risparmi sarebbero superiori alla spesa, la ricerca del professor Solano è lì a dimostrarlo, e il beneficio per la collettività enorme», risponde Palma che conferma, intanto,

l'interessamento dell'assessore alla sanità pugliese Tommaso Fiore. Oltre ai risparmi per la collettività, la sperimentazione incorpora un obiettivo ancora più ambizioso: la definizione di una proposta di legge ad hoc, per istituzionalizzare questa presenza negli studi medici. «Ma prima sperimentiamo. Abbiamo bisogno di dati ancora più robusti e dettagliati sul territorio italiano», precisa Palma. In parlamento un ddl in materia esiste, ormai dimenticato. All'Ordine, però, non pia-

ce perché affida il ruolo di affiancamento a figure diverse dallo psicologo.

In Italia gli psicologi sono tantissimi: 80 mila, un terzo di quelli europei, un quarto del mondo. Ed è un settore in rosa, visto che l'80% degli iscritti è donna e questa percentuale sale al 95% tra i professionisti under-30. I più critici intravedono nella richiesta di sperimentazione un tentativo lobbistico di risolvere un'emergenza occupazionale. «Ogni anno cresciamo di 6 mila iscritti. E degli 80 mila psicologi italiani la metà è disoccupata», conferma il presidente Palma. «Più volte abbiamo chiesto il numero programmato nelle università. Tuttavia il progetto che proponiamo ha una sua validità. Noi siamo convinti che valga la pena sperimentare».

«Un ingegnere di 40 anni è venuto da me presentando sintomi di astenia e capogiro. Convinto di avere un tumore, scopriamo che non aveva bisogno di alcuna risonanza magnetica. Ma di recuperare i suoi spazi e il suo sprint, negati dall'ansia di dover accudire la mamma anziana e vedova. Così è stato. Dopo solo tre sedute con la psicologa, ha recuperato tutta la sua salute», racconta Enzo Pirrotta, medico di base romano, coinvolto nel progetto pilota. «Sempre più oggi i fattori determinanti per la salute sono bio-psico-sociali. E se tutto ricade sul medico generale si rischia un cortocircuito. Su 1.300 pazienti visitati durante la sperimentazione, 857 non erano malati, ma stava-

no male perché avevano un disagio psicologico. E nella metà dei casi questo disagio nasceva all'interno della famiglia. Solo il 5% degli italiani ha avuto nella sua vita un contatto con lo psicologo. È una discrepanza, uno stigma, una barriera culturale da superare. Tanto più che l'ultimo contratto nazionale consente ai medici di base di assumere direttamente infermieri, operatori della riabilitazione o socio-sanitari per l'assistenza a domicilio, ostetrici. Perché non gli psicologi, visto che non si parla più di medicina generale.

ma di cura primaria?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In alcuni ambulatori della capitale già operante l'esperimento dell'inedita accoppiata professionale**

**Il reddito netto degli psicologi**  
Per aree geografiche, in euro

