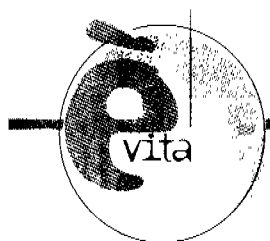


## Rassegna del 18/02/2010

---

AVVENIRE - è vita - Giovani e sessualità: uina guida per scelte responsabili - Vinai  
Emanuela

1



## Giovani e sessualità: una guida per scelte responsabili



**I**n che modo parlare di sessualità e metodi naturali ai ragazzi delle scuole superiori? A Varese la locale Associazione Scienza & Vita ha incontrato in due anni più di tremila studenti e, soprattutto, li ha ascoltati. «Parlando di inizio vita - racconta il presidente, il dottor Antonio Ercoli, ginecologo - era inevitabile parlare di contraccezione e ci siamo accorti che in materia i ragazzi hanno le idee molto distorte». A questo punto ha preso forma l'idea di elaborare uno strumento agile e al tempo stesso rigoroso dal punto di vista scientifico, per affrontare i dubbi degli adolescenti e spiegare con semplicità che le scelte, dal punto di vista della sessualità, non sono tutte uguali. È nata così la "Guida per capire", non un acritico manuale per l'uso, che si limita a elencare i metodi contraccettivi, ma qualcosa di totalmente nuovo, edito con una grafica accattivante e con un linguaggio immediatamente accessibile ai giovanissimi.

«**N**on vogliamo entrare nel merito morale della contraccezione - prosegue il dottor Ercoli - ma poniamo i ragazzi in condizione di farsi delle domande in merito ai comportamenti e agli aspetti etici e bioetici dell'inizio della vita». Evitando di farsi immediatamente bollare come "integralisti" e quindi rifiutati aprioristicamente, i volontari di Varese hanno messo a frutto le serate passate a discutere per elaborare un sussidio fruibile da tutti. Scienza & Vita Varese ha infatti deciso da tempo di puntare sui giovani, ritenendo che impegnarsi sulla formazione sia uno degli investimenti più redditizi. Proprio dall'esperienza maturata sul campo, dall'interesse dimostrato dagli studenti e dalla necessità di fare chiarezza, nasce questo

vademecum. «Nella guida gli argomenti sono presentati con un'impaginazione a doppia pagina - spiega ancora il presidente - a destra sono elencati i fatti dal punto di vista scientifico, l'anatomia, la fisiologia, ecc. A sinistra, invece, abbiamo riportato le domande poste più frequentemente dai ragazzi e le nostre risposte».

Scienza & Vita Varese è stata sostenuta in questo progetto anche dalle istituzioni locali, persuase della bontà dell'iniziativa, in primis la Provincia di Varese che ha messo a disposizione la rete degli Informagiovani presso i quali sarà possibile reperire la guida, scaricabile anche dal sito. A testimonianza dell'interesse suscitato, alla presentazione del libretto, il 10 febbraio scorso, erano presenti gli assessori provinciale e comunale e il direttore della Asl di Varese. Ora Scienza & Vita proseguirà la diffusione della guida nelle scuole, attraverso colloqui informativi: «Quest'anno incontriamo gli studenti di sette scuole superiori e una scuola media - conclude Antonio Ercoli - e abbiamo invitato anche i genitori».

**Emanuela Vinai**



## Rassegna del 18/02/2010

---

ELLE - A letto con uno sconosciuto - Santambrogio Terry

1

*elle* inchiesta

*Aumentano i casi di ragazze sieropositive. Che si accorgono, a volte solo per caso, di aver contratto il virus. Perché il loro uomo è spesso "a rischio". Ma loro non lo sanno*

di TERRY SANTAMBROGIO

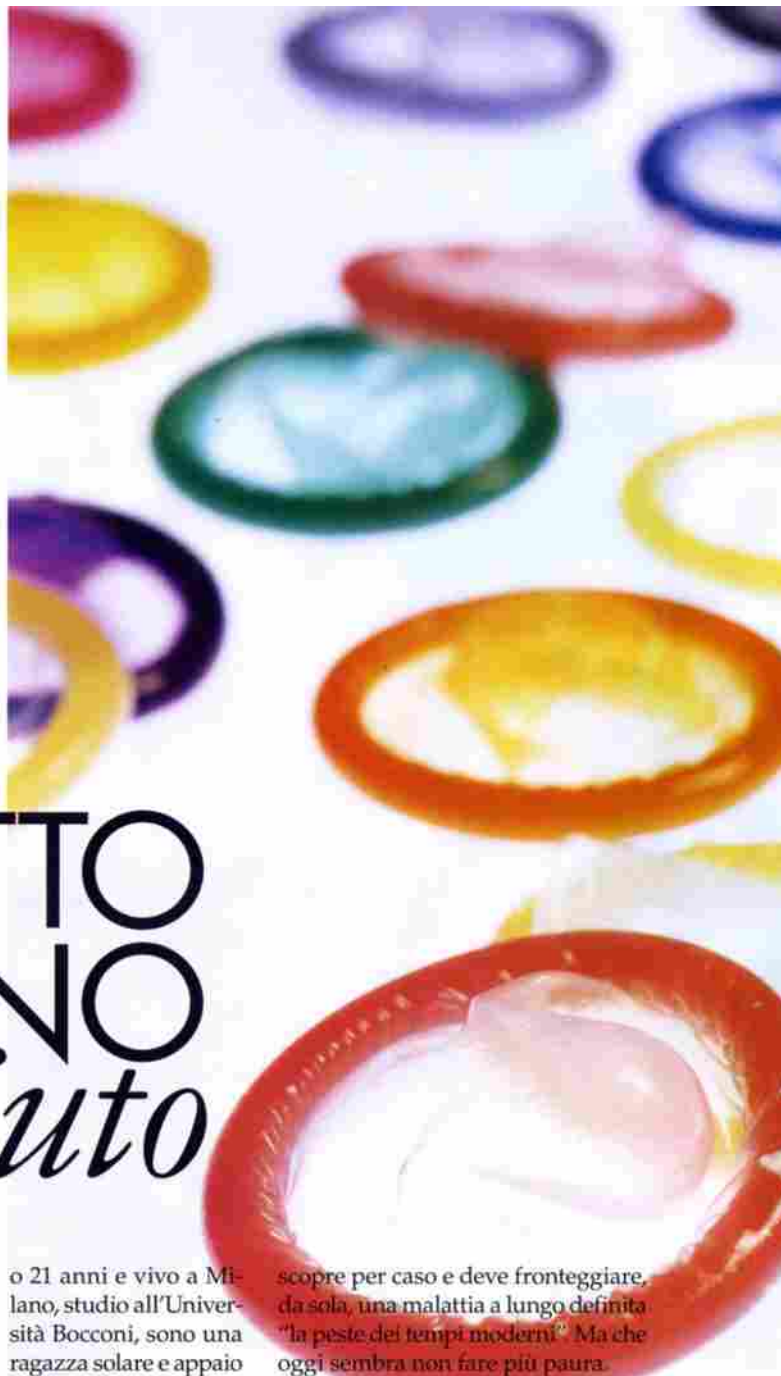
# A LETTO CON UNO *sconosciuto*

**H**o 21 anni e vivo a Milano, studio all'Università Bocconi, sono una ragazza solare e appaio come una ragazza 'normale'. Eppure c'è un però, sono sieropositiva, e l'ho scoperto qualche mese dopo aver compiuto 18 anni. Sono in cura al Sacco da circa tre anni... I miei genitori non sono a conoscenza della mia situazione".

Comincia così la lettera arrivata al *Corriere della Sera* all'inizio dell'anno: il grido di dolore di una studentessa - di buona famiglia e di buon profitto, visto che frequenta uno degli atenei più prestigiosi d'Europa - che

scopre per caso e deve fronteggiare, da sola, una malattia a lungo definita "la peste dei tempi moderni". Ma che oggi sembra non fare più paura.

Un grido di dolore, ma anche di denuncia: "Si dovrebbe parlare più spesso di questa malattia, forse non tanto agli studenti, informati a scuola, bensì ai genitori, agli adulti, agli over 30", continua la lettera. "Due milanesi al giorno si infettano, e non sono ragazzini, ma padri di famiglia... Se ci fosse stata una maggiore informazione, io probabilmente non avrei fatto sesso non protetto con il mio ragazzo con il quale stavo da quattro anni; se gli



uomini smettessero di tradire, io ora non sarei malata di Hiv... Io non sono una drogata, una dai facili costumi o sessualmente ambigua, sono una ragazza normale che è stata per quattro anni con lo stesso ragazzo, che non lo ha mai tradito, al suo contrario... Il prossimo caso di Hiv potrebbe essere vostro figlio, vostro marito o anche vostra moglie...".

