

Rassegna del 16/11/2009

ORE 12 - La passione si accende...a tavola - ...	1
STAMPA - Non solo questione di etica - Bovicelli Alessandro	2
CORRIERE DELLA SERA - Anestetisti in ferie. Parto indolore sospeso per Natale - Ravizza Simona	3

Nel libro 'Cibo e sesso', selezionati i 30 piatti 'alleati' della coppia, per stimolare il desiderio La passione si accende... a tavola

Mousse 'mangiami' a base di granchio e avocado, per primo piatto, le 'farfalle nello stomaco' con tanto zafferano, poi le 'intriganti scaloppine' spolverate di tartufo e, per finire, 'baci' di cioccolato. Questi i piatti della cenetta a due ideale proposti dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), per stimolare il desiderio con un occhio alla salvaguardia della fertilità. Sono ben 30 i piatti alleati della coppia, selezionati per il libro 'Cibo e sesso' (Intermedia editore), realizzato dalla Sigo all'interno del progetto 'Scegli tu', e presentato venerdì sera a Roma. Tra gli alimenti hot, oltre ai classici peperoncino e molluschi, vengono raccomandati gli asparagi, la rucola, i fichi, il miele. Da bocciare invece i troppi conservanti, gli zuccheri raffinati e i grassi saturi. Ma occhio, raccomandano i ginecologi, anche ad alcol e caffè e soprattutto alle dosi: l'eccessiva quantità ammazza l'eros. Così come il fast food. "Gli alimenti conservati e l'abitudine di mangiare troppo velocemente - ha spiegato Alessandra Graziottin, direttore del Centro di ginecologia e sessuologia medica del San Raffaele Resnati di Milano - provocano un'intensa eccitazione cerebrale, che però è paradossalmente dannosa per la libido. Aumenta, infatti, l'irritabilità. Non a caso, oggi si assiste



ad un fenomeno nuovo, l'ansia da prestazione femminile: ne soffre l'11% delle donne sessualmente attive. Attenzione, quindi, non solo a cosa si mangia, ma anche a come".

Se da sempre si presta attenzione agli effetti afrodisiaci degli alimenti, scarsissimo è invece l'interesse per le implicazioni della dieta sulla salute, in particolare quella riproduttiva. Secondo un sondaggio condotto dalla Sigo ad ottobre su 650 italiane, ben il 73% sottovaluta il rapporto tra alimentazione ed eros. Allo stesso modo, sono poco considerati altri fattori favorevoli, come il sonno o la pillola contraccettiva: appena il 15% la ritiene alleata per la maternità futura, solo una su cinque (21%) 'amica' della passione. "La contraccezione sicura è invece determinante per mantenere protetto e funzionante nel tempo l'apparato riproduttivo - ha affermato Giorgio Vittori, presidente della Sigo - così come la corretta dieta. I disturbi alimentari sono presen-

ti nel 7,6% delle pazienti subfertili e nel 58% delle donne che presentano amenorrea o mancata ovulazione. Con questa guida ci proponiamo di fornire, in maniera originale e utile - ha proseguito - consigli pratici a favore della salute femminile, che va 'coccolata' in maniera speciale anche a tavola". Il libro, messo a punto con il contributo di Bayer Schering Pharma, può essere scaricato dal sito www.sceglitu.it. Oltre alle ricette, ci sono i consigli dei ginecologi su come restare in forma, le tabelle con i valori nutrizionali dei cibi e quelle del consumo calorico, oltre a piccoli trucchi pratici come non ungere la teglia ma preferire la carta da forno, utilizzare poca acqua nella bollitura, evitare di scongelare e ricongelare i cibi, scegliere frutta e verdura di stagione. E' prevista anche una sezione per gli adolescenti, con ricette per le occasioni speciali: un picnic con gli amici, la spiaggia, San Valentino, un party frizzante.





L'editoriale
dei
lettori

NON SOLO QUESTIONI DI ETICA

Ru486: dopo il via libera alla commercializzazione negli ospedali c'è molto fermento e poco accordo. Se ne discutono le difficoltà applicative. E i costi

ALESSANDRO BOVICELLI

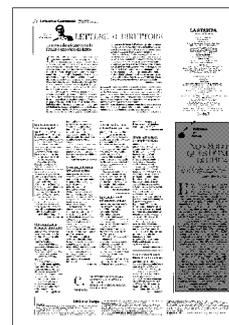
L'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco ha dato il via libera alla commercializzazione della pillola abortiva: la RU486. La Chiesa, ovviamente, ha reagito negativamente con grande durezza. La comunità scientifica è completamente divisa. Il ministro Sacconi ha garantito di preparare un protocollo rigido. La pillola potrà essere somministrata non oltre la settima settimana di gravidanza e dopo l'assunzione la donna dovrà rimanere in ospedale almeno tre giorni, fino all'espulsione del feto. Ma le linee di demarcazione vanno ancora segnate con certezza. In tutti gli ospedali italiani c'è fermento e poco accordo.

Soprattutto si discutono le difficoltà applicative oltre che le implicazioni etiche e morali. Per molti ginecologi rappresenterebbe un problema il ricovero di 3 giorni. In nessun reparto, sostiene un gruppo, c'è spazio a sufficienza. Un altro gruppo è favorevole alla degenza e sostiene che l'aborto farmacologico rappresenti un'alternativa migliore dal punto di vista ostetrico se si vogliono avere figli. Infatti se una donna si sottopone a diversi interventi chirurgici il collo dell'utero si dilata, indebolendosi per affrontare successive gravidanze.

Il problema più grave secondo me però è un altro. Non bisogna far passare un concetto sbagliato, cioè che si possa abortire facilmente con una pillola. Non è così perché ci possono essere lo stesso effetti collaterali gravi. L'aborto farmacologico è probabilmente più difficile di quello chirurgico poiché la donna impiega tre giorni con dolori e emorragie. Infine secondo uno studio americano la mortalità è superiore e può addirittura provocare emorragie simili a quelle di un grave incidente.

Non è da sottovalutare il problema dei costi. Un giorno di ricovero costa 1000 euro, molto più di un aborto chirurgico. In definitiva si può dire che la pillola RU486 rappresenta un grosso passo avanti ma se è abbinata al ricovero di tre giorni alla fine non cambierebbe nulla, anzi in termini di costi ci sarebbe un grosso svantaggio.

42 anni, ricercatore in ginecologia, Bologna



Milano Le pazienti: costrette a pagare per l'epidurale

Anestesisti in ferie Parto indolore sospeso per Natale

L'ospedale Sacco: non garantito per 15 giorni

Il primario

«Farò ogni sforzo possibile per accontentare le future mamme»

MILANO — Niente parto indolore per Natale al Sacco, ospedale a Nord di Milano da oltre milleduecento nascite l'anno. Il motivo? Le ferie degli anestesisti nel periodo natalizio: i pochi medici che resteranno al lavoro dovranno, ovviamente, occuparsi soprattutto dei casi urgenti. Le future mamme hanno appreso la notizia nei giorni scorsi dalle ostetriche.

Il Sacco non sarà in grado di garantire l'epidurale gratis dal 24 dicembre al 7 gennaio. L'incertezza di potere contare sull'anestesia che permette di affrontare il parto naturale senza dolore è stata accolta dalle donne con stupore e rabbia: «Le uniche ad averla assicurata saranno, con ogni probabilità, quelle disposte a pagare 900 euro», dicono. La protesta è montata nel giro di poche ore, con lettere di denuncia ai vertici del Sacco e all'assessorato della Sanità. È giusto che durante le feste di Natale vengano sospesi i normali turni di presenza degli anestesisti a scapito delle pazienti in gravidanza? È la domanda ricorrente tra le interessate. L'Ufficio relazioni con il pubblico dell'ospedale giustifica il disservizio con i problemi di personale: «L'organico non permette la garanzia di copertura dell'epidurale durante il periodo natalizio», si legge nell'email di risposta inviata a una delle partorienti.

Lo staff del Sacco è composto da 32 medici. Dal 19 maggio l'arrivo di due anestesisti in più ha permesso l'estensione del parto senza dolore anche al weekend. Il passo è stato fortemente voluto dal neoprimario Irene Cetin, tra le po-

che donne in Italia a capo di un reparto di Ostetricia e Ginecologia. Ma i rinforzi, evidentemente, non bastano per garantire l'anestesia alle partorienti 365 giorni l'anno. «Farò ogni sforzo possibile per accontentare le future mamme», assicura il medico che ammette, comunque, l'esistenza del problema. Così le feste della Natività rischiano di coincidere con il ritorno del monito biblico: «Con dolo-

re (tu donna) partorirai i figli».

Ancora una volta la carenza di anestesisti si scontra con il diritto (negato) di non soffrire per la nascita di un bebè. L'epidurale è entrata tra le cure rimborsabili dal servizio sanitario dall'aprile 2008, ma spesso viene considerata un optional. Fin dal 2003 la Regione Lombardia, con l'allora assessore alla Sanità, Carlo Borsani, ne ha fatto un suo cavallo di battaglia. Non solo. Ormai da quattro anni il Pirellone stanZIA 5 milioni di euro all'anno per favorire la creazione di Servizi di analgesia ostetrica all'interno degli ospedali. Eppure l'epidurale gratuita — 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno — spesso resta un miraggio anche nella Milano dalle 23 mila e più nascite l'anno. «È mai possibile che l'anestesia per le partorienti al San Paolo sia gratuita dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 15, mentre fuori da questi orari il costo è di 1.300 euro? — si domandava, non più tardi di un anno fa, il neopapà Marcello Mostacchi —. Bis-



gna augurarsi che la moglie partorisca in determinati orari?». È meglio anche evitare di fare nascere un figlio intorno a Natale. Almeno se non si è pronte a soffrire.