Per gli addetti ai lavori, fa riflettere il fatto che per parlare di Aids ci sia voluta una lettera a un giornale. «Descrive esattamente ciò che sta accadendo in Italia e nel mondo occidentale», commenta Mauro Moroni, docente di Malattie infettive all'Università di Milano. «L'infezione è uscita dalle "categorie a rischio" per diventare la più temibile fra quelle a trasmissione sessuale». Il virus dell'Aids non è tra i più efficienti, ma siccome tutti fanno l'amore, il concetto di "popolazione a rischio" è molto ampio. «Chiunque abbia rapporti sessuali non protetti con partner di cui non si conosce lo stato di sieropositività, va considerato a rischio», sottolinea Moroni. Sesso protetto significa uso costante del profilattico, al momento l'unico mezzo efficace di prevenzione dell'Hiv e delle malattie a trasmissione sessuale in genere (purché usato bene - fin dall'inizio del rapporto - ed evitando i tipi ultrasottili che hanno più probabilità di rompersi), in quanto non permette il contatto delle mucose.

«Ma nessuno pensa che un giovane bello, sano, piacente, possa nascondere un'insidia. Chi ha rapporti occasionali ha perso la percezione del rischio, e chi decide di avviare una relazione stabile non pensa neppure per un istante a far precedere il "fidanzamento" da un test reciproco

di sieropositività». Ma il virus non chiede la carta d'identità né la data di nascita o il titolo di studio o la professione. E nemmeno l'entità del conto in banca.

#### VIRUS COMPAGNO DI VITA

Di Aids non si muore più, e questa è una buona notizia. Continua Moroni: «Non ci sono più i morti eccellenti - attori, ballerini, stelle del rock - e anche questo è molto bello. Ma ciò ha spento i riflettori sull'Hiv: le grandi campagne di informazione risalgono a parecchi anni fa, quando i giovani adulti che oggi hanno un'attività sessuale erano bambini. Ed esiste solo ciò che si vede, meglio se in tv: l'Aids non richiama attenzione, quindi si ha l'impressione che non ci sia più».

La scienza ha messo a punto farmaci in grado di controllare la malattia. Ma ancora oggi l'infezione è un'ipoteca pesantissima sull'esistenza: «Chi contrae il virus se lo porta addosso per tutta la vita: non si guarisce», spiega Mauro Moroni.

«Quindi si entra in un percorso senza fine: con l'aggancio a una struttura sanitaria dove fare periodici esami; un periodo anche relativamente lungo di benessere e poi il progressivo inizio di terapie di cui va monitorata l'efficacia e

gli effetti collaterali, in alcuni casi rilevanti. Inoltre c'è il senso ineluttabile di precarietà: il virus espone al rischio di altre infezioni, di facile cura in condizioni normali, ma che in questo caso possono essere anche letali».

L'ipoteca riguarda anche la qualità della vita affettiva: «Chi ha preso il virus ha il dovere etico di non "regalarlo" agli altri», sottolinea Moroni. «A volte ciò si traduce in abbandoni

da parte di partner che non se la sentono di condividere l'esistenza con una persona sieropositiva. Ma anche in una coppia si possono creare tensioni legate alla limitazione della libertà nell'attività sessuale: l'uso del profilattico sempre e per sempre. E, se si decide di avere un figlio, si deve affrontare un complesso percorso clinico di esami e cure, perché sarà necessario ricorrere alla fecondazione assistita».

Purtroppo essere sieropositivi significa ancora subire discriminazioni sul lavoro e persino nei luoghi di cura. Così, per esempio, ai centralini della Lila, la Lega italiana per la lotta contro l'Aids, arrivano molte chiamate da persone che denunciano la rigidità di alcune strutture ospedaliere che non forniscono la quantità di farmaci necessaria per tre mesi, ma obbligano a tornare in ospedale ogni mese, con la necessità di assentarsi di frequente dall'ufficio o dalla fabbrica e la richiesta di spiegazioni del datore di lavoro o dei colleghi.

#### IO NON TI CONOSCO

Ma ciò, evidentemente, non basta. Perché l'Aids non fa più notizia. La pandemia, certo, con il tempo è cambiata, perdendo la connotazione di emergenza. E sono mutate anche le caratteristiche delle persone colpite. Secondo i dati più recenti del Centro nazionale Aids dell'Istituto superiore di sanità (Iss), l'età media è più elevata, sia perché le terapie aiutano a mantenersi in vita più a lungo sia perché ci si infetta più tardi: la diagnosi di infezione, che nel 1988 arrivava a 29 anni per i maschi e 27 per le femmine, vent'anni dopo è rispettivamente a 43 e 40 anni. Cambiano anche i fattori di rischio: i casi attribuibili alla tossicodipendenza sono passati dal 66 per cento prima del 1997 al 25 per cento di oggi, mentre i contatti eterosessuali sono saliti dal 15 al 45 per cento.

*«Nessuno pensa che un giovane bello, sano, piacente, possa nascondere un'insidia»*

C'è anche un aumento del numero dei casi di Aids: la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione (attiva solo in 11 regioni italiane) dice che sono 4 mila all'anno, con un'incidenza medio-alta fra i Paesi dell'Europa occidentale. L'allungamento della sopravvivenza ha aumentato anche il numero dei sieropositivi, stimati in almeno 140 mila. «Parte di loro probabilmente continua ad avere rapporti sessuali non protetti, magari perché inconsapevole del proprio stato di contagiosità», commenta l'epidemiologo Gianni Rezza dell'Iss. «Ciò può contribuire alla diffusione dell'infezione e spiegare l'elevato numero di casi nuovi».

In effetti, uno dei dati più preoccupanti che riguardano l'Italia, è il ritardo nella diagnosi. La scoperta spesso è casuale, per esempio cercando la spiegazione di improvvisi malesseri (febbri che non passano, diarree inspiegabili) o in occasione di un banale intervento chirurgico o, ancora, di una donazione volontaria di sangue, quando è richiesto uno screening generale, ricerca degli anticorpi anti-Hiv compresa. «La percentuale degli inconsapevoli è salita dal 21 per cento nel 1996 al 60 per cento nel 2008», sottolinea Rezza. «La scarsa attenzione degli italiani verso l'Aids rende necessari, come mai in passato, adeguati interventi di prevenzione».

E invece accade esattamente il contrario. Secondo il primo rapporto Euro Hiv Index 2009 che analizza l'impegno dei 27 Paesi membri dell'Unione Europea più Svizzera e Norvegia nella lotta alla malattia, l'Italia è al 27mo posto in classifica (ai primi posti, Lussemburgo e Malta). Per la direttrice di Euro Hiv Index, Beatriz Cebolla, «uno

dei problemi più gravi dell'Italia è la mancanza di dati nazionali. Per la prevenzione, il Paese potrebbe cominciare col rendere obbligatoria l'educazione sessuale a scuola. In più, una maggiore educazione della popolazione in generale ridurrebbe le discriminazioni che i pazienti subiscono, specialmente da parte di medici non specializzati in Hiv».

### BASTA IL TEST?

Con tutto ciò, non stupisce che l'ignoranza regni sovrana. Tra i giovanissimi (vedi box), ma non solo. Secondo l'ultimo report annuale della Help Line della Lila, la Lega italiana per la lotta contro l'Aids ([www.lila.it](http://www.lila.it)), la maggioranza delle persone telefona ai centralini spinta da timori immotivati: per esempio, il 10 per cento delle donne hanno chiamato perché non convinte che il profilattico fosse sufficiente a proteggerle, mentre il 14,6 delle donne e il 5,4 per cento degli uomini pensa ancora che i baci possano essere una fonte di contagio. Viceversa, è diffusa la convinzione che sottoporsi periodicamente al test sia di per sé uno strumento di prevenzione, e

aver avuto un esito negativo fa immaginare che i comportamenti avuti in precedenza possano essere non a rischio. «Tutto ciò significa percepire come rischioso un comportamento che non lo è, mentre un rischio reale può non essere percepito come tale»,

commenta Alessandra Cerioli, presidente della Lila. «La prevenzione passa attraverso messaggi comprensibili, scientifici e non moralisti. Purtroppo, in Italia, la comunicazione istituzionale è stata il più delle volte inefficace e ha spesso usato l'Hiv come spauracchio per proporre stili di

vita e ricette morali che nulla hanno a che fare con la prevenzione. Il profilattico non è ancora accettato, anzi spesso è ancora un tabù e siamo agli ultimi posti in Europa per l'utilizzo».

### LA VERGOGNA SEGRETA

Da sempre la giovinezza è vissuta come un passaporto per l'immortalità. «Sentirsi onnipotente fa parte del mestiere di adolescente», avverte Giovanni Del Bene, psicologo e responsabile del Progetto scuola di Anlaid, l'Associazione nazionale per la lotta contro l'Aids ([www.anlaid.org](http://www.anlaid.org)), rivolto a ragazzi, genitori e insegnanti. «Semmai, quelli che hanno smesso di fare il proprio mestiere sono gli adulti. I ragazzi dibattono sui forum, ma nella vita reale sono soli. Tanto che la ragazza milanese ha dovuto affidare la sua richiesta d'aiuto a un giornale». Perché non se la sente di parlarne in famiglia, ma con tutta Italia sì? «Perché i genitori, al di là del loro amore, pongono veti e blocchi alla comunicazione», spiega Del Bene. «Mentre dicono "ti voglio bene", sottintendono "ma mi aspetto che nella vita tu faccia esattamente tutto ciò che io ritengo etico e morale". Ecco perché non ce la fa a considerare la sua famiglia uno scoglio al quale aggrapparsi, dove piangere e trovare consiglio, ma è intimorita perché sa che sarebbe mal giudicata».

Secondo Irene Cetin, primario dell'unità operativa di Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Sacco, «non è infrequente che la famiglia non sia al corrente: di recente abbiamo avuto un paziente che sta tenendo all'oscuro della sua sieropositività addirittura il partner. Credo che non sia sempre per mancanza di fiducia: è possibile che la ragazza abbia paura di far soffrire i genitori dando loro un grandissimo dolore. E perciò preferisce portarne il peso da sola». Anche perché l'Aids nell'immagina-

*“Molti hanno rapporti sessuali non protetti, inconsapevoli di essere già contagiati”*

rio continua a non essere una malattia qualsiasi: «Forse perché all'inizio era identificata come patologia che riguardava solo omosessuali e tossicodipendenti», conferma Cetin. «È ancora associata a comportamenti "disordinati". Anche il papilloma virus si contrae attraverso i rapporti sessuali (accade al 30-50 per cento delle donne), tuttavia solo di rado degenera in tumore al collo dell'utero. Ma nessuna se ne vergogna».

### INSEGUENDO L'AMORE

Promiscui, disinvolti sessualmente, sempre più precoci: l'età della prima volta si abbassa, mentre cresce la diffusione delle malattie sessual-

mente trasmesse, perché non c'è solo l'Aids, ma anche il papilloma virus, la clamidia, l'herpes genitale, la sifilide. Ma i giovanissimi sono anche soli, sprovveduti, poco informati: questo è il ritratto che esce da molte ricerche, come quelle della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo). «I ragazzi pensano di sapere tutto, hanno molte opportunità di informarsi, ma non hanno sempre le idee chiare», conferma Irene Cetin. «A volte le ragazze mi fanno domande molto ingenui: non conoscono il loro corpo, non sanno esattamente come si fa a restare incinta e qualcu-

*“Per prevenire,  
si dovrebbe  
rendere  
obbligatoria  
l'educazione  
sessuale a scuola”*

na ha ancora il dubbio che possa avvenire con i rapporti orali».

Per Giovanni Del Bene, i teenager sono soprattutto fragili. «So-

no incompetenti nella gestione delle emozioni: non reggono le delusioni. Ma la responsabilità è degli adulti: non abbiamo addestrato i nostri figli a subire dei no, perché abbiamo smesso di usare questa parola. Li abbiamo invece abituati al fatto che tutto è possibile, che basta chiedere per avere, che volere è potere. Mentre sanno benissimo che li aspetta un futuro di incertezze. Appena cresciuti, li lasciamo soli ad affrontare il mondo: la famiglia è in crisi come centro di aggregazione e di protezione. Una volta proponeva valori che - giusti o sbagliati - erano comunque fortemente perseguiti. Oggi è difficile perfino incontrarsi a tavola, perché ognuno ha i propri orari e si arrangia. I ragazzi però sono spesso più all'antica di noi: potrà sorprendere, ma sono molto più bacchettoni e romantici di quanto immaginiamo». Se non fosse così, non si spiegherebbe il successo

di film come *Tre metri sopra il cielo* o di libri come la saga di *Twilight*. «Di contro, l'aggregazione giovanile, il gruppo, è molto forte», continua Del Bene. «E anche negli affetti, i giovani sono sempre alla ricerca affannosa di conferme e spesso - soprattutto le ragazze - vanno incontro a grosse delusioni. Noi lo chiamiamo sesso, ma loro fanno l'amore, sempre. E purtroppo, invece che sentimento, qualche volta trovano l'Aids».

Terry Santambrogio



Kenzo, in appoggio all'attività di Sidaction, ha disegnato uno speciale slip con taschino per il preservativo (sopra, testimonial è il nuotatore Frédérick Bousquet).

## ADOLESCENTI A RISCHIO: DISINIBITI E IGNORANTI

Secondo un'indagine della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), solo lo 0,3 per cento delle ragazze sotto i 19 anni ha una buona educazione sessuale, il 26,5 per cento sufficiente e il 72,9 per cento insufficiente. «I giovani italiani sono ignoranti in materia di sesso e lo sanno», commenta Emilio Arisi, ginecologo e direttore scientifico del progetto *Scegli Tu* per l'educazione sessuale dei più giovani ([www.sceglitutu.it](http://www.sceglitutu.it)) promosso dalla Sigo. «Il 64 per cento chiede più informazioni a scuola e il 44 per cento a casa. Uno su 4 dichiara di non usare metodi contraccettivi perché il partner "preferisce non farlo" e 6 ragazze su dieci non li usano perché "non li hanno a portata di mano". Mentre il 21 per cento si documenta tramite siti o riviste pornografici e il 10 davanti alla tv».

Il primo progetto di legge per l'inserimento dell'educazione sessuale nelle scuole italiane risale al 1910, ma ancora oggi non esiste nulla di strutturato. Risultato? Fra le under 25, oltre il 27 per cento non è mai andata dal ginecologo, mentre il

76 per cento chiede consigli sulla contraccezione alle amiche. Ma poi, una su tre affronta la prima volta (età media, 17 anni) senza nessuna precauzione. Il 35 per cento delle ragazze dai 15 ai 21 anni dichiara di non usare mai né pillola né profilattico, sfidando la sorte o facendo affidamento sul coito interrotto (20 per cento). D'altra parte, fa lo stesso la maggioranza delle loro madri: secondo una recente ricerca di GfK Eurisko, il 46 per cento delle italiane fra i 18 e i 45 anni non usa contraccettivi e nella maggior parte dei casi, alla domanda "perché?" risponde di non averne bisogno. A dispetto delle campagne informative, la vendita dei profilattici è stabile da almeno un decennio, mentre sono in forte crescita le malattie sessualmente trasmissibili (la clamidia, per esempio, è aumentata negli ultimi 10 anni da 6 a 10 volte a seconda delle regioni).



**Trapianti** D'Agostino: no, è narcisismo. Roccella: possibili strumentalizzazioni

# I «samaritani» dei trapianti Offrono un loro rene gratis a tre pazienti sconosciuti

«Lo facciamo per solidarietà». Dubbi etici e legali

ROMA — La figura del buon samaritano che, come estremo gesto altruistico, dona una parte del suo corpo, gli organi, potrebbe entrare a pieno titolo nel sistema italiano dei trapianti. Tre persone, una donna torinese di 30 anni e due lombardi, hanno chiesto di poter cedere gratuitamente i reni mettendoli a disposizione della collettività. Dunque non per un familiare, scambio già ammesso dalla nostra legge e più volte praticato. In questo caso invece si tratta di una scelta intima, umanitaria, slegata da qualsiasi tipo di interesse. «La solidarietà è un bene raro, lo voglio fare per questo, per nient'altro», spiega il perché uno dei tre samaritani.

La questione ora è al vaglio di un gruppo di esperti al lavoro presso il Centro nazionale trapianti del ministero della Salute. L'ufficio legale del dicastero amministrato da **Ferruccio Eazio** dovrà innanzitutto valutare se la modalità è compatibile con l'ordinamento. Altri interrogativi sono in sospeso. Bisogna esprimere un parere sull'eticità e l'opportunità di avviare un percorso che comporta alcuni rischi. Ad esempio l'apertura a speculazioni e rapporti «commerciali» tra persone mosse da finta generosità. Questo tipo di donazione è già praticata nei Paesi scandinavi, in Usa e Gran Bretagna. Da noi la legge regola quella tra consanguinei o persone con rapporti affettivi ma non vieta espressamente neppure il cosiddetto crossover. La pratica del samaritano non è proibita ma qui entrano in gioco anche principi etici.

Il cattolico Francesco D'Agostino si dice «contrario perché implica una grave lesione del

corpo ed esiste il dovere di tutelare la salute. Chi garantisce inoltre che dietro non si nascondano narcisismo o autoesaltazione di chidona? Il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella è perplessa: «Siamo molto cauti, sotto possibili strumentalizzazioni. La nostra idea di base è che il corpo non è un bene a disposizione e quindi non può essere regalato». La bioeticista Cinzia Caporale ha una posizione laico-liberale: «Ognuno deve poter scegliere cosa fare di se stesso e del proprio corpo. Il rischio di abusi è dietro l'angolo ma non può frenarci». Alessandro Nanni Costa, direttore del centro nazionale trapianti, prevede che la decisione del gruppo di esperti arriverà tra qualche settimana: «Dovremo definire un protocollo dettagliato che garantisca la massima trasparenza».