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

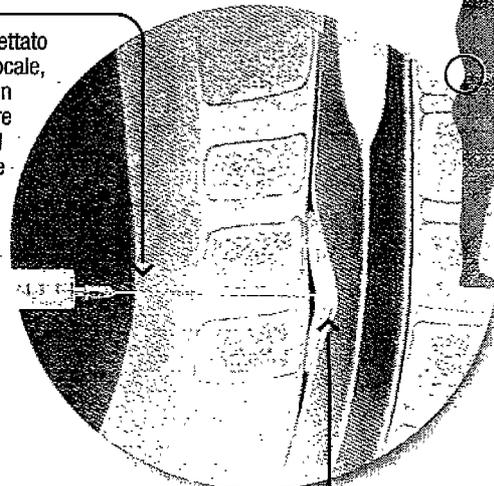
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La tecnica

IL CATETERE

Dopo aver iniettato l'anestetico locale, si introduce un sottile catetere di plastica nel tratto lombare della colonna vertebrale, sottocute



L'ANALGESICO

Viene introdotto l'analgesico. L'intervento si effettua quando la dilatazione è intorno ai 3 centimetri

I COSTI

PUBBLICO

GRATIS

Negli ospedali che se ne accollano la copertura l'epidurale è gratis

A PAGAMENTO

In regime di intramoenia, cioè a pagamento, costa 500-900 euro

PRIVATO

2.000 EURO

Nelle cliniche private i costi vanno dai 1.200 ai 2.000 euro, con punte di 5.000

Rapporto / L'ECONOMIA DEL WELFARE

RAPPORTO / L'economia del welfare

Pubblico e privato si stanno alleando per salvare la Sanità

alle pagine 44 e 45

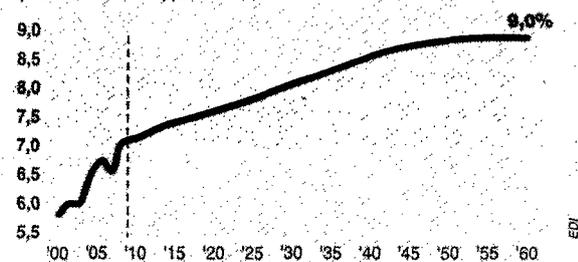
IL FUTURO / La spesa per la salute ha raggiunto in Italia cifre elevate e le proiezioni dell'Ecofin prevedono un'ulteriore crescita. Come intervenire per frenarla

Un secondo pilastro per la Sanità

Sistema pubblico e assicurazioni private a nozze per ridurre i costi a carico dello Stato

LE PREVISIONI

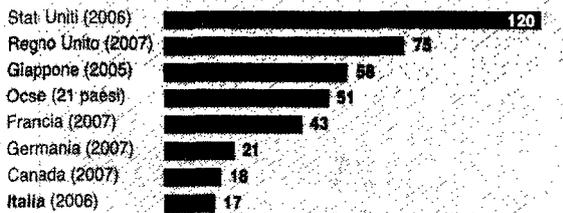
Spesa sanitaria in rapporto al Pil; in %



IL COSTO DEI RICOVERI OSPEDALIERI PER L'ASMA

Tassi per 100.000; popolazione dai 15 anni in su

Nota: I tassi più bassi derivano da maggiore prevenzione



WALTER GALBIATI

Milano

Ci hanno pensato i cinesi e gli americani. Ma prima o poi toccherà anche ai governi europei, compreso quello italiano, mettere mano alla spesa sanitaria. Il governo di Pechino ha avviato una riforma triennale finanziata con 124 miliardi di dollari che, entro il 2020, darà un'assistenza medica «sicura, efficace, conveniente e accessibile», stando alle loro parole, a oltre 1,3 miliardi di cittadini. La Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti, invece, ha approvato la riforma sanitaria voluta da Barack Obama, una vera e propria rivoluzione che costerà 1.200 miliardi, ma che darà copertura sanitaria a 50 milioni di americani ora sprovvisti. La riforma porterà a una riduzione generalizzata dei costi a livello nazionale e

Più fondi per servizi e personale che per l'acquisto di medicine

estenderla copertura al 96 per cento degli americani entro 10 anni. Obama non vuole imitare l'Europa e non pensa a un sistema con ospedali pubblici e assistenza diretta, ma intende risolvere due problemi principali. Il primo riguarda la gran quantità di americani che non hanno accesso a cure mediche di alcun tipo e il secondo è di abbassare i costi altissimi delle prestazioni sanitarie negli Stati Uniti.

Certo in Europa, l'assistenza sanitaria è da sempre più estesa, ma il problema dei costi è un cruciale che accomuna tutti i Paesi sviluppati.

Dal 1960 ad oggi, l'incidenza della spesa sanitaria sul Prodotto interno lordo è triplicata per gli Stati Uniti ed è più che raddoppiata per i principali partner dell'Unione europea. I Paesi hanno adottato soluzioni differenti per far fronte al crescere dei costi, a volte mantenendo invariata la parte di spesa pertinente allo Stato, a volte aumentandola, come nel caso degli Stati Uniti. I problemi sono



diventati più stringenti a partire dall'inizio degli anni Novanta, quando in genere in tutti i Paesi industrializzati la spesa sanitaria totale si è accresciuta in misura significativa rispetto al Pil. Con l'aggravante per i conti degli Stati che l'aumento della spesa sanitaria pubblica è risultato in genere superiore a quello della spesa privata, anche perché ovunque, tranne che negli Stati Uniti, la spesa pubblica prevale sempre e nettamente su quella privata.

In Italia, il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil è diminuito nella prima metà degli anni Novanta (dal 6% al 5,2%), si è stabilizzato nella seconda metà del decennio e ha evidenziato una netta accelerazione a partire dal 2000. Nel 2006, secondo i dati del ministero della Salute, si è attestato al 6,7% (pari a 99,2 miliardi di euro). Ma le proiezioni di lungo periodo dell'Ecofin, che si basano fondamentalmente sullo sviluppo demografico, non lasciano prevedere nulla di buono,

in quanto stimano incrementi d'incidenza della spesa sanitaria pubblica intorno ai tre punti percentuali. Anche la ragioneria generale dello Stato non è ottimista. Nel biennio 2008-2009 gli effetti della recessione si tradurranno in un «significativo» incremento del rapporto tra spesa sanitaria e Prodotto interno lordo, che in numeri dovrebbe essere un altro più 0,4 percento.

Ma cosa pesa di più sulla spesa sanitaria di casa nostra? I dati più recenti pubblicati sul sito del ministero della Salute si riferiscono all'anno 2006 e parlano di una spesa del servizio sanitario nazionale pari a 99,2 miliardi di euro. La parte del leone la fanno il personale (33,3 miliardi, pari al

33,8% della spesa), i beni e gli altri servizi (26,5 miliardi, 26,9%), seguiti dalla spesa farmaceutica (12,3 miliardi, 12,6%). Quanto alle spese accreditate e convenzionate, agli ospedali vanno 8,3 miliardi, alla medicina generale 5,9 miliardi, 4,6 miliardi all'assistenza, 3,5 alla specialistica, 2,2 alla riabili-

tativa e 1,5 alla integrativa e protesica.

Tagli non sembrano possibili ed è chiaro, quindi, che l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è destinata a salire, a meno che non vengano presi provvedimenti strutturali. Secondo uno studio del Cerm (Competitività, regolazione, mercati) un centro di ricerche indipendente presieduto e diretto dal professor Fabio

Pammolli, nello scenario Ecofin incentrato sulla demografia «per mantenere costante l'incidenza della spesa sul Pil, la copertura pubblica dovrebbe ridursi di circa 25 punti percentuali, passando dal 76% attuale a circa il 50 per cento. In assenza d'interventi di stabilizzazione, il peso della spesa pubblica per sanità e pensioni su ciascun occupato supererebbe il 60% del Pil pro capite dal 52,6% attuale, con la crescita guidata soprattutto dalla sanità».

La soluzione proposta dagli esperti è quella di coniugare il sistema pubblico con un'assicurazione privata che copra almeno in parte l'assistenza sanitaria. Egli interventi devono essere rapidi e incisivi, altrimenti si corre il rischio di ricorrere a provvedimenti tampone. In passato le risorse sono state

reperite senza grandi rivoluzioni strutturali, ma semplicemente abbassando il tetto di finanziamento sulla componente più elastica e politicamente meno sensibile della spesa, ovvero quella della far-

maceutica territoriale, «con ciò aprendo la strada a nuovi razionamenti nascosti e alimentando l'idea di un paese non affidabile per gli operatori industriali».

Per i più, invece, bisognerebbe dare il via libera al secondo pilastro della Sanità. Il Governo attuale si è detto pronto a rilanciare i Fon-

disanitari integrativi con la contrattazione collettiva e di categoria, invitando a non chiudere gli occhi davanti alla possibilità di far spazio alle as-

sicurazioni private e senza scartare la possibilità di un modello di finanziamento misto pubblico-privato come già avviene in Olanda o in Germania, dove è prevista l'assicurazione obbligatoria per coprire una parte delle spese sanitarie, mentre il resto è a carico del servizio pubblico. Per il ministro della salute Maurizio Sacconi «vanno sostenute le libere espressioni della contrattazione collettiva o delle associazioni di categoria per quel che riguarda i fondi integrativi dell'assistenza sanitaria. Ma deve trattarsi di Fondi che offrono prestazioni aggiuntive, non sostitutive, a quelle date dal Servizio sanitario nazionale». Un Sistema sanitario universalistico, ha aggiunto il ministro, «non può basarsi solo sul settore pubblico», tanto più che oggi «tutte le società hanno problemi a bilanciare i consumi interni».

Insomma bisogna seguire quanto è stato fatto per le pensioni. Anche perché l'importanza assegnata dai governi che si sono finora succeduti all'organizzazione del finanziamento privato complementare in sanità è rimasto di gran lunga inferiore rispetto a quanto fatto in materia pensionistica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

99,2

MILIARDI DI EURO

A tanto ammontava nel 2006 la spesa sanitaria in Italia. Ma la cifra è salita ancora

Il governo pensa di rilanciare i fondi sanitari integrativi con la contrattazione collettiva

Rapporto |

L'ECONOMIA DEL WELFARE

“Ma l'Italia spende meno di altri paesi”

Lo dice l'Ocse che pone il nostro paese al terzultimo posto in Europa davanti a Spagna e Gran Bretagna

Roma

L'Italia è tra i paesi Ocse che spende meno per la sanità: se la quota di Pil destinata alla spesa sanitaria è dell'8,9% nella media Ocse, la spesa italiana è dell'8,7%, con quella pubblica al 6,7%. In questo settore, dunque, il nostro paese si colloca al terzultimo posto seguita solo da Spagna e Regno Unito. E ogni cittadino italiano ha a disposizione 447 euro in meno (-20%) per la cura della propria salute rispetto alla media degli altri europei.

Questo è uno dei dati più preoccupanti emersi dal Rapporto Meridiano Sanità presentato da The European House-Ambrosetti, a Cernobbio. A questo si aggiunge la grande disparità esistente tuttora tra le varie Regioni italiane in termini di prevenzione delle patologie, accesso alle terapie innovative, gestione e controllo della spesa ospedaliera. Il quadro mette in mostra un'Italia che va a più velocità nelle pagine di un rapporto che ha anche messo sotto la lente di ingrandimento una serie di importanti temi:

1) Differenze tra Regione e Regione dei programmi di prevenzione. In campo oncologico, ad esempio, i programmi di screening del tumore alla mammella e al colon-retto non sempre raggiungono i livelli di efficacia accettabili. La disomogeneità è marcata anche nel campo delle vaccinazioni, con con-

seguenze evidenti su mortalità e morbilità.

2) Accesso alle terapie. Le Regioni introducono con tempi diversi, e spesso con forti ritardi, i farmaci ospedalieri. Ad esempio, per un farmaco oncologico si può andare da un minimo di due mesi a un massimo di sedici mesi dall'approvazione nazionale. In proposito, è importante notare che l'introduzione di nuovi metodi di valutazione delle tecnologie sanitarie—Health Technology Assessment—diversi da regione a regione, se non appropriatamente utilizzati, potrebbe determinare ulteriori disegualianze nell'accesso alle cure.

3) Gestione e controllo della spesa ospedaliera. Non in tutte le Regioni sono stati introdotti gli adeguati controlli dei bilanci delle aziende sanitarie e, in particolare, della spesa ospedaliera, che consentano di confrontare i risultati economici delle stesse.