In Italia il trapianto tra viventi, pur ammesso, non è incentivato perché potrebbe distogliere l'attenzione dal problema di fondo, la donazione fine a se stessa, svincolata da ogni tipo di rapporto, senza reciprocità. Siamo al secondo in Europa per numero di donatori, ma la sproporzione tra domanda e offerta è drammatica. Novemila pazienti sono in attesa di un organo. Antonio Amoroso, coordinatore del centro trapianti della Regione Piemonte è favorevole ai samaritani: «purché sia una scelta libera, informata, non condizionata e le motivazioni siano chiare». La richiesta della donna piemontese è arrivata all'ospedale Le Molinette di Torino al nefrologo **Giuseppe Segoloni**: «Inizialmente la signora aveva pensato di andare all'estero per esaudire il suo desiderio. Prima però ha voluto informarsi presso

il nostro centro. L'ho già incontrata due volte. Non ho motivi per dubitare della sua sincerità».

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I protagonisti

Due lombardi e una piemontese che si è rivolta all'ospedale Le Molinette. Il medico: non dubito della sua sincerità





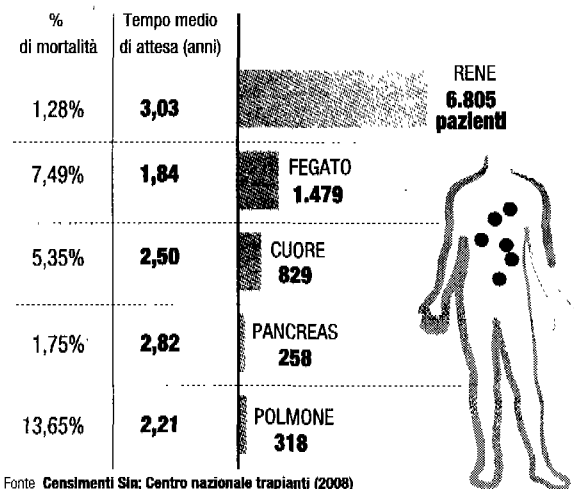
## La situazione

Il numero di donatori e di pazienti in lista d'attesa in Italia e in Europa

### Liste d'attesa

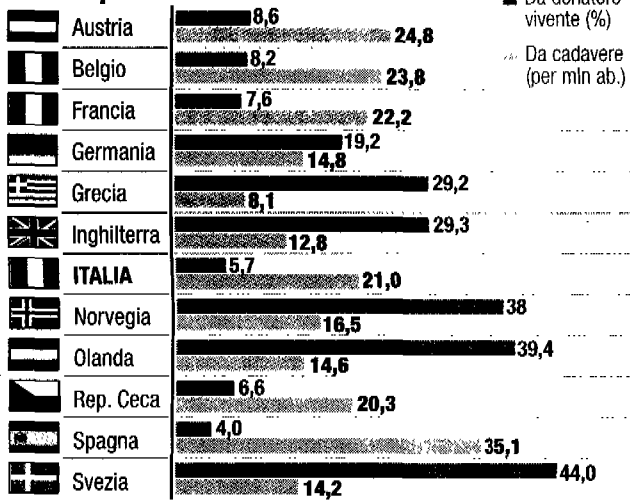
**9.682**

I pazienti in lista in Italia



Fonte: Censimenti Sira; Centro nazionale trapianti (2008)

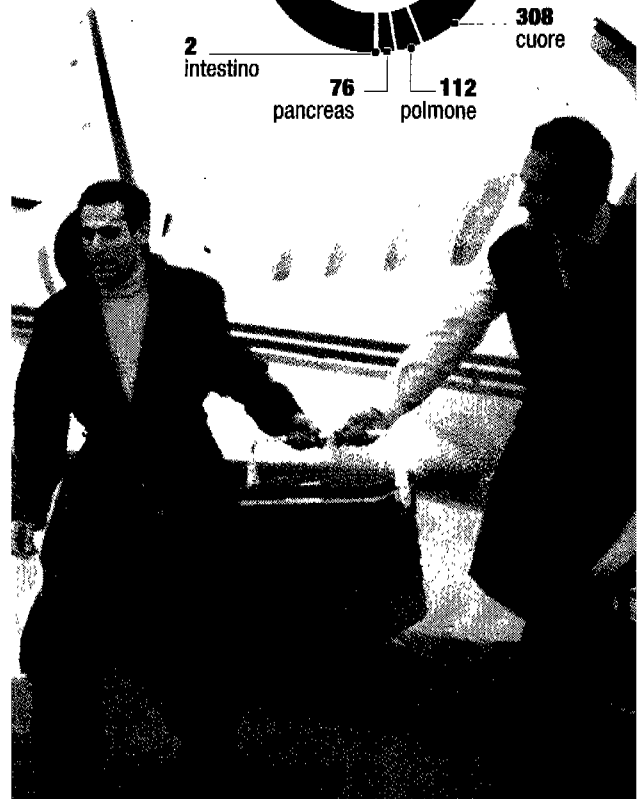
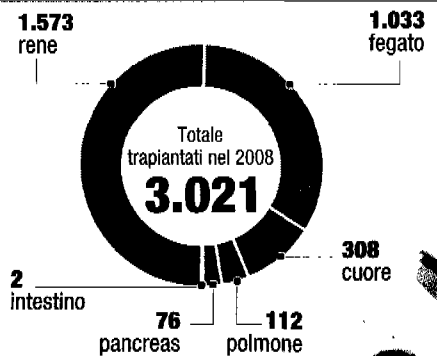
### In Europa



Fonte: NewsLetter Transplant

D'ARCO

In Italia ci sono 114 centri per i trapianti. Ecco la media degli interventi annui



**Prevenzione** Esami senza permesso dei genitori anche per chi non ha 18 anni

# Aids, test ai «grandi minori»

*Il «benessere dell'individuo» al centro delle nuove normative*



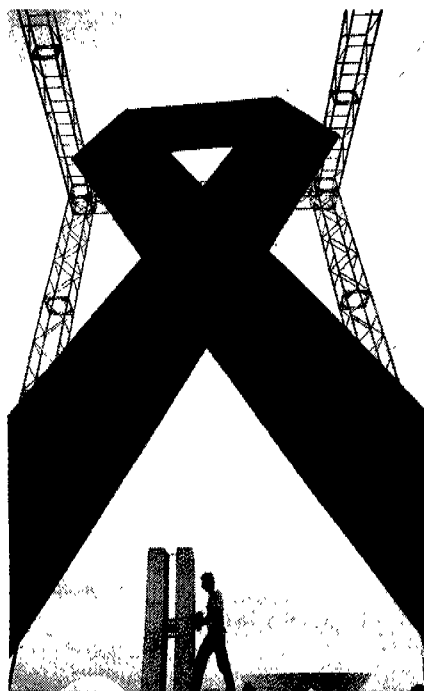
## Cure

La campagna che incoraggia tutti a fare i test contro l'Aids è visibile anche sui bus di Roma

In Italia, adesso, si cercano strade migliori per diffondere la prevenzione dell'hiv: l'Istituto superiore di Sanità ha avviato una ricerca che secondo il presidente Enrico Garaci «servirà a individuare modelli che possano migliorare l'adesione ai test». Perché diffondere il test significa prevenire: i dati del momento, invece, ribadiscono una tendenza già nota, e cioè che le persone scoprono di aver contratto il virus solamente a malattia conclamata. Così, adesso, si cercano nuove strade: anche per quel che riguarda i minorenni.

Al momento, secondo i dati appena diffusi, il test ai minorenni - anche senza il consenso dei genitori - viene eseguito nel 22,5 per cento dei centri diagnostici italiani, appunto secondo una ricerca dell'Istituto superiore di Sanità e della Consulta delle associazioni per la lotta all'Aids. «A questa domanda hanno risposto 253 centri sui 449 intervistati», ha spiegato Pietro Gallo, del dipartimento Malattie infettive parassitarie e Immunomediate (Mipi) dell'Iss: se uno su cinque lo fa senza il

benessere dei genitori, la metà dichiara comunque di farlo, ma dopo aver sentito la famiglia o il giudice. Sul Corriere, giorni fa, è stata pubblicata un'intervista a Laura Spizzichino, psicologa del centro anti hiv di Prati: secondo lei, chiedere a un minore di tornare col consenso dei genitori, «significa non vederlo più tornare». In ogni caso, secondo questi dati ufficiali, c'è anche un 13 per cento dei centri che, fornendo il test in modo completamente anonimo, lo fa e basta, senza chiedere i documenti ai ragazzi. «La legge prevede che il test si possa fare solo dopo la maggiore età - sottolinea Anna Maria Luzi del Mipi - ma nel tempo sono state introdotte normative che pongono come elemento prioritario il benessere dell'individuo, per cui fra i 16 e i 18 anni i ragazzi sono considerati "grandi minori" e c'è una maggiore tolleranza se chiedono di essere sottoposti al test. Comunque è una problematica che andrebbe messa a fuoco per dare una normativa generale che faciliti l'accesso al test per tutti».