Il Rapporto affronta, infine, il tema della sostenibilità del sistema sanitario, rilevando che la sanità rappresenta il 26,1% della spesa complessiva sociale, contro il 65,9 della voce previdenza. La principale componente è rappresentata dalla spesa ospedaliera, che complessivamente assorbe più della metà delle risorse.

Nel generale aumento della spesa l'unica voce che è diminuita è quella della spesa farmaceutica, mentre sono schizzate verso l'alto soprattutto le spese per l'assistenza ospedaliera e per quella medico-specialistica.

(r. rap.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Uno studio mette sotto accusa anche le disparità tra regioni



Rapporto / L'ECONOMIA DEL WELFARE

2. novembre

IL RAPPORTO

di Claudio

Nel 2050 il 34,6% degli italiani avrà più di 65 anni

Roma
 Il 34,6% della popolazione italiana nel 2050 avrà oltre 65 anni. Nello stesso periodo, secondo le stime, gli *over 60* nel mondo raddoppieranno, passando da circa 756,45 milioni attuali a oltre un miliardo e 400 milioni nel 2030. Sono questi i dati che emergono dal rapporto nazionale 2009 sulle "Condizioni ed il pensiero degli anziani: una società diversa", frutto di una collaborazione tra Osservatorio terza età e di Anzianità Anci.

Il rapporto traccia una fotografia dettagliata degli effetti demografici del fenomeno di invecchiamento in Italia e nel mondo,



ma soprattutto analizza gli aspetti legati al rapporto tra anziani e condizioni di salute, assistenza dentro e fuori la famiglia, invecchiamento e attività lavorativa. Proprio da quest'ultimo aspetto

emerge che oggi il 30,6% della popolazione va in pensione prima ancora di aver compiuto 65 anni (il 69,4% dei pensionati ha più di 65 anni).

Riguardo invece al dato relativo alla spesa pensioni, previdenza e assistenza, il rapporto evidenzia come questo dato rappresenti il 15,8% del Pil (233 miliardi), quando la media Ocse è del 7%. Una cifra notevole, dunque, se si considera che a 65 anni il 57% circa della popolazione è in buono stato di salute, pur manifestando la presenza di una malattia cronica (65,4%) o di due (35,7%).

(r.rap.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA / **CLAUDIO CAVAZZA**

«Dobbiamo unirci per tutelare la ricerca»

Andrea Sermonti

■ **La protezione delle proprietà intellettuali e degli asset dell'industria farmaceutica è sempre più percepita come un valore fondamentale per la valorizzazione del patrimonio delle aziende che operano nel settore. Abbiamo chiesto un commento a Claudio Cavazza, presidente di Sigma Tau e vicepresidente di Farmindustria.**

«I frutti di anni di ricerca, di investimenti industriali considerevoli e ad alto rischio in ogni passaggio a fasi successive dello sviluppo di una nuova molecola fino alla sua possibile commercializzazione, deve essere sempre più considerata come il vero senso dell'innovazione e segno differenziale del patrimonio aziendale farmaceutico. Tali frutti si concretizzano in brevetti, primo e indiscutibile strumento a protezione di una nuova scoperta che apporta valore all'azienda, ma anche e in via complementare in Dossier Registrativi di nuovi farmaci per nuove indicazioni o per ulteriori indicazioni, comunque valore aggiunto per il futuro dell'industria, e del Marchio, che associa la qualità del prodotto e il suo valore all'immagine dell'azienda che ne ha condotto lo sviluppo, è titolare dell'innovazione e garanzia di qualità».

L'obiettivo del confronto tra gli esperti di tutti i Paesi industrializzati è quello di sensibilizzare le autorità ad allungare i tempi dei brevetti, mettendo nel contempo a punto norme

che regolino la commercializzazione dei prodotti contraffatti, impedendone le importazioni.

«Sì, è necessaria una chiara presa di coscienza da parte del Governo italiano e, in generale, del mondo occidentale per modificare le attuali leggi che garantiscono poco o nulla le imprese in tema di brevetti mettendo in campo importanti incentivi di tipo fiscale e una lotta serrata alla contraffazione, nonché riconoscere un valore patrimoniale ai Dossier registrati. In sede europea, le organizzazioni di settore sentono questo aspetto come principale e diverse sono le iniziative di impatto che la Federazione dell'Industria Farmaceutica Europea (EFPIA), di comune accordo con i massimi organismi dell'Unione e con le pari associazioni di settore statunitense stanno implementando per ottenere il necessario riconoscimento, specialmente nei Paesi emergenti (Cina, India, Russia, America Latina) al valore di azienda che tali proprietà intellettuali rappresentano, tramite azioni tese al riconoscimento e all'estensione dei brevetti, all'istituto della protezione complementare dei dossier registrati e alla lotta alla contraffazione, tutto ovviamente a tutela della salute pubblica e dei pazienti ai quali, ovunque, deve essere garantito il trattamento ai migliori standard qualitativi. L'impegno dei professionisti del "Licensing" dell'industria farmaceutica muove esattamente in direzione di supportare la disponibilità e l'impegno di ciascuna azienda al raggiungimento degli obiettivi menzionati e riconoscendo il valore all'innovazione e agli strumenti a protezione di esso».



**Prodotti alterati
Servono norme
precise che ne
impediscono
il commercio**



«Fermiamo il mercato nero dei farmaci»

*A Roma summit fra aziende farmaceutiche mondiali che hanno messo a punto alcune linee guida
Le medicine contraffatte stanno invadendo anche i Paesi industrializzati, cautela con gli acquisti online*

BREVETTI Le aziende
contestano l'obbligo
di cedere le proprie
licenze di produzione

PAESI EMERGENTI Difficili
i rapporti, non ci sono
controlli sull'importazione
e le tasse troppo alte

Enrico Magnani

■ Gli esperti delle aziende farmaceutiche di tutto il mondo riunite a Roma in un summit a porte chiuse trovano un accordo «strategico» e si muovono per bloccare la crescente diffusione di farmaci contraffatti e di copie non garantite che, dopo i mercati del terzo mondo, stanno invadendo anche quelli dei Paesi industrializzati. Gli oltre 300 esperti di proprietà intellettuale nell'industria farmaceutica riuniti al IX° International Pharma Licensing Symposium hanno approvato una serie di documenti che identificano quattro linee di azione prioritarie per garantire in primis la sicurezza dei prodotti in commercio e la sicurezza del mercato. Ma anche la «certezza del diritto», indispensabile a stimolare le aziende nel continuare a ricercare nuove soluzioni alle sfide che la medicina pone ogni giorno.

Le quattro «priorità d'azione» approvate dagli esperti dell'IPLS riguardano sostanzialmente iniziative «concertate» per:

1. Una maggiore concentrazione degli sforzi politici e diplomatici dell'industria farmaceutica sulla Commissione europea per ciò che riguarda in primis la situazione di quattro paesi in particolare: Cina, Turchia, Brasile e India.

2. Un'integrazione «concentrica» delle associazioni delle industrie farmaceutica europea EFPIA con le strutture «sorelle» PHRMA (USA) e JPMA (Giappone) relativamente a una strategia comune di protezione dei dossier registrativi.

3. La forte opposizione alle «licenze obbligatorie», imposte da alcuni Stati che obbligano le aziende originatrici a concedere la licenza di produzione e commercializzazione di un dato prodotto a un'azienda locale (vedi l'esempio di quanto successo con Merck in India per un farmaco per la terapia dell'Aids e la stessa cosa successa a GSK in Thailandia, sempre per un farmaco anti-Aids).

4. Orientare gli sforzi della ricerca su prodotti originali della biotecnologia, perché su questi prodotti si verifica una maggiore protezione a livello del processo di produzione. In Paesi come India, Cina, Turchia e Brasile a oggi non esiste alcun prodotto originale frutto della ricerca biotecnologia. Questo perché non ci sono ancora le condizioni strutturali e di know how per avviarne la produzione.

I brevetti. Un altro dei temi affrontati dal summit è stato quello dei tempi della protezione brevettuale di una scoperta scientifica, ritenuti sempre più corti, e questo per una serie di motivi che vanno dalla richiesta di dossier sempre più allargati e approfonditi da parte delle organizzazioni internazionali, che richiedono studi clinici lunghi e documentati, fino alla necessità di prevedere un «ombrello» brevettuale di copertura sempre più esteso e dettagliato, per evitare che aziende concorrenti possano, con una minima modifica d'uso, aggirare la protezione brevettuale e accedere allo sfruttamento economico e commerciale della scoperta. Tempi così ridotti che non consentono alle aziende di recuperare gli investimenti miliardari necessari a passare dall'intuizione dei ricercatori alla commercializzazione del prodotto.

I Paesi emergenti. A tutto questo si aggiungono i problemi legati all'allargamento del mercato farmaceutico ai cosiddetti «Paesi emergenti»: grande conquista sociale per il mondo intero - essendo questi fino a pochi anni fa esclusi dalla distribuzione di farmaci anche salva-vita - ma allo stesso tempo fonte di problemi legati ad abusi, contraffazioni e mancanza di tutele legali di ogni tipo. Qualche governo di questi Paesi emergenti ha cominciato a sensibilizzarsi al problema dell'armonizzazione normativa - ma siamo solo in una fase iniziale: nella gran parte dei casi le aziende sono consapevoli che iniziare la commer-

cializzazione di un prodotto in questi paesi significa che già il giorno dopo entrerà in commercio un prodotto contraffatto non solo su quello stesso mercato, ma a livello mondiale, attraverso il canale della vendita online o attraverso importazioni parallele, favorite da intermediari compiacenti.

Ma senza arrivare a questi «eccessi dai risvolti penali» esistono altre situazioni, alcune assai frequenti, che rendono difficoltosi i rapporti con i Paesi emergenti: ad esempio le tasse all'importazione di principi attivi e prodotti finiti di provenienza «internazionale» assai elevate e non recuperabili, tali da impedire di fatto la presenza di prodotti stranieri in alcuni Paesi (Brasile, Cina, India); le licenze obbligatorie (Paesi del Sud Est Asiatico, dell'Africa e del Medio Oriente); il non riconoscimento della protezione sui dati generati nei dossier di registrazione (Cina, India, Brasile, Argentina, Russia); l'introduzione del concetto di prezzo di riferimento nei mercati più importanti, contemplando anche l'incidenza delle genericazioni (Turchia); le barriere agli investimenti stranieri; l'esaurimento internazionale del marchio, che si traduce nella possibilità di consentire, senza controlli sulla qualità, le importazioni «parallele» di prodotto (con rischi di contraffazione).



Le modalità cambiano a seconda degli enti

Medicine a doppia distribuzione

LA PROPOSTA

Secondo Federfarma necessaria una convezione con lista unica e differente meccanismo di remunerazione

Sara Todaro

ROMA

Chi ha subito un trapianto in Lombardia ritira i farmaci anti-rigetto nella farmacia sotto casa. Nella stessa situazione, un cittadino del Piemonte può ritirare i farmaci di cui ha bisogno solo alla Asl. E lo stesso accade con le cure per l'Alzheimer (in farmacia in Puglia; solo alla Asl in Emilia, Campania, Piemonte e Valle d'Aosta), il carcinoma alla prostata (alla Asl in Abruzzo e Molise), la sindrome coronarica, la schizofrenia, le anemie gravi e altre patologie croniche, che non godono dello stesso diritto di cittadinanza nelle diverse Regioni italiane. Il nuovo affondo sulle diverse modalità di distribuzione dei farmaci innovativi acquistati direttamente dal Ssn è contenuta in uno studio realizzato da Federfarma e Promofarma su dati Ims, presentato ieri a Roma.