I SEI PUNTI DA AFFRONTARE

# Troppo facile entrare, difficile uscire Ora una riforma per l'Università

di VINCENZO VISCO

Caro Direttore, nelle prossime settimane la discussione sulla riforma dell'Università entrerà nel vivo. Si tratta di una questione di primaria importanza.

La proposta Gemini ha ottenuto da molti una valutazione «non negativa», ma anche la critica — giusta — di un approccio troppo dirigista e lesivo dell'autonomia universitaria. Ma i problemi principali derivano — a mio avviso — da ciò che nel progetto manca e cioè una visione coerente e completa di modernizzazione dell'Università italiana. Vorrei sottolineare alcuni punti (a mio avviso importanti) che andrebbero presi in considerazione se si desidera veramente trasformare l'Università italiana e non limitarsi all'ennesimo «toppo parziale».

1) La differenza principale tra l'Università italiana e le Università degli altri Paesi consiste nel fatto che da noi «è facile entrare» ma «difficile uscire»: tutti si iscrivono liberamente, a costi moderati, ma pochissimi si laureano nei tempi previsti e moltissimi si perdono per strada. All'estero succede il contrario. È difficile essere ammessi, ma una volta entrati gli studenti sono pressoché certi di portare a conclusione gli studi perché sono seguiti, consigliati, controllati, sostenuti giorno dopo giorno dai docenti a dal «sistema» universitario. Gli studenti devono frequentare obbligatoriamente, le università sono residenziali e diventano così comunità dove studenti e professori vivono e lavorano insieme, e dove i professori e studenti più anziani e più dotati fanno ricerca e innovano ed aggiornano gli strumenti didattici. In tale contesto è ovvio che non sono necessarie particolari norme di controllo per i professori, obblighi di tempo pieno, o di numero di ore lavorate, per il semplice motivo che i professori non hanno altra scelta che passare tutto (la maggior parte) del proprio tempo a lavorare nell'Università, e in un contesto come quello descritto sono ben contenti di farlo. Questo è il modello verso cui gradualmente dovrebbe evolvere l'Università italiana.

Se non si affronta la questione in questi termini l'Università italiana resterà essenzialmente un esame-ficco e non diventerà mai una cosa seria. Occorrono tempo, programmazione e anche investimenti, e la verifica delle esperienze di altri Paesi (vi sono Paesi che anziché predeterminare il numero degli accessi, consentono la piena libertà

di iscrizione per il primo anno, ma l'esclusione se, alla fine dell'anno non vengono superati almeno 4 o 5 esami), ma il processo va iniziato immediatamente: questo è infatti il nodo fondamentale.

2) Nella maggior parte dei Paesi le facoltà di Medicina rappresentano scuole separate e distinte dal resto dell'Università, a causa delle loro caratteristiche intrinseche: altissimi

costi, personale molto numeroso, rapporto strettissimo tra attività professionali ed ospedaliere, ricerca ed insegnamento. Questa è una riforma irrinunciabile in Italia dove il condizionamento e il peso delle facoltà di Medicina sulla vita delle Università è diventato insostenibile. Tutti avrebbero da guadagnare da una tale riforma. In molti Paesi anche le facoltà di Giurisprudenza sono organizzate in scuole di legge separate.

3) L'autonomia universitaria esiste soltanto se le università possono scegliere non solo i propri indirizzi scientifici, ma anche i propri docenti, i propri studenti e i propri assetti organizzativi, sia pure nel contesto di una cornice generale. Questo aspetto, contrariamente ai precedenti, è trattato nel disegno di legge Gelmini, ma in maniera non condivisibile in quanto va nella direzione opposta a quella indicata.

4) Il finanziamento delle Università dovrebbe avvenire, per quanto riguarda le risorse pubbliche in via automatica, certamente in base alla valutazione, ma anche in base al numero degli studenti e all'offerta didattica, e di opzioni strategiche decise su base nazionale per sostenere lo sviluppo di nuovi settori di ricerca e di studio.

5) La struttura della didattica si basa in Italia sul modello 3+2. Tutte le università devono essere messe in grado di fornire un buon livello didattico per i primi 3 anni. Non tutte però sono in grado di fornire a un livello adeguato l'intera offerta formativa, per ragioni di disponibilità di risorse, tradizione accademica, qualità e numero dei docenti. Dovremmo quindi puntare in Italia a un sistema analogo a quello dei colleges americani che si affiancano alle grandi Università.

6) L'Università non è la scuola dell'obbligo e quindi la sua frequenza può legittimamente comportare dei costi. Tuttavia andrebbe assicurato, come in tutti i Paesi, un sistema di borse di studio, pubbliche, private, centrali, regionali, locali, volte ad abbassare i costi per gli studenti più bravi, ma soprattutto ad assicurare la possibilità di frequenza per studenti in condizione

economica svantaggiata che oggi sono di fatto pressoché esclusi dalla istruzione superiore.

Caro Direttore, i punti indicati sono pochi ma decisivi. Se si vuole che l'Università italiana diventi un'istituzione rispettabile, essi non possono essere ignorati. La situazione attuale è sull'orlo del collasso e anche per questo i tempi sono ormai maturi per riforme incisive, definitive e condivise.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Nella maggior parte dei Paesi le facoltà di Medicina rappresentano scuole separate dal resto dell'ateneo**

”

**Andrebbe assicurato un sistema di borse di studio volte ad abbassare i costi per gli studenti svantaggiati**



REGIONE PUGLIA FOSCHE PREVISIONI DAI PRIMI DATI DI BILANCIO

# Sanità, buco da 528 milioni Rischio commissariamento

L'assessore Fiore: già trovata la copertura  
mancano solo 100 milioni, ma ce la faremo

SCAGLIARINI A PAGINA 8 >>

## IL PATTO DELLA SALUTE

Il limite massimo previsto per il rosso di bilancio era di 330 milioni, ma secondo i primi dati avrebbe raggiunto i 528

## I DATI DEL 2009

Rispetto all'anno precedente i conti sono peggiorati in tutte le Asl. In controtendenza solo il Policlinico di Bari

# Spese per la sanità la Regione Puglia ha sfondato il tetto

MASSIMILIANO SCAGLIARINI

● **BARI.** Nel 2009 il deficit del sistema sanitario pugliese ha superato i 500 milioni di euro. Lo dicono i dati di preconsuntivo che la Regione ha comunicato al ministero della Salute. Se la cifra fosse confermata al tavolo di verifica, a marzo, la Puglia avrebbe sfondato il tetto fissato dal nuovo Patto della salute (che è pari a circa 330 milioni). L'assessore Tommaso Fiore si dichiara ottimista, tuttavia il rischio di commissariamento esiste. E va considerato concreto.

**I NUMERI** - Secondo i primi dati (riportati per intero nella tabella in alto) nel 2009 il «rosso» della sanità pugliese si è attestato a 528 milioni di euro. Significa che rispetto al 2008 i conti sono peggiorati in tutte le Asl: quella di Bari, ad esempio, ha perso quasi 19 milioni in più rispetto a 12 mesi prima. In controtendenza, invece, il Policlinico

di Bari (che migliora i suoi bilanci di circa 30 milioni), anche se questo dato va interpretato.

**MAQUILLAGE** - Nel 2009, infatti, la Regione ha erogato agli Ospedali riuniti, al Policlinico e agli Irccs di Bari e Castellana Grotte 66 milioni in più rispetto al fondo sanitario regionale. È una posta straordinaria che quest'anno è destinata a sparire e che, contabilmente, ha un effetto di «abbellimento» sui bilanci: senza quei 66 milioni, insomma, il passivo sarebbe più pesante.

**ASSESTAMENTO** - Il dato di preconsuntivo è molto indicativo ma non è la cifra definitiva. Nel deficit, ad esempio, non sono comprese voci di debito importanti come gli interessi di mora verso i fornitori e le ferie non godute per il personale, ma anche il saldo di mobilità (le cure fuori dai confini regionali). D'altro canto, però, la Regione può portare in compensazione altre voci di finanziamento disponi-

bili e non ancora distribuite alle aziende: ed è quello che l'assessore Fiore dovrà fare se vorrà evitare il commissariamento. Anche perché, mancando quei 70 milioni straordinari, il deficit tendenziale per l'anno in corso sfiora i 600 milioni. E la Puglia non può contare sugli introiti provenienti dalle addizionali Ir-



pef e Irap, che il parlamentino regionale ha appena cancellato, **IL «PATTO»** - La Finanziaria 2010 ha introdotto le regole del nuovo Patto per la salute. Il Patto prevede che se il disavanzo delle Regioni è superiore al 5% del finanziamento ordinario (che per la Puglia quest'anno vale 6,673 miliardi) oltre agli aumenti automatici di Irpef (+0,30%) e Irap (+0,15%), scatta la nomina di un commissario: il governatore o, in seconda istanza, un esterno. Tra le sanzioni per chi sfora il Patto, ci sono anche la decadenza automatica dei direttori generali delle Asl e dell'assessore regionale alla Sanità.

### OLTRE 500 MILIONI DI DEFICIT

Asl Bari	139 milioni
Asl Brindisi	48 milioni
Asl Bat	22 milioni
Asl Taranto	80 milioni
Asl Foggia	76 milioni
Asl Lecce	88 milioni
Irccs Castellana	0
Irccs Oncologico	6 milioni
Policlinico Bari	53 milioni
Ospedali riuniti Foggia	16 milioni
<b>TOTALE</b>	<b>528 milioni</b>
Tetto massimo di deficit secondo le regole del Patto della salute	333 milioni

Fonte: elaborazione su dati di preconsuntivo 2009

# LA ricerca CHE VERRÀ

È fatta in università, dedicata all'innovazione  
più che all'insegnamento,  
pronta a trasformarsi in spin off

5%

**INVESTIMENTI IN CALO**

La riduzione degli investimenti delle farmaceutiche nel 2009 dopo crescita a due cifre negli anni prima

**S'INAUGURA LA GENOME VALLEY**

Genome Valley, il nuovo cluster biotech di Hyderabad, in India, verrà inaugurato il prossimo marzo.

2 mln \$

**L'OKLAHOMA PUNTA SUL NANOTECH**

È il budget annuale della Nanotech Initiative lanciata dallo Oklahoma per sviluppare nanotecnologie per il farmaceutico.

4,95 mln \$

**PROGETTO CALIFORNIA**

I dollari dello Stimulus package di Obama per rilanciare lo sviluppo del distretto biotech di San Diego.

**BARCELONA DIVENTA CLUSTER**

A fine marzo entrerà in funzione il cluster farmaceutico e cosmetico della Catalogna.

2010-12

**IL BIENNO DEI BLOCKBUSTER**

È la "patent-cliff" più vicina e temuta per gli analisti di Frost&Sullivan perché scadranno molti blockbuster.

DI FEDERICO MERETA

**G**ruppi di cervelli altamente specializzati, che operino all'interno di università non "teaching" ma "research", dedicate cioè più all'innovazione che all'insegnamento, pronte a realizzare specifici spin-off per sfruttare immediatamente le ricadute della ricerca. In un periodo di restrizione delle risorse, e dopo l'avvento della rete che ha dato il via a un'economia della conoscenza in grado di far prevalere la capacità di fare avanzare la conoscenza raccordandosi, facendo network, piuttosto che riunendo isolatamente vasti gruppi di esperti, questo sembra essere l'approccio più razionale - e redditizio - alla ricerca di base.

«Detto che non esiste la "ricetta" valida per ogni situazione, ritengo che il modello maggiormente efficace sia quello che riesce a coagulare in un'area un'elevata densità di cervelli - non quantitativa ma qualitativa - in grado di interagire e affrontare al meglio una determinata tematica - spiega Antonio De Flora, docente di Chimica biologica all'Università di Genova e presidente del Centro di Biotecnologie avanzate del capoluogo ligure -. L'approccio che og-

gi appare ottimale è quello di alcune università americane, come Stanford o Harvard, di centri come il Massachusetts Institute of Technology (Mit). Si punta su progetti selezionati e ci si trova a strettissimo contatto con piccole e medie imprese in grado di recepire immediatamente gli sviluppi della ricerca di base, trasferendoli alla pratica».

Si vanno via via rarefacendo quindi le grandi "cattedrali", per lasciare spazio a strutture più snelle. Pur se ci sono esempi anche in Europa di "mega-centri" altamente specializzati come quello di Szezed che si trova in Ungheria a circa centosettanta chilometri da Budapest, infatti, il meccanismo università/spin off/grande azienda che recepisce e sviluppa l'intuizione e il lavoro di pochi ricercatori pare oggi essere vincente. Sia chiaro: nell'ambito farmaceutico questa situazione sembra fare a pugno con la disponibilità di metodiche di ricerca seriale come lo "highthrouput screening" che hanno reso possibile testare ad alta velocità e in contemporaneità migliaia di composti diversi presenti nelle chemoteche per la loro capacità di agire contro determinati bersagli molecolari legati al verificarsi e progredire di una malattia. Ma ap-

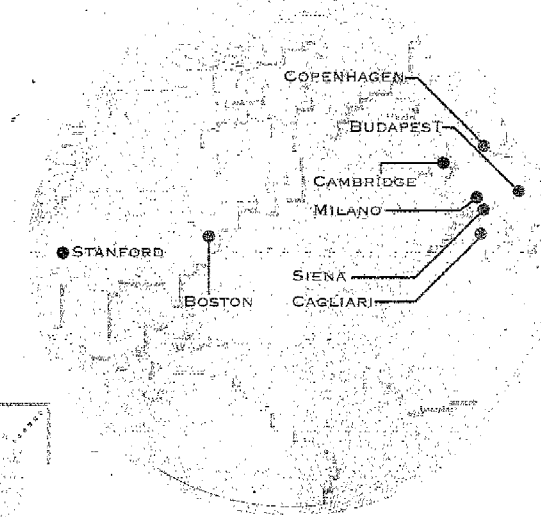
pare evidente che lo studio iniziale in campo biotecnologico oppure anche nella ricerca di piccole molecole, un altro settore in grande espansione perché può diventare traducibile in nuovi farmaci mirati, appare meno rischioso per chi lo affronta con un team di ricerca altamente specializzato, ma altrettanto veloce e numericamente gestibile.

«Credo che attualmente si stia ripetendo con l'Rna quanto accaduto verso la metà degli anni 70 a San Francisco, quando poche decine di gruppi di altissimo livello e in costante competizione avevano portato agli sviluppi della ricerca sul Dna ricombinante, che ha poi dato il via all'epoca delle moderne biotecnologie cellulari - continua De Flora -. A quei tempi capitava di vedere "cervelloni" che avevano la possibilità di far nascere piccole aziende che sviluppavano idee, al punto di essere docenti universitari la mattina e imprenditori il pomeriggio». Questo approccio compor-



tava l'immediato trasferimento della ricerca di base sulla stessa persona, che in qualche modo diventava manager a 360 gradi delle sue conoscenze. Oggi questo fenomeno pare ripetersi per la trascrittomico, ovvero lo studio dell'Rna in quanto "traduttore" dei messaggi scritti del Dna alle proteine.

«Gli studi sulla trascrittomico appaiono per certi versi ancor più stimolanti e affascinanti di quelli sulla proteomica», fa notare De Flora. In particolare, le ricerche sui cosiddetti "micro-Rna" regolatori che potrebbe portare allo sviluppo di farmaci e prodotti diagnostici. Queste ricerche, condotte spesso in piccoli centri con aziende vicine pronte a cogliere l'occasione offerta dalle ricerche e a trasformarle in opportunità, sono un esempio di come sia fondamentale dar luogo a insediamenti strategici che possono portare a importanti novità scientifiche». Un meccanismo simile potrebbe essere alla base della ricerca sulle piccole molecole. «Importante è però ricordare sempre che la ricerca non può sostenersi da sola, perché nelle fasi di studio si possono verificare diversi fallimenti inevitabili - conclude lo studioso -. Per questo è fondamentale che, pur se all'inizio possono bastare piccoli gruppi di eccellenza che si occupino di tematiche di grande interesse, debbano esistere sostegni economici in grado di aiutare direttamente la ricerca di base e soprattutto favorirne, nelle fasi successive, il passaggio verso orizzonti più ampi».



### Gli ingredienti della nuova scienza

**M** **Piccolo è meglio.** I grandi laboratori interni alle big pharma sono diventati insostenibili da un punto di vista economico. Lo spazio di ricerca è ora per i piccoli centri specializzati, gli spin off universitari e le start up. Per avviare collaborazioni o acquisizioni.

**O**

**D** **Malattie rare.** La ricerca di base su queste forme patologiche rimane in larga misura competenza della ricerca pubblica e non-profit. Quando arriva alla prova di concetto, l'industria attraverso operazioni di technology transfer, entra in campo per sviluppare e registrare il prodotto.

**E**

**L** **Lo studio.** La fonte dei farmaci del futuro secondo i ceo della farmaceutica mondiale sarà: 20% ricerca in house, 40% da acquisizioni e fusioni, 40% collaborazioni con strutture pubbliche, start up, e non-profit

**L**

**I**

**N E L M O N D O**  
**Gli esempi di successo.** L'equivalente della Silicon Valley per il farmaceutico è Cambridge, il caso più citato e il più difficile da imitare. Ma c'è anche la Medicin Valley in Svezia. In Italia, hanno puntato sul biotech Milano, Siena e ora anche Cagliari.

**Le attese.** Il Ddl sulle malattie rare, che prevede incentivi alla ricerca in questo campo, si è arenato al ministero delle Finanze.