«Stiamo parlando di farmaci inseriti nel prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio, il Pht, che negli anni si è trasformato in uno strumento di controllo della spesa, dettato soprattutto da considerazioni economiche», ha denunciato la presidente Federfarma, Annarosa Racca.

Nel mirino delle farmacie, il mancato rispetto dei livelli essenziali di assistenza da garantire ai pazienti e l'esclusione anche culturale di medici e presidi dalla gestione delle nuove terapie, cosa che si sta verificando nelle Regioni che preferiscono distribuire da sé i farmaci, invece di stipulare appositi accordi a

livello regionale.

A entrare in gioco è però anche la voglia di avviare il confronto sul rinnovo della convenzione che regola i rapporti farmacie-Ssn, ora che il decreto legislativo sui servizi in farmacia ha eliminato l'ultimo ostacolo, affidando alla Sisac (struttura inter-regionale che tratta le convenzioni) il compito di gestire il tavolo.

In quest'ottica si pone la proposta che Racca ha girato a Governo e Regioni: «Realizzare un elenco unico, uguale in tutta Italia, di medicinali che vengono acquistati dalle Asl e distribuiti attraverso le farmacie e individuare per questi prodotti una remunerazione diversa rispetto a quella prevista per i farmaci erogati nel normale regime convenzionale». Proposta accolta favorevolmente dai rappresentanti del mondo politico.

Per Giuseppe Palumbo (Pdl) e Chiara Moroni (Pdl), è necessario tornare a un Prontuario unico nazionale. Secondo Antonio Tomassini (Pdl) e Lionello Cosentino (Pd), il nuovo scenario della farmaceutica imporrà l'obbligo di rivedere la classificazione dei farmaci, spostando sul territorio una parte di quelli attualmente classificati per esclusivo uso ospedaliero, ripensando anche i meccanismi di remunerazione della farmacia, oggi in percentuale sul prezzo di vendita al pubblico.

La soluzione è il passaggio al compenso in quota fissa a prestazione, già delineato due anni fa, al primo avvio delle trattative poi rimaste bloccate. Per Loreddano Giorni (Regione Toscana), che ha apprezzato la proposta di Racca, è da lì che il tavolo potrà ripartire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Doppia sentenza della Corte costituzionale sull'intreccio fra disposizioni statali e territoriali

Farmacisti più tutelati sui prezzi

Le regioni non possono modificare i criteri per le nuove aperture

L'ALTRA DECISIONE

La stabilizzazione dei precari non può valere per i dirigenti del servizio sanitario

Manuela Perrone
ROMA

Tra farmacisti, aziende e grossisti la regione non mette il dito: è incostituzionale vietare ai tre attori della filiera del farmaco di accordarsi sulle quote di spettanza previste per legge del prezzo dei medicinali di fascia A, quelli a totale carico del servizio sanitario nazionale. L'alt è arrivato alla Puglia dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 295 depositata ieri. Che contiene altri due stop: alla modifica dei criteri per aprire nuove farmacie e all'aumento dell'età pensionabile per i direttori degli ospedali.

Il governo ha sollevato dubbi sulla legittimità degli articoli 8, 14 e 17 della legge pugliese 19/2008. E i giudici gli hanno dato ragione. A partire proprio dalla norma che impedisce, prevedendo sanzioni penali per i trasgressori a produttori, distributori e farmacisti di modificare con un'intesa privata, al di fuori di accordi con il servizio sanitario regionale, i margini di ricavo sul prezzo di vendita dei farmaci di classe A. Un divieto giustificato, per la regione, dall'esigenza di scongiurare «l'abuso di poteri forti». Ma la legge 662/96 - ha ricordato l'avvocatura dello stato - quando fissa le quote di spettanza (più volte ritoccate per esigenze di risparmio del Ssn) non stabilisce alcun divieto di modificarle.

La Consulta è netta: la norma viola la competenza esclusiva stata-

le in materia di ordinamento civile, incidendo «illegittimamente sull'autonomia negoziale dei privati» secondo quanto previsto dall'articolo 1322 del codice civile. Solo lo stato infatti può legiferare nel settore, a tutela dell'uniformità della disciplina sui rapporti tra privati. La Puglia ha anche violato la competenza esclusiva statale nell'ordinamento penale: alle regioni è infatti preclusa «una autonoma determinazione delle fattispecie cui sono collegate le pene previste» (si veda la sentenza 387/2008).

La legge pugliese ha poi illegittimamente ritoccato il criterio demografico per l'autorizzazione di nuove farmacie nei comuni fino a 12.500 abitanti (da una ogni 5 mila residenti, come prevede la legge 475/1968, a una ogni 3.500). Rovesciando - scrive la Corte - il principio fondamentale del legislatore statale: garantire più farmacie nelle città più popolose. È bocciata, infine, anche la norma che consente a direttori sanitari e amministrativi di Asl, Irccs e ospedali di restare in carica fino alla scadenza, anche oltre i 65 anni. Per la Consulta, le deroghe all'età pensionabile sono possibili solo per «finalità assicurative e previdenziali» o se sono «rigorosamente circoscritte nel tempo» e non automatiche.

La Puglia non è stata l'unica regione "bacchettata" ieri. Con la sentenza n. 293, la Corte ha bocciato gli articoli 1 e 4 della legge 3/2008 con cui il Veneto estende a tutti i dirigenti Ssr e ad alcune categorie negli uffici di diretta collaborazione degli organi politici la stabilizzazione dei precari del Ssn concessa dalla Finanziaria 2007. Un ampliamento indebito (già tentato dalla Sicilia, bloccata

con la sentenza 219/09): l'eccezione alla regola del concorso non appare giustificata da straordinarie ragioni di interesse pubblico. A maggior ragione per i dirigenti sanitari: il loro ruolo cruciale esige ancora di più il «pieno rispetto della selezione concorsuale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I principi

Filiera «libera»

■ La regione non può impedire alle aziende, ai grossisti e ai farmacisti di mettersi d'accordo per modificare i margini di ricavo sul prezzo dei farmaci di fascia

Nuove farmacie

■ Illegittime le modifiche regionali dei criteri statali per l'apertura di nuovi presidi

Direttori e limiti di età

■ La regione non può alzare l'età pensionabile dei direttori di Asl e ospedali

Dirigenti solo per concorso

■ È incostituzionale estendere anche ai dirigenti del Ssn la stabilizzazione dei precari concessa dalla manovra 2007



Rapporto |

L'ECONOMIA DEL WELFARE

LA QUOTA
Le aziende
che
aderiscono
a Fondo Est
versano 120
euro all'anno
per ciascun
dipendente

FONDO EST, LE PRESTAZIONI PIÙ COSTOSE...

In euro

Indennità sostitutiva per ricoveroFuori rete **16.078****Ricovero per intervento chirurgico**Rete **11.548**Fuori rete **7.302****Prestazioni di impiantologia**Rete **1.644****Indennità parto**Fuori rete **1.418****...QUELLE DI COSTO MEDIO...**

In euro

Indennità sostitutiva per ricoveroSSN **784****Indennità parto**SSN **285****Prevenzioni**Fuori rete **179**Rete **162****Diagnostici e Terapia**Rete **149**

“Le nuove sfide sono la prevenzione e l'invecchiamento della popolazione”

Lo spiega Simonpaolo Buongiorno, il presidente di Fondo Est che eroga l'assistenza integrativa ai dipendenti di turismo, commercio e servizi. «Insieme all'attività medica vera e propria, prestiamo una grande attenzione ai servizi socio-sanitari»

LUIGI DELL'OLIO

Milano

«**D**alle prestazioni sanitarie pure a un sistema di servizi socio-sanitari, che tengono insieme una maggiore focalizzazione sulla prevenzione e risposte al progressivo invecchiamento della popolazione italiana». L'evoluzione indicata da Simonpaolo Buongiorno, presidente di Fondo Est (il fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti del commercio, turismo e servizi), è indicativa per tutto l'universo dei fondi integrativi sanitari. Lo è perché è stata una delle prime strutture di questo tipo ad attivarsi e per le dimensioni raggiunte, con 120 mila aziende aderenti e oltre un milione di lavoratori. Un fondo che in due anni e mezzo di operatività ha già erogato circa 500 mila prestazioni e che ora punta a intercettare i cambiamenti in atto nella società per crescere ancora.

Come funziona Fondo Est?

«Le aziende che aderiscono versano 120 euro all'anno per ciascun lavoratore, che così può usufruire di una serie di servizi di assistenza».

Quali sono i servizi più gettonati?

«Inizialmente, gli iscritti usufruivano soprattutto del rimborso

tutto del rimborso dei ticket sanitari pagati al Servizio Sanitario Nazionale per gli accertamenti diagnostici e di pronto soccorso. Ancora oggi questa voce costituisce la quota preponderante: nel 2007 il rimborso dei ticket ha rappresentato l'82% del numero delle prestazioni erogate e il 57,93% dell'importo totale liquidato; nel 2008 la percentuale è cambiata: 80,87% del numero delle prestazioni erogate ed il 53,63% dell'importo totale liquidato. Tra il 2008 e il 2009 è aumentato l'utilizzo delle strutture accreditate rispetto alla richiesta di rimborso dei ticket».

Che tipo di agevolazioni sono previste?

«Abbiamo siglato un accordo con UniSalute, compagnia del gruppo Unipol specializzata in campo sanitario, che può contare su una rete

diffusa in tutto il territorio tra case di cura, ospedali e centri diagnostici convenzionati. In questo modo, chi sceglie di curarsi nelle strutture accreditate può effettuare le visite senza il gravare del ticket e senza affollare ulteriormente le liste di attesa: nel 2007 l'utilizzo delle strutture accreditate è stato il 9,65% del numero delle prestazioni erogate ed il 22,84% dell'importo totale liquidato; nel 2008 la percentuale è cambiata: 10,89% del numero delle prestazioni erogate ed il 27,84% del-

l'importo totale liquidato».

Quali sono le prestazioni più richieste?

chieste?

«Su tutte, quelle odontoiatriche. A questo proposito, non ci riferiamo solo all'impiantologia, ma anche all'assistenza di routine come la prevenzione odontoiatrica, l'ablazione del tartaro e la diagnostica odontoiatrica di base. Seguono i servizi per le donne in gravidanza e i neonati e la chirurgia cardiovascolare.

Ma, per il futuro, contiamo di incrementare soprattutto i servizi di consulenza».

In che modo?

«La prevenzione è fondamentale. Accertamenti periodici consen-

“Una struttura molto snella che funziona e ci permette anche di avere conti in attivo”



Simonpaolo Buongiardino è il presidente di Fondo Est



me vanno i conti?

«Non ci sono preoccupazioni, anzi siamo in attivo».

Come è possibile, a fronte di una contribuzione mensile di 10 euro per iscritto?

«Abbiamo un'organizzazione molto snella, con 60 occupati e un diffuso impiego delle tecnologie. Il risultato è che la struttura incide per il 6,5% sui ricavi complessivi, una quota che calerà col crescere degli iscritti».

Come pensate di muovervi in questo senso?

«Finora abbiamo intercettato circa la metà dei dipendenti potenzialmente interessati. Ma ci sono molte differenze tra le

...E LE MENO ONEROSE

In euro

Pacchetto maternità	SSN	57
Diagnostica e Terapia	SSN	36
Rimborso tickets	SSN	31
Diagnostica odontoiatrica	SSN	25
Visite specialistiche	SSN	24

tono di intervenire prontamente in case di malattie ed evitare così che degenerino. Lo impone l'evoluzione demografica: l'Italia è ai primi posti nel mondo per la crescita dell'età media».

Anche il ministro al Welfare Maurizio Sacconi ha ribadito a più riprese che i livelli essenziali di assistenza (Lea) vanno ripensati.

«Ci stiamo muovendo proprio in quella direzione. Andiamo a incrementare i livelli di assistenza nei settori in cui i Lea hanno dimostrato di essere insufficienti a garantire le esigenze dei cittadini e lo saranno sempre più in futuro».

Tornando al vostro Fondo, co-

varie aree del paese: nel Nord viaggiamo intorno al 70% dei lavoratori impiegati nel settore. In Campania e in Sicilia, invece, la quota si ferma al 24%, in Calabria addirittura al 15%. Molti imprenditori e i loro consulenti non conoscono ancora le opportunità offerte dal Fondo. A questo proposito voglio ricordare che l'iscrizione è obbligatoria per tutte le aziende che applicano il contratto collettivo nazionale per i dipendenti delle aziende del terziario e dei servizi e il Ccnl per i dipendenti delle aziende del turismo, pubblici esercizi e agenzie di viaggio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rapporto |

L'ECONOMIA DEL WELFARE

Tutte le garanzie, dal rimborso dei ticket alle visite specialistiche

Nato nell'ambito del rinnovo del contratto nazionale di lavoro nel 2005, il fondo ha già erogato circa 500mila prestazioni. Gli aderenti sono un milione, esattamente la metà della platea che ha diritto all'iscrizione. Possono farvi parte anche gli apprendisti del "terziario"

Milano

Cuochi e personale impiegato nelle società di consulenza, dipendenti del commercio e delle agenzie viaggio, lavoratori della grande distribuzione organizzata e dei negozi di vicinato. Sono solo alcune delle categorie che rientrano nel perimetro di Fondo Est, il fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti del commercio, turismo e servizi. Una platea composta da oltre 2 milioni di lavoratori, metà dei quali ha già aderito.

Al Fondo possono accedere tutti i dipendenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato e i lavoratori a tempo determinato per le sole aziende del turismo e del comparto ortofrutticolo, a condizione che il contratto sia di durata superiore rispettivamente a tre e sei mesi e il lavoratore ne faccia richiesta per iscritto al datore di lavoro all'atto dell'assunzione. Da luglio del 2008, l'iscrizione è stata estesa anche agli apprendisti del settore terziario. Sono ammessi anche i lavoratori delle cooperative, se le loro aziende applicano il Ccnl del commercio, turismo e servizi firmato da

Confcommercio.

Fondo Est è nato nell'ambito del rinnovo del Ccnl del 2005. In fase di rinnovo, le parti sociali si sono trovate d'accordo su un punto: estendere un servizio precedentemente offerto a dirigenti e quadri, anche ad altri lavoratori, destinando a questa voce una parte del rinnovo contrattuale (10 euro mensili, 7 euro per i part-time). In sostanza, quindi, una parte di salario si è trasformata in prestazioni. Le spese relative all'iscrizione e al versamento dei contributi sono in-

teramente a carico delle aziende.

Il Fondo rimborsa ai lavoratori iscritti i ticket pagati al Ssn per gli accertamenti diagnostici e di pronto

soccorso. Inoltre paga una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specializzazione e rimborsa le spese sostenute per le visite specialistiche. In due anni e mezzo di piena operatività, il Fondo Est ha erogato circa 500 mila prestazioni: quando un iscritto richiede una visita specialistica non deve pagare nulla, in quanto l'intero onere viene coperto dal Fondo, permettendo per altro al Servizio Sanitario Nazionale di

risparmiare la spesa. I settori interessati dal piano spaziano dalla chirurgia cardiovascolare all'odontoiatria, dai servizi di consulenza ai pacchetti di prevenzione, passando per iniziative appositamente pensate per le donne in gravidanza e per i neonati. Da gennaio di quest'anno c'è anche la possibilità di accedere alle cure odontoiatriche periodiche.

Uno spettro ampio di servizi, reso possibile grazie a due fattori: il numero elevato di aderenti e la convenzione siglata tra il Fondo e Unisalute, per usufruire di prezzi agevolati presso le strutture convenzionate, tra case di cura, ospedali e centri diagnostici.

I fondi integrativi costituiscono il cosiddetto secondo pilastro della sanità, destinato ad avere un peso crescente nei prossimi anni. Con il progressivo invecchiamento della popolazione e i limiti sempre più stringenti alla spesa pubblica, sarà infatti indispensabile puntare sulla crescita di questi strumenti già diffusi nella maggior parte dei paesi europei, che offrono assistenza nei settori lasciati scoperti dal Servizio Sanitario Nazionale.

(l.d.o.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

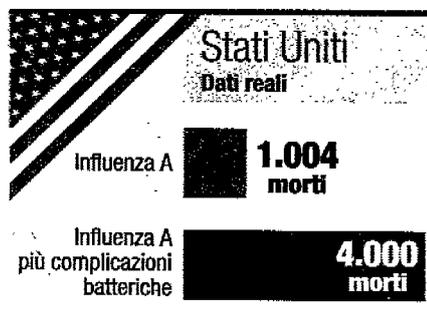
Una convenzione con Unisalute permette di usufruire di parcelle più basse



Ma il virus può mutare Gli Usa quadruplicano il numero delle vittime

Gli scenari

Il virologo milanese Pregliasco: «Mi aspetto un numero di vittime tra 10 mila e 15 mila. Fino a 95 mila se il virus dovesse essere "cattivo"»



CORRIERE DELLA SERA

Un milione e mezzo di ammalati (736 mila in una settimana: la 45ma dell'anno) e 58 morti: è il bilancio ad oggi della nuova influenza in Italia. Quattro milioni di malati e circa 5 mila morti: è il bilancio dell'influenza stagionale dell'anno scorso. Che cosa potrebbe accadere quest'anno al momento dell'attacco combinato delle due influenze, la nuova A H1N1 e la stagionale «Australiana»? Lo scenario plausibile è di 8-12 milioni di malati e di 10-15 mila morti, se il livello di vaccinazione fosse basso. Un terzo di ammalati per l'Australiana, due terzi per la nuova influenza (più contagiosa, ma meno letale). Tutti tranquilli, allora? No. Guai ad abbassare la guardia. I numeri potrebbero cambiare e anche il virus. Potrebbe combinarsi con quello dell'Aviaria, ancora in circolazione, e diventare più «cattivo». Invece, lo scenario positivo è l'«estinzione» dell'A H1N1 grazie alla vaccinazione di massa.

Per ora, a mutare sono i numeri. Negli Stati Uniti, al contrario di quanto accade in Gran Bretagna, le autorità sanitarie hanno dovuto rivedere il numero delle vittime. In peggio. Quattro volte in più delle poco più di mille finora registrate: almeno 4.000 i decessi. Il motivo? I Centers for disease control and prevention (Cdc) di Atlanta hanno aggiunto le morti causate dalle «complicazioni» (polmoniti e infe-

zioni batteriche, ecc.) successive all'influenza A. Su 22 milioni di contagiati, le vittime sono state oltre 3.900 e 98 mila i ricoveri. I bimbi ammalati sono stati circa 8 milioni, 36 mila quelli ricoverati e 540 i morti. In Italia, al momento la mortalità è di circa lo 0,003 per cento. I più colpiti? Bambini e adolescenti, da zero a 14 anni, con un'incidenza pari al 3,6%. Tra i giovani e gli adulti dai 15 ai 64 anni l'incidenza è dello 0,7%, mentre dai 65 anni in poi è dello 0,1. Duecento e 94 i ricoveri per complicanze, 132 in assistenza respiratoria: lo 0,009% dei casi.

Numeri al vaglio, da diffondere ma senza patos allarmistico. «In passato, per esempio con l'aviaria, l'allarmismo eccessivo ha portato all'effetto bufala. Con il risultato che negli anni successivi, complici anche stagioni influenzali "lievi", c'è stato un preoccupante calo delle vaccinazioni in Italia», sottolinea il virologo dell'università di Milano, Fabrizio Pregliasco. E' lo studio delle passate pandemie a proiettare scenari, a fare stime, a prevedere misure di contenimento. Pregliasco ipotizza: «Mi aspetto che venga contagiato il 21% della popolazione, con 12,5 milioni di casi circa e un numero di vittime che potrebbe oscillare da 10 mila a 15 mila. Se invece il virus dovesse essere "cattivo", come quello della Spagna del 1918, si arriverebbe a 23 milioni di ammalati (35% della popolazione), con 23 mila-95 mila morti. Scenario altamente improbabile». L'ipotesi peggiore, analizzando le pandemie del passato. Di Spagnola si in-

fettò il 30-35% della popolazione mondiale: il 15% ebbe com-

plicazioni e il 2% finì in ospedale. Mortalità dello 0,4%. Nella settimana peggiore, l'assenteismo dal lavoro toccò il 12% della popolazione. Due i picchi: nella 47ma settimana (metà novembre) del 1918 e nella decima (primi di marzo) del 1919. Se l'A H1N1 si comportasse come la Spagnola, si avrebbe un picco a metà mese e un ritorno a marzo 2010. In base all'andamento attuale, i Centri di riferimento europei (Ecdc) vedrebbe a letto il 15-25% della popolazione: lo 0,3-1% ricoverato, con un 20% in terapia intensiva. I morti? Circa lo 0,05% dei colpiti (tra un minimo dello 0,01 e un massimo dello 0,1%). Il vero pericolo è una «ricombinazione» del virus A H1N1. Nel caso, la seconda ondata potrebbe essere peggiore. Il vaccino può bloccare il virus ora che è tranquillo e poco letale.

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Influenza A

La brutta figura dei medici

di Massimo Galli*

Nel pieno della campagna vaccinale contro il nuovo virus pandemico H1N1, le presunte tossicità del vaccino sono diventate un argomento di discussione assai popolare. E, come atteso, sono state rispolverate tutte le leggende metropolitane che si associano all'impiego dei vaccini in generale e a quello contro l'influenza in particolare. Se la discussione rimanesse confinata ai salotti, in fondo non farebbe gran danno. Più sconcertanti sono alcune posizioni che emergono a questo proposito in ambito medico.