**Le complicazioni.** In Italia ci sono 260 comitati etici, ogni Regione ne ha decine. Un ostacolo per chi vuole investire in Italia.

**La paralisi.** Oltre a una burocrazia che soffoca e a un quadro normativo in continua variazione, gli ispettori che devono validare i siti biotech si fanno attendere mesi.

R I C E R C A

**In Puglia.** Il 12 febbraio il *Journal of Biological Chemistry* ha dedicato la copertina alla scoperta dell'Università di Bari, volta a capire il meccanismo che scatena una malattia rara, la neuromielite ottica, parente stretta della sclerosi multipla. Negli Usa, dopo aver visto i risultati baresi, hanno riunito una task-force di scienziati nella speranza di arrivare prima dei pugliesi alla preparazione del farmaco.



**Il non-profit per eccellenza.** L'11 febbraio i ricercatori dell'Istituto Telethon Dulbecco scoprono un nuovo gene responsabile del più diffuso ritardo mentale, quello legato al cromosoma "X". Il gene regola il traffico di informazioni tra neuroni. Lo studio è pubblicato sull'*American Journal of human genetics*.



**Di livello internazionale.** Tre scienziate italiane, paladine della ricerca sulle staminali embrionali, sono sul piede di guerra per essersi viste sbarrare l'accesso ai finanziamenti pubblici ai loro studi. Elena Cattaneo, Elisabetta Cerbai e Silvia Garagna sono tornate all'attacco sulle pagine della prestigiosa rivista *Nature*, con una lettera infuocata che pone ancora una volta sotto i riflettori della comunità scientifica internazionale l'ostilità del nostro governo alla ricerca su queste cellule.





&gt;partnership&gt;Italia&gt;Genzyme

# IL MODELLO VIRTUOSO E BIOTECNOLOGICO

## Con il sistema delle partnership, la meritocrazia diventa regola di mercato

DI FRANCESCA CERATI

**I**l sistema dei blockbuster è morto e, con lui, il sistema della non innovazione. Un funerale annunciato che ha avuto il suo epilogo con la chiusura di 6 grandi laboratori di ricerca della GlaxoSmithKline, terza **farmaceutica** al mondo. È dunque finita l'epoca degli enantiomeri, delle associazioni precostituite, degli investimenti "garantiti", che producevano farmaci che non aggiungevano nulla alla salute pubblica. Tanto più in tempo di crisi. Così, i governi non sono più disposti a pagare la non innovazione.

«Dobbiamo metterci nell'ottica che nei prossimi 10 anni una parte percentualmente alta delle risorse sanitarie per la farmaceutica verranno impiegate per una parte relativamente bassa della popolazione - commenta Riccardo Palmisano, amministratore delegato e direttore generale di Genzyme Italia -. In più, le grandi patologie (dall'ulcera all'ipertensione, ndr) saranno cura-

te con farmaci fuori brevetto, i generici. Le risorse economiche si sposteranno quindi sull'oncologia, le malattie neurodegenerative, ma anche sulle malattie rare e sulla terapia personalizzata. Settori, di nicchia, che richiedono piattaforme tecnologiche e una ricerca altamente specializzata».

Da qui, il cambiamento, e l'interesse delle big pharma da un lato di "disfarsi" dei grandi laboratori-carrozzoni, troppo dispendiosi e poco redditizi, dall'altro di acquisire piccole società botech o avviare strette collaborazioni con centri di eccellenza specializzati, spin off, università, enti non profit. Prova ne è che la Pfizer, prima **farmaceutica** al mondo, ha appena fatto un accordo con un'azienda israeliana, la Protalix, per lo sviluppo e la commercializzazione di un biosimilare per la terapia di una malattia rara. Ma è solo un esempio tra tanti.

«Il modello è quello tipico del settore biotech - continua Palmisano, che è anche membro del consiglio

direttivo di Assobiotech -. Creare, in pratica, un circolo virtuoso della ricerca, fatto di piccoli laboratori, terapie personalizzate e collaborazioni. Ed è quello che emerge anche dall'ultimo studio che ha riunito il Ceo della **farmaceutica** mondiale su quale sarà la fonte dei farmaci del futuro, ovvero: 20% ricerca in house, 40% acquisizioni o fusioni, 40% collaborazioni con strutture pubbliche e non profit».

In pratica, tante ricerche a prezzi accessibili, e le migliori verranno selezionate dalle aziende che hanno i muscoli per fare gli studi clinici, la registrazione, la produzione. Il costo per la proprietà intellettuale servirà a finanziare altre ricerche di base, alimentando così il circolo virtuoso della ricerca. E sulla scia di questo rinnovamento, la filiale italiana di Genzyme scommette anche su un nuovo modello di business, che ricalca la filosofia della capogruppo. «È la prima volta che una filiale di una multinazionale fa scouting in maniera autonoma, cioè ha collaborazioni dirette con i centri di ricerca selezionati. In più, si tratta di una partnership scientifica in ambito pre-clinico, che prevede un contributo economico ma anche di competenza». Gli accordi di questa via italiana sono stati conclusi con Telethon, il Cnr, il Toscana life science e il Bint, spin off dell'università Politecnica delle Marche. La mission? Le malattie rare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



&gt;cluster&gt;eccellenze&gt;Cagliari

# OPPORTUNITÀ SOSTENIBILI

DI GUIDO ROMEO

«**A**bandona la ricerca e crea valore». Non lascia spazio a molti dubbi l'ultimo rapporto degli analisti di Morgan Stanley «Exit Research and Create Value» sui modelli di business che le grandi farmaceutiche come Sanofi-Aventis e AstraZeneca dovrebbero perseguire per gonfiare i bilanci e tagliare i rischi. L'indicazione per alcuni apre grandi rischi, ma per molti territori, già ricchi di università e centri di ricerca, potrebbe divenire un'opportunità di sviluppo stabile e sostenibile. La richiesta di nuove molecole è in crescita, molti brevetti blockbuster scadranno nei prossimi anni e le start-up biotech in grado di sviluppare prodotti innovativi sono già oggi un ingranaggio fondamentale della farmaceutica. Gli esempi di successo esistono già. Quella che nell'Italia sono la Silicon Valley e Bangalore, per il farmaceutico e biomedico è concentrato tra la costa orientale degli Usa e l'Europa. Cambridge, in Gran Bretagna, è il caso di scuola più citato, ma forse anche il più difficile da replicare in maniera programmata. Il cluster di aziende biotech qui è nato come spin-off dei laboratori di ricerca accademici, senza un reale piano di sviluppo a tavolino, né grandi industrie o grandi piani di finanziamento pubblico a

## Il nuovo schema di business è lasciare i propri laboratori e creare valore

fare da promotori. La sua forza sembra soprattutto la fortissima capacità di attrazione di quell'area conosciuta come il "Golden triangle" che sta tra Londra, Oxford e Cambridge, con una densità di cervelli e talenti scientifici che si registra in pochi posti al mondo. Le attività sono coordinate dall'Erbi, un organismo non-profit dell'Università di Cambridge che riunisce 370 membri tra istituti di ricerca locali e multinazionali del pharma, soprattutto Usa, ma sempre più spesso di Cina e India, con le quali vengono stimulate partnership di ricerca e sviluppo. La flessibilità del modello, con start-up che falliscono e rinascono continuamente, ha premiato e garantisce al territorio un'attrattività che non sembra conoscere crisi.

A cavallo tra Danimarca e Svezia si è sviluppata negli ultimi anni la "Medicon Valley" grazie alla dinamicità dell'Università di Lund, 16 km più a Nord. Oggi rivaleggia con l'area di Stoccolma e Uppsala, ed è sede di 1 su 5 aziende farma scandi-

nave tra cui Active Biotech, Bionivent e Alligator Biosciences.

In Italia sul biotech hanno puntato sia Milano, dove si concentra oltre il 50% delle aziende del settore e Siena con Toscana Life Science, sostenuta dal Monte Paschi, ma un'esperienza innovativa si segnala a Cagliari dove la Regione ha avviato FaseUno, una non-profit che mira a completare la prima fase di sperimentazione clinica delle molecole, abbattendo i costi, e i rischi, per le aziende. «Lo scorso novembre abbiamo inaugurato il reparto clinico presso l'Ospedale Brozzu e stiamo per completare la selezione dei volontari - spiega Francesco Marcheschi, direttore di FaseUno - e tre sperimentazioni si avvieranno nei prossimi mesi». Ai primi di marzo uscirà inoltre il nuovo bando per la sperimentazione di nuove molecole. «La dotazione è di circa 5 milioni di euro - spiega Marcheschi -. Alla fine della sperimentazione, l'azienda proponente resta proprietaria di prodotto e brevetto, ma FaseUno rientra dei suoi investimenti con una percentuale sui ricavi che può variare. Lo scopo è incoraggiare le aziende a proseguire lo sviluppo e la produzione in Sardegna, per attirare investimenti e sviluppare un distretto biomedico».