Com'è noto i medici sono stati inseriti tra le categorie da vaccinare prioritariamente nell'ambito del piano d'intervento antipandemico dell'Oms. A dispetto di questo, all'11 novembre, dopo due settimane dall'inizio della campagna vaccinale per gli operatori sanitari, solo circa 5000 degli 8000 medici di famiglia della Lombardia e in tutto 28044 dei 301.266 addetti (meno del 10% del totale) ha ritenuto di aderire alla vaccinazione (ringrazio Luigi Macchi che mi ha fornito questi dati in "tempo reale"). E questo, a essere onesti, non è un fenomeno solo italiano.

Ma quali sono le ragioni di questo atteggiamento negativo? Uno dei miei maestri diceva che i medici sono convinti che le medicine (e quindi, perché no, i vaccini) siano cose da pazienti e non da medici, ed è per questo che un medico è il peggior paziente che ti possa capitare. In realtà, è piuttosto sconcertante constatare come vi siano colleghi che danno credito a fantasmi suscitati da dati non accreditati o da operazioni mediatiche, senza peritarsi di procedere ad una verifica. È il caso per esempio dell'adiuvante squalene, che noi medici dovremmo ricordare (dall'esame di biochimica) essere un precursore del colesterolo e degli ormoni steroidei, da noi prodotto ogni giorno in importanti quantità, e presente, oltre che nell'olio di fegato degli squali, anche in vegetali come crusca di riso, germe di grano e olive. Se si fosse chiamato olivene, chissà, farebbe meno paura.

Quanto alla preoccupazione poi che alla vaccinazione antiinfluenzale possano essere attribuite varie disgrazie e conseguenze, il *Lancet* ha pubblicato il 31 ottobre un lavoro specificamente dedicato alla definizione di quante e quali malattie possiamo attenderci indipendentemente dalla vaccinazione. Su 10 milioni di vaccinati, entro le sei settimane successive dalla vaccinazione e indipendentemente da essa, in Gran Bretagna sono attesi 21.5 casi di Guillain-Barré (rara sindrome neurologica in passato associata a una vaccinazione antiinfluenzale) e 5.75 casi di morte improvvisa e nelle donne in USA 86.3 casi di neurite ottica. Su 1 milione di gravide sono attesi 397 casi di aborto spontaneo, entro un giorno dalla vaccinazione. Come faranno i medici poco convinti, e soprattutto non sufficientemente informati, a spiegare che la vaccinazione non c'entra niente, perché questi numeri sono attesi comunque?

Forse aveva ragione Elio Vittorini: la nostra paura del peggio è più forte del nostro desiderio del meglio.

*Ordinario Malattie Infettive
Ospedale-Polo Univ. «Luigi Sacco»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITÀ LOMBARDA PARAMETRI E SCELTE DEI PAZIENTI

ROBERTO FORMIGONI

Caro direttore, che il rapporto sulla sanità nelle Regioni realizzato dal Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa per conto del ministero del Welfare non sia troppo affidabile non lo dice Regione Lombardia ma il committente stesso. Cioè il viceministro Fazio. Il quale nel consegnare il lavoro alle Regioni, il 16 settembre scorso, ha ritenuto «utile sottolineare l'esistenza di alcuni limiti nell'utilizzo delle banche dati». Il Rapporto «è da intendersi come base di lavoro comune tra Ministero e Regioni, e comunque riservata». Che una «base di lavoro» «limitata» e «riservata» sia stata data ai giornali dove di fatto appare come una classifica «oggettiva» lascia stupefatti.

Il Laboratorio ha stabilito 29 indicatori che, lungi dall'essere tutti adatti a misurazioni oggettive, presentano limiti perché scaturiscono dall'analisi di banche dati non perfettamente omogenee o non allineate, con dati provvisori, talvolta scarsamente qualitativi, rilevati sovente con codifiche e modalità differenti nelle diverse realtà territoriali.

Gli indicatori scelti - che riguardano ricoveri, prestazioni ambulatoriali, farmaceutica, assistenza territoriale, ecc. - appaiono come una miscelanza di differenti elementi che finiscono per dare i voti ai «processi» senza misurare gli «esiti» (i risultati in termini di salute). Insomma il rapporto non definisce i concetti di valutazione e di performance. Ne consegue che la logica complessiva della valutazione non è «assoluta», cioè non è riferita alla percentuale di raggiungimento di uno standard o livello prefissato il cui significato è condiviso o assodato nella letteratura. Quindi gli indicatori usati non hanno lo stesso significato e nemmeno lo stesso valore: ad esempio, non possono pesare allo stesso modo l'indicatore HI - tasso di ricovero - e l'indicatore H4 - tasso di colecistectomie laparoscopiche in day surgery. È evidentemente sbagliato utilizzare 29 indicatori disomogenei attribuendo a tutti lo stesso peso, anziché un valore ponderato.

La valutazione delle performance appare estremamente soggettiva, legata all'opinione dei ricercatori: in taluni casi la virtuosità è collocata ai valori massimi, in altri a quelli intermedi (e lo scostamento da questi ultimi considerato indice di non virtuosità). Per esempio: perché i tassi più bassi di ricovero sono considerati virtuosità e non, invece, mancanza di erogazione di un livello essenziale? Non c'è risposta se non il libero arbitrio degli autori. E questo è un punto molto grave: non ricoverare un malato quando ne ha bisogno è pessima abitudine! Infine: mancano del tutto, nella ricerca, indicatori su molti aspetti della medicina sul territorio e del tutto quelli sulla prevenzione.

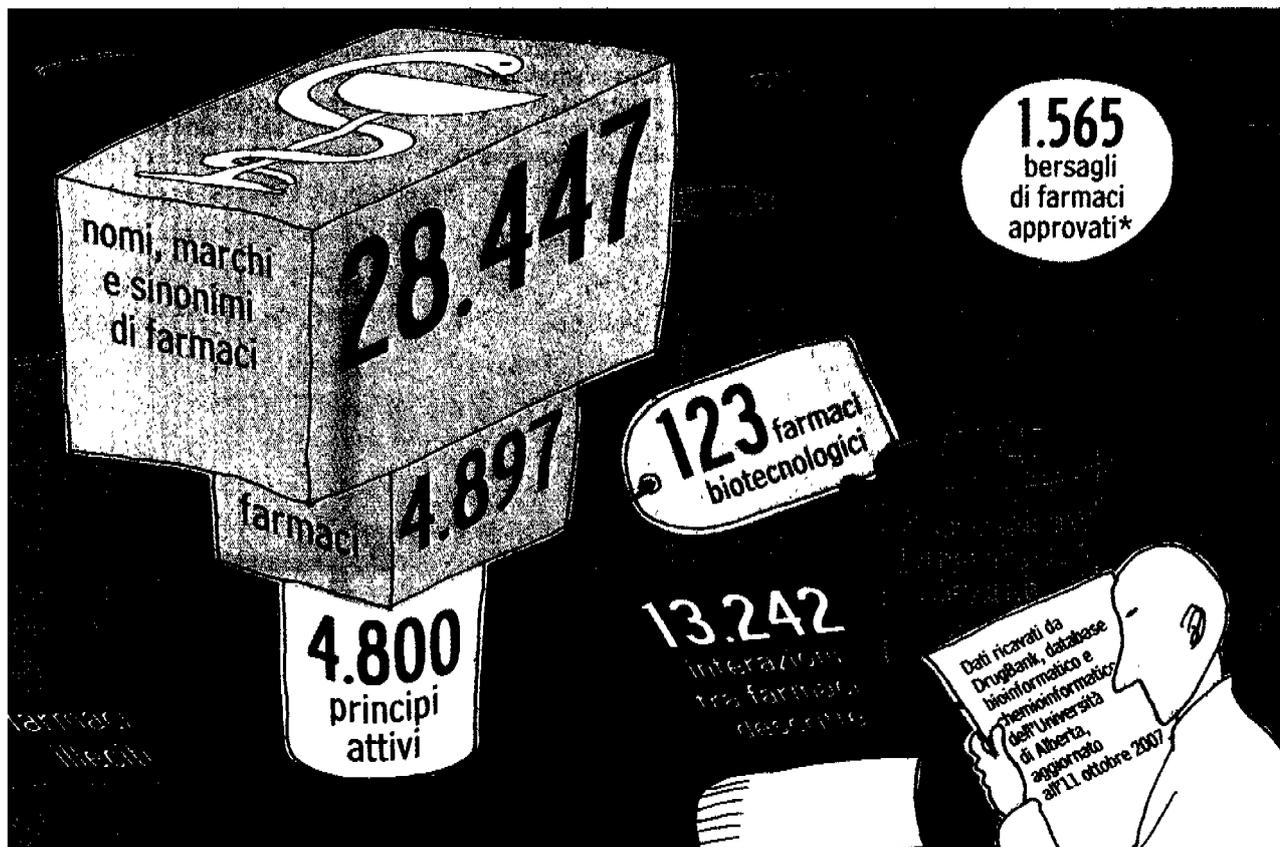
Si potrebbe dettagliare ulteriormente, ma non è qui il luogo. Resta da dire che se la Lombardia è la regione che di gran lunga più di tutte attrae pazienti dalle altre regioni d'Italia e da altri Paesi, ed ha il tasso di soddisfazione più alto tra i propri cittadini e i propri malati, ci sarà un motivo. E se l'organismo al mondo più severo nelle valutazioni, la Joint Commission International, ancora recentemente ha riconosciuto livelli di eccellenza mondiale a molte strutture lombarde, anche di questo ci sarà un motivo. I ricercatori di Pisa sono liberi di fare il loro lavoro. Ma se il prodotto è discutibile nel metodo e segnato da «limiti» conclamati, il committente - cioè il ministero del Welfare - avrebbe dovuto quantomeno esigere una seria revisione prima che venisse pubblicato.

***Presidente Regione Lombardia**



Postgenomica / 1

Il farmaco lavora in rete



A cent'anni dalla chemioterapia un convegno esplora i modelli emergenti che ne segnano il superamento

di **Gilberto Corbellini**

L'incontro dedicato alla *network pharmacology* che si terrà venerdì 20 novembre all'Istituto Superiore di sanità, che lo ha organizzato insieme alla Fondazione Sigma Tau, sarà l'occasione per fare il punto, anche in Italia, sulle nuove idee che stanno rivoluzionando la logica della ricerca farmacologica. Terminato il Progetto Genoma Umano, e mentre le varie "omiche" (proteomica, trascrittomica,

metabolomica, epigenomica, "ambientomica" eccetera) continuano ad accumulare masse ingenti e ormai quasi ingovernabili di dati, si cercano modelli sistemici per dare un senso conosciuto a quelle che per ora sono quasi sole mere informazioni. E l'impatto di questi sviluppi per la farmacologia saranno rilevanti e ne discute in un anno che ha un significato storico non da poco per la farmacoterapia.

Un secolo fa, di questi giorni, nel laboratorio dell'immunologo e chimico Paul Ehrlich, a Francoforte sul Meno, c'era, infatti, grande eccitazione. Nemmeno un anno era trascorso dal Nobel per i suoi studi immunologici, ed Ehrlich aveva fatto fare alla medicina un altro balzo avanti epocale, trovando conferma alla sua geniale idea della chemioterapia, enunciata nel 1906. Ai primi di settembre del 1909 aveva osservato che le lesioni sifilitiche di un coniglio infettato sperimentalmente guarivano a seguito dell'inoculazione del composto 606.606 perché era il scintoscicissimo tentativo di sintetizzare un preparato efficace contro il treponema della sifilide: al secolo si trattava dell'arsfenamina a cui sarà dato il nome commerciale di Salvarsan. La chemioterapia o *therapia sterilisans magna* non era più un'idea visionaria. In linea

di principio si potevano costruire «pallottole magiche», cioè composti chimici artificiali in grado di uccidere i microbi patogeni senza danneggiare l'organismo ospite. In realtà, gli effetti collaterali del Salvarsan erano micidiali. Ma, col tempo, si poteva migliorare. Per preparare le «pallottole magiche» diceva Ehrlich, servono quattro "G": *Geld* (denaro), *Geduld* (pazienza), *Geschick* (abilità) e *Glück* (fortuna). Il denaro veniva dalle industrie tedesche di coloranti tessili, che a fine Ottocento, constatando l'efficacia terapeutica di alcuni prodotti di sintesi, si andavano appunto trasformando in industrie farmaceutiche (ad esempio la Bayer). La pazienza e l'abilità erano le doti della nuova figura



di medico-scienziato, che operava attraverso il metodo sperimentale per scoprire, modificare e mettere sistematicamente alla prova i numerosi prodotti di sintesi che uscivano dai laboratori chimici. La fortuna non era altro che la cosiddetta *serendipity*, cioè la scoperta fortuita che una determinata sostanza è dotata di un'attività farmacologica: il "metodo" che ha prodotto i più clamorosi successi della farmacoterapia. La storia della chemioterapia, e delle sue basi scientifiche, cioè della farmacologia è uno dei capitoli più gloriosi della scienza medica moderna. Con buona pace di quelli che han paura dei vaccini o si affidano superstiziosamente ai prodotti omeopatici.

L'invenzione/scoperta di «pallottole magiche», dotate di specificità (leggi selettività) esclusiva per i bersagli, ha costantemente ispirato la ricerca dei farmaci. Tuttavia, a parte gli anticorpi monoclonali, la sintesi *de novo* di molecole fatte su misura per il bersaglio, che soddisfino in modo ottimale i requisiti di efficienza, tolleranza, assorbimento, distribuzione, metabolismo ed escrezione si è rivelata un'illusione. Che molti farmacologi ancora rincorrono. E che in sé stessa non è certo pericolosa. Forse limita la ricerca di modelli più pertinenti della logica biologica all'interno della quale i principi attivi devono inserirsi per fare il loro lavoro.

Per dire. Il concetto ehrlichiano di specificità dell'interazione tra farmaco e bersaglio, concepito attraverso il modello meccanicista della chiave e della serratura era fuorviante. «Una buona chiave non apre più di una serratura alla volta», diceva Ehrlich. Ma sbagliava. I bersagli dei farmaci sono molecole biologiche e la selezione naturale non fa le cose in modo "preciso". Non meno semplicistica è stata la ridefinizione della specificità tridimensionale delle proteine-bersaglio in termini di sequenza di amminoacidi univocamente codificate a livello genetico. Entrambi gli approcci furono utili, in prima istanza, come modelli semplificati per scoprire che la realtà è più complicata. Peraltro, la flessibilità dei processi di costruzione delle molecole e la modularità delle reti di interazioni all'interno delle cellule e tra le cellule hanno rappresentato una strategia evolutiva di successo per

sviluppare tratti fenotipici più plastici in rapporto all'ambiente, e quindi più adattativi. E' con queste reti di segnalazioni, di cui la biologia sistemica sta cercando di catturare le regole operative, che la farmacologia deve cominciare a fare i conti.

Stando così le cose, le aspettative che oggi ispirano i *drug designer*, cioè di non aver più bisogno della serendipità grazie a più avanzate conoscenze e tecniche che consentiranno di progettare e sperimentare "in silico" farmaci dotati delle proprietà chimiche e biologiche desiderate, sono fuorvianti. Retaggi di un modo di pensare meccanicistico e riduttivo. Euristicamente inadeguato. La natura biologica e quindi la collocazione in un contesto di interazioni biochimiche, quantitative e qualitative, dei target terapeutici implicano che oltre a una solida scienza e a modelli teorici plausibili, continueranno a essere essenziali e di grande aiuto per i farmacologi l'intuizione e la *serendipity*.

Di fronte alla farmacologia, e quindi anche alle imprese che investono nella ricerca di principi attivi di interesse commerciale, e che pagano costi elevati per dimostrare la sicurezza e l'efficacia dei nuovi prodotti, si sta aprendo un continente da esplorare. Ricco di potenzialità. Le terapie mediche interessano attualmente circa 600 molecole bersaglio. Di questi il sottogruppo più consistente sono i recettori associati alle proteine G (oltre il 40% di tutte le molecole bersaglio), mentre gli enzimi rappresentano circa il 30% di tutti bersagli dei farmaci attualmente disponibili. Ora, considerando che nelle malattie multifattoriali e più comuni come diabete mellito o ipertensione sono implicate almeno una decina di prodotti genici, che sono oltre un centinaio le entità nosologiche multifattoriali epidemiologicamente importanti, e tenendo conto della ridondanza delle strutture molecolari, si può calcolare che l'universo dei potenziali bersagli è almeno dieci volte superiore a quello oggi preso di mira. Insomma, ci sono spazio e tempo per far nascere, persino in Italia qualche indirizzo innovativo e con utili ricadute sia per la salute sia per l'economia.

Nozze

Merck e Schering-Plough Prende il via la fusione

■ Merck e Schering-Plough si sono unite per creare un grande Gruppo a livello mondiale nel settore della salute, con un portafoglio diversificato di farmaci etici e da banco, vaccini e prodotti veterinari. La pipeline congiunta vanta oltre 15 molecole in fasi differenziate ma avanzate di sviluppo ed una presenza in più di 100 Paesi in tutto il mondo, inclusi i mercati emergenti.

«Il nostro Gruppo - informa in una nota inviata alla stampa José Luis Roman, appena designato a guidare le operazioni di business in Italia del nuovo Gruppo che nascerà dalla fusione di MSD e Schering-Plough - è già leader mondiale in numerose aree terapeutiche: la cardiologia, le malattie infettive, il diabete, il respiratorio, i vaccini, la salute delle donne, la protezione solare e il settore veterinario. Siamo focalizzati anche su altre aree terapeutiche nelle quali espandere la nostra offerta: la neurologia, l'oncologia e la dermatologia. E ci stiamo anche rafforzando nell'area dei farmaci biologici. Tutto questo per raggiungere il nostro obiettivo di migliorare la salute dei cittadini. Vogliamo continuare a qualificare la nostra presenza in Italia mettendo a disposizione dei medici e dei pazienti un numero sempre più ampio di farmaci innovativi, sicuri, efficaci e dal dimostrato valore economico, nel pieno rispetto dei più elevati valori etici, perché queste sono componenti fondamentali radicate nelle nostre rispettive tradizioni. Nonostante questa fusione a livello globale, le nostre attività rimarranno temporaneamente separate in molti Paesi - Italia compresa - e il tempo necessario al completamento dell'integrazione varierà da Paese a Paese. Mentre i nomi delle singole entità legali resteranno diversi nei vari Paesi, la nuova entità - a fusione completata - si chiamerà Merck negli Stati Uniti e in Canada e MSD in tutti gli altri Paesi».



Verona

Esordio per ViiV Healthcare azienda specializzata in «HIV»

Pierluigi Montebelli

■ Prende il via ufficialmente ViiV Healthcare, la nuova azienda specializzata nel settore HIV creata da GlaxoSmithKline (GSK) e Pfizer. Dominique Limet, Chief Executive Officer dell'azienda, ne delinea filosofia e priorità della neonata azienda che si propone di dare risposte ai diversi e specifici bisogni delle persone che convivono con l'infezione da HIV/AIDS in tutto il mondo. In Italia la nuova azienda avrà sede a Verona e sarà guidata da Maurizio Amato, cinquantatreenne torinese con numerose esperienze professionali all'attivo nel campo dell'infettivologia.

ViiV Healthcare dispone attualmente di un portfolio di dieci farmaci compresi Epzicom/Kivexa (abacavir solfato+lamivudina) e Selzentry/Celsentri (maraviroc). I ricavi legati a questi trattamenti, che nel 2008 hanno generato un fatturato di 1.6 miliardi di sterline, assicureranno a ViiV Healthcare la stabilità finanziaria e consentiranno di sostenere gli investimenti di programmi e pipeline. L'azienda ha anche una pipeline di sette farmaci innovativi a bersaglio mirato; di questi, cinque sono in fase II di sperimentazione. Nel complesso, ViiV Healthcare dispone di diciassette molecole nel proprio portfolio di ricer-

ca in grado di trasformarsi in potenziali nuovi trattamenti per l'infezione da virus HIV. ViiV Healthcare ha firmato un Research Alliance Agreement con GSK e Pfizer grazie al quale investirà in ricerca e sviluppo di farmaci anti-HIV condotti dalle due aziende. GSK e Pfizer hanno inoltre concordato di concedere a ViiV Healthcare il diritto di prelazione per in relazione a qualsiasi farmaco anti-HIV sviluppato da GSK o Pfizer. «L'obiettivo di ViiV Healthcare sarà indirizzare le terapie e le formulazioni farmacologiche per rispondere specificamente ai bisogni dei pazienti pediatrici, colmando quindi l'attuale gap - conferma Limet. Uno dei nostri primi compiti sarà di identificare dei partner che possano aiutare a sviluppare combinazioni farmacologiche a dosi fisse: metteremo quindi a disposizione dieci milioni di sterline per sostenere una partnership pubblico-privato volta ad ottenere le necessarie evidenze cliniche su nuovi farmaci per HIV/AIDS destinati all'età pediatrica». GSK detiene l'85% del capitale di ViiV Healthcare mentre la restante quota 15% è posseduta da Pfizer. GSK e Pfizer hanno annunciato la costituzione di una nuova azienda specialistica nel campo dell'HIV il 16 aprile 2009 (Informazioni sull'azienda: www.viivhealthcare.com).



Merck Serono, vicino a Roma i nuovi laboratori di ricerca

Investiti oltre 12 milioni di euro per ampliare gli stabilimenti di Guidonia Montecelio, con 250 dipendenti e una quarantina di molecole allo studio

Andrea Sermonti

■ Una cosa è certa: si tratta di un segnale in controtendenza, in un momento di recessione e di crisi. Mentre molte aziende vanno dal taglio delle maestranze alla chiusura degli stabilimenti, Merck Serono S.p.A. - affiliata italiana di Merck KgaA, gruppo globale farmaceutico e chimico con sede a Darmstadt, in Germania - presenta i suoi nuovi laboratori di ricerca e sviluppo di Guidonia Montecelio, a pochi chilometri da Roma. E sono numeri di tutto rispetto, quelli presentati alla stampa e alle autorità, di un progetto annunciato nel novembre 2007 e denominato Project One, realizzato grazie ad un investimento di oltre 12 milioni di euro. I nuovi laboratori coprono un'area di 4mila metri quadrati, e sono destinati ad attività di Sviluppo Formulativo e Metodi Analitici per prodotti Biotecnologici.