[guidoromeo.nova@io.ilsole24ore.com](mailto:guidoromeo.nova@io.ilsole24ore.com)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## Intervento

# Diamo un miliardo di euro ai ricercatori universitari

■ ■ ■ BRUNO VILLOIS

■ ■ ■ Gli ultimi dati su import-export, relativi al 2009, non confortano, sono i peggiori da trent'anni a questa parte. Vero, si riferiscono all'anno horribilis dell'economia a livello globale e inoltre nell'ultimo trimestre le cose sono andate meglio, anche se non ancora abbastanza per invertire il trend sia sui prodotti che esportiamo che su quelli che portiamo nei confini, pessimo segno di un'economia malaticcia o appena convalescente. Intanto all'orizzonte una nuova mina vagante ci crea nuovi timori sull'occupazione e questa volta riguarda l'occupazione di qualità.

■ ■ ■

I maggiori centri ricerca dell'industria chimico-farmaceutica presenti sul nostro territorio sono in fase di chiusura. Il caso eclatante della Glaxo, gigante anglo-americano, ha fatto emergere questo inaspettato filone di preoccupazione, dopo decenni il player farmaceutico ci fa ciao e come buona parte degli altri colossi del settore punta solo più a sfruttare il ricco e garantito mercato farmaceutico nostrano.

Gli oltre 500 ricercatori non possono fare altro che cercarsi un nuovo posto di lavoro che offra loro caratteristiche analoghe a quelle perse. Bene ha fatto il ministro Sacconi a battere i pugni sul tavolo e ricordare a Glaxo, e non solo ad essa, quanti contributi e agevolazioni siano stati dati ai colossi del settore, ma al netto di questo bisognerà puntare a ben altro.

Occasione ghiotta per pensare a costruire un vero programma nazionale ricerche, che abbia nell'Università il

perno del sistema e riesca ad attivare programmi e progetti in collaborazione con le imprese. Il nostro deficit di investimenti in ricerca e innovazione è ben noto a tutti. Fare ricerca in Italia è cosa assai difficile. L'esempio della Spagna a tal proposito è significativo, là ogni euro investito in ricerca e innovazione viene dedotto dalle imposte, da noi si arriva al 10%, per non parlare poi dei paesi anglosassoni dove gli enti locali contribuiscono in misura significativa all'insediamento di centri ricerca e per almeno un triennio consentono la deduzione dalle imposte fino al 50%.

Va anche ricordato che avendo un basso numero di grandi player nostrani dispo-

niamo di un numero limitato di centri ricerca. Adesso l'emergenza occupazione qualificata potrebbe aiutare a dare una svolta e far partire un piano che coinvolga le maggiori università, oggi i soli Politecnici, la Bocconi, la Luiss e pochi altri possono vantare progetti e programmi con laboratori allestiti e attività in corso. L'esempio più significativo per accelerazione e dimensioni dei risultati ottenuti è sicuramente quello del Politecnico di Torino, negli ultimi dieci anni ha saputo catturare un elevato numero di imprese, essenzialmente straniere e costruire con loro ampi e duraturi progetti.

Bene ancora ricordare quante occasioni si sono perse in passato su grandi filoni industriali produttivi, così è stato per il nucleare ad uso civile. Così è stato per la chimica, la fisica e la matematica e tanto altro. Per voltare pagina e dare impulso al piano servono però sia risorse pubbliche che incentivi alle imprese. Almeno un miliardo di euro an-

drebbe previsto per dotare i primi dieci atenei, scelti per numero e qualità di pubblicazioni internazionali. Vincendo ai risultati le successive elargizioni pubbliche e/o agevolazioni di status universitario speciale. In presenza di tali investimenti si potrebbe facilmente recuperare almeno 500 ricercatori per ateneo, con contratti adeguati alla professionalità e incentivi per ottenere risultati.

■ ■ ■

Oltre al certo e copioso investimento pubblico andrebbe anche stimolata la volontà di fare ricerca da parte delle imprese il consentire loro di dedurre dalle tasse ogni euro investito in ricerca effettuata, con le università prescelte farebbe sicuramente la differenza per far decollare un grande progetto paese per ricerca e innovazione.

Ogni altro contentino a chi oggi vuole chiudere i battenti servirebbe a poco, anzi rischierebbe di sperperare inutilmente risorse pubbliche a pioggia. Puntare sul risveglio della ricerca e sostenerla con opportuni mezzi è l'unico percorso possibile per rendere ricerca e innovazione componenti vincenti del Paese. Gli altri lo fanno, fondamentale per noi non perdere altro tempo. La cosa bella è che abbiamo ricercatori e università per poterlo fare bene e in fretta.



## ADROTERAPIA ■

# Super-raggio anti tumore

Si chiama Adroterapia, e volendo semplificare è un super-raggio di carbonio e protoni in grado di colpire il cancro senza ledere i tessuti sani.

Si tratta di una delle ultime novità nel campo **del l'oncologia**, un'ulteriore arma per combattere i tumori in maniera selettiva, basata sul sincrotrone, la macchina che produce i protoni e gli ioni carbonio con i quali vengono colpiti i tumori: una importante realizzazione dell'Istituto nazionale di fisica nucleare (Infn).

A Pavia è avvenuta l'inaugurazione del primo Centro Nazionale di Adroterapia oncologica da parte dei ministri Ferruccio Fazio, Giulio Tremonti e Umberto Bossi, insieme al presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni.

Al mondo ci sono solo altri 3 centri come questo, a Chiba e Hyogo in Giappone e di Heidelberg in Germania. I primi test sull'uomo partiranno al fine di quest'anno, coinvolgendo 230 pazienti. Alla fine del 2011 sono previste le prime cure.

Entro l'anno 2013 il centro dovrebbe iniziare a lavorare a pieno regime: sarà in grado di curare circa tremila pazienti ogni anno in circa ventimila sedute.



Il convegno

# Ecco le linee guida per combattere il tumore al seno

**Giuseppe Taccini**

■ Come contrastare il tumore alla mammella? L'arma più efficace è l'allestimento di una rete senologica che nel Lazio, pur essendo la terza regione d'Italia come incidenza della malattia, ancora manca. È per tentare di colmare questa lacuna che l'associazione «Faresanità» ha riunito ieri a convegno alla Camera dei Deputati, i suoi vertici insieme alle autorità sanitarie locali e ai rappresentanti politici di settore, dettando le linee guida per battere una forma di cancro che colpisce nella nostra regione più di 6.500 donne l'anno. Prioritaria è risultata innanzitutto la continuità assistenziale per garantire prevenzione, cura e riabilitazione psicofisica. Essenziale è il recupero della centralità della persona e dell'attenzione all'impatto psicologico del carcinoma sulla donna, con percorsi di screening periodici preventivi e post-operatori dove nulla deve essere lasciato al caso. «Per mettere in atto la riuscita di una rete senologica adeguata non bisogna trascurare il gold standard chirurgico con la creazione di équipe

**COSA FARE** Serve continuità assistenziale e l'allestimento di una rete senologica. Occorre potenziare la prevenzione

multidisciplinari, capaci di garantire percorsi diagnostici terapeutici completi e rispondenti a precisi standard qualitativi», sottolineano i professori Franco Di Filippo, primario di chirurgia oncologica degli Ifo-Regina Elena, Pierfrancesco

sco Dauri, presidente di Faresanità, Vittorio Altomare del Campus Biomedico e Oreste Buonomo del Policlinico di Tor Vergata. È giunta l'ora di dar finalmente corso alle Breast Unit, così come stabilito dalla Ue che ha prescritto un'unità di senologia ogni 250mila abitanti. «I reparti dedicati alla cura del tumore alla mammella tardano ad essere una realtà, nonostante la mole di lavoro sia ampia: non meno di 5mila mammografie l'anno e almeno 150 interventi chirurgici - precisa Adriana Bonifacino, responsabile dell'Unità di Senologia dell'ospedale Sant'Andrea - Le ottime realtà di Breast Unit esistenti in Italia sono frutto di iniziative personali e non sempre coordinate con il territorio».

Da qui, l'appello alla Regione di approvare un programma senologico regionale per riunire in modo sistematico tutte le forze operative impegnate sul territorio. «Occorre mettere in campo un intervento considerevole che migliori l'approccio clinico per la cura del tumore alla mammella, privilegiando i centri di eccellenza anche per la sfera di intervento epidemiologico della patologia e al contempo serve potenziare la prevenzione primaria, risparmiando sulla spesa sociale - puntualizza il senatore Cesare Corsi, responsabile della Consulta nazionale e del Dipartimento Sanità del Pdl - Di pari passo serve l'impegno per mettere in pista un protocollo specifico per le urgenze. Ogni Asl deve essere impegnata a fornire analisi tempestive o ad occuparsi di far effettuare alla paziente l'esame richiesto in strutture convenzionate». Si calcola che così la mortalità del cancro mammario dal 10 per cento dei casi possa arrivare quasi a zero.