Con il completamento di queste nuove strutture il Centro di Guidonia, che fornisce supporto analitico, formulativo, di Quality Control e studi di stabilità su 23 molecole biotech (proteine ricombinanti) e su circa 15 molecole di origine sintetica, diventa uno dei principali centri di ricerca e sviluppo di Merck Serono e punto di riferimento strategico per l'industria farmaceutica italiana, con un organico di 250 dipendenti, composto per la maggior parte da ricercatori di alto livello.

«La realizzazione di questi nuovi laboratori - ha dichiarato il Dr. Tommaso Iodice, Direttore del Centro - ci permet-

VANTAGGI Punto di riferimento strategico per l'industria farmaceutica italiana

te di integrare il profilo Biotech di un centro R&D (Research and Development) con caratteristiche d'eccellenza. Es-

sere riusciti in tale impresa e in soli 16 mesi, ci rende particolarmente orgogliosi e permette di guardare al futuro con un rinnovato ottimismo e grande fiducia». «Già nel 2005 - ricorda Antonio Messina, amministratore delegato di Merck Serono S.p.A. - questo Centro R&D era stato potenziato con un investimento di oltre 30 milioni di Euro, che aveva portato alla realizzazione di laboratori di sintesi chimica e formulazioni, denominati DOM (Development of Organic Molecules). Il successivo investimento di 12 milioni di euro autorizzato dal Gruppo per il Project One è un segnale di fiducia nei nostri confronti ed un importante riconoscimento per gli ottimi risultati conseguiti negli anni da Merck Serono S.p.A.».

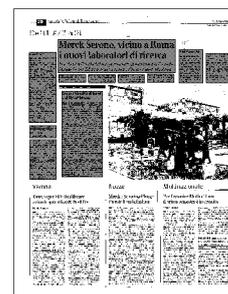
AVANGUARDIA

I nuovi laboratori alle porte di Roma coprono un'area di 4mila metri quadrati, e sono destinati ad attività di Sviluppo Formulativo e Metodi Analitici per prodotti Biotecnologici. Merck Serono S.p.A. è l'affiliata italiana di Merck KgaA, gruppo globale farmaceutico e chimico con sede a Darmstadt, in Germania.

Gruppo Identikit di Merck e di Merck Serono

Merck è un gruppo globale farmaceutico e chimico con vendite per 7,6 miliardi di euro nel 2008, una storia iniziata nel 1668 e un futuro formato da circa 33mila dipendenti in 60 Paesi. Il suo successo è caratterizzato dall'innovazione da parte di dipendenti imprenditori. Le attività operative di Merck sono svolte sotto il coordinamento della Merck KgaA, nella quale la famiglia Merck detiene una partecipazione del 70% ed altri azionisti il rimanente 30%. Nel 1917 la succursale negli Stati Uniti Merck & Co è stata espropriata ed è divenuta da allora in poi una società indipendente.

Merck Serono è la divisione per farmaci da prescrizione innovativi di Merck, gruppo globale farmaceutico e chimico. Merck Serono, con sede centrale a Ginevra scopre, sviluppa, produce e commercializza piccole molecole innovative e farmaci biologici per aiutare pazienti affetti da patologie che non hanno ancora una risposta adeguata. Negli Stati Uniti e in Canada, EMD Serono opera separatamente attraverso affiliate incorporate. Merck Serono offre prodotti all'avanguardia in oncologia, sclerosi multipla, infertilità, disfunzioni endocrine e del metabolismo. Con un investimento annuale in Ricerca & Sviluppo di circa un miliardo, Merck Serono è impegnata a far crescere il proprio business sia in aree terapeutiche specialistiche come patologie neurodegenerative, oncologia, fertilità ed endocrinologia, sia in nuove aree terapeutiche, a seguito dell'attività di ricerca sulle malattie autoimmuni e infiammatorie.



L'influenza aiuta Sanofi Aventis

È UN periodo decisamente positivo per le grandi case farmaceutiche, che beneficiano di un business tradizionalmente anticiclico e dell'ampio utilizzo di vaccini contro l'influenza A/H1N1.

Dopo che Sanofi-Aventis ha comunicato di aver chiuso il terzo trimestre con un *adjusted* (elementi straordinari esclusi), in crescita del 16,3%, a 2,23 miliardi di euro, Citigroup ha confermato il rating 'buy', portando il target sul prezzo da 54 a 63 euro. L'intero esercizio, secondo stime del management, dovrebbe chiudersi con un incremento dell'utile non inferiore all'11%.
(l.d.o.)



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un Private Banking d'eccellenza non si trova ovunque. In Italia è presente in oltre 20 città.

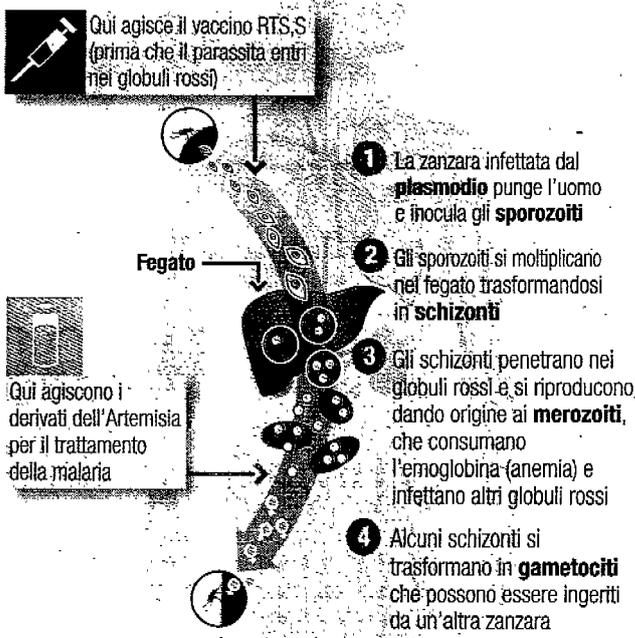
Credito Italiano

Malattie tropicali L'annuncio alla 5ª conferenza panafricana: ultima sperimentazione in 7 Paesi

Malaria, vaccino alla prova finale

Ha già dimostrato di poter più che dimezzare le nuove infezioni

Le possibili difese



EMANUELE LAMEDICA

DAL NOSTRO INVIATO

NAIROBI — Uno dei traguardi più ambiti dalla medicina, la messa a punto di un vaccino che possa prevenire la malaria, sembra ormai vicinissimo. Gli scienziati stanno sperimentando il farmaco - chiamato RTS,S - in sette Paesi africani: Burkina Faso, Ghana, Gabon, Kenya, Tanzania, Mozambico e Malawi. Per il momento la terza fase dei test, appena partita, coinvolge 5 mila bambini, ma il loro numero raggiungerà nelle prossime settimane quota 16 mila. Il nome commerciale del farmaco sarà *Mosquitrix*.

L'annuncio che la sfida tra studiosi e il plasmodio, l'agente patogeno della malaria, sta per concludersi, dopo decenni, a favore dei primi, è stato dato a inizio novembre a Nairobi durante la quinta conferenza panafricana sulla malattia che ogni anno colpisce al-

meno 250 milioni di persone e ne uccide un milione, soprattutto bambini sotto i cinque anni.

Il vaccino dovrebbe essere sottoposto alle autorità competenti per le procedure di registrazione nel 2012 e pronto alla distribuzione di massa nel 2015. La sperimentazione finora ha dato ottimi risultati, ma si devono mettere ancora a punto alcuni dettagli. L'RTS,S è prodotto dalla Glaxo-SmithKline, ma la sua realizzazione è stata possibile grazie ai finanziamenti della fondazione Bill e Melissa Gates attraverso l'organizzazione no profit PATH *Malaria Vaccine Initiative (MVI)*, il cui obiettivo è quello di stimolare la ricerca di un vaccino e di assicurarne la disponibilità alle popolazioni povere del Terzo Mondo.

Durante la conferenza di Nairobi il presidente esecutivo della Glaxo, Andrew Witty, ha assicurato che il prezzo del far-

maco sarà ragionevole. «Siamo impegnati a combattere la malattia — ha detto —. Questo è il nostro primo obiettivo, un obiettivo etico, prima che economico».

L'RTS,S è il primo vaccino pensato e sviluppato per essere utilizzato in Africa. La sperimentazione nei sette Paesi porterà gli scienziati a valutare esattamente le condizioni patologiche diverse in cui vivono le popolazioni locali: per esempio in alcune aree in cui sono effettuali i test l'anofele, la zanzara che trasmette la malattia, vive e punge tutto l'anno. In altre la sua presenza è solo stagionale.

I centri in cui vengono effettuate le ricerche sono stati scelti accuratamente. Sono stati controllati non solo i loro standard medici e clinici, ma anche quelli etici e di rispetto delle regole. Inoltre è stato costituito un gruppo indipendente che elabora i dati e i con-

trolli effettuati dallo staff locale. La sperimentazione è stata studiata dagli scienziati della GSKL, che però hanno chiesto il conforto delle autorità sanitarie nell'Unione Europea, degli Stati Uniti e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Al meeting di Nairobi era presente il dottor Joe Cohen, coinventore dell'RTS,S e vicepresidente della sezione vaccini alla GSK Biologicals: «È un momento assai importante nella lotta contro la malaria — ha sottolineato —. Siamo arrivati in dirittura finale dopo una ventina d'anni di ricerche, compresi dieci di prove cliniche in Africa. I risultati



della terza fase di sperimentazione saranno cruciali e dipenderanno dallo stretto coordinamento tra ricercatori, beneficiari, famiglie e comunità. Chiunque è stato coinvolto in questa sperimentazione ha impegnato tutto se stesso per realizzare quello che sarà il primo vaccino del mondo contro la malaria».

Il farmaco, comunque, in un primo tempo verrà somministrato ai bambini, la categoria più a rischio. Da solo però - allo stato dell'arte - non è sufficiente. Occorrerà mantenere gli accorgimenti attuali (soprattutto le zanzariere sui letti e sulle finestre) e le terapie moderne basate sull'artemisinina.

Uno dei componenti principali del vaccino è il QS-21 prodotto dalla Antigenics Inc., società all'avanguardia nello sviluppo di biotecnologie, che ha prodotto vaccini e altri farmaci per il trattamento dei tumori e di altre malattie infettive.

Il QS-21 è un adiuvante, dotato della proprietà di rilasciarsi nel corpo lentamente e quindi di avere un'azione che si prolunga nel tempo.

I dati raccolti nella seconda fase della sperimentazione, cominciata nel 2002 e che ha coinvolto 2 mila bambini, mostrano che il Mosquirix ha ridotto gli episodi di malaria

del 53 per cento. Inoltre è stata assicurata una buona tollerabilità e quasi nessuna controindicazione.

La terza fase della sperimentazione servirà per valutare l'efficacia del nuovo farmaco e sarà effettuata su due gruppi di bambini. Il primo di età compresa tra le 6 e le 12 settimane, il secondo tra i 5 e i 12 mesi.

«È la più importante ricerca mai condotta in Africa — ha detto durante il convegno di Nairobi il dottor Salim Abdulla, direttore dell'istituto Ifakara in Tanzania, coinvolto nel progetto —. Le famiglie dei ragazzini stanno partecipando volentieri e la loro totale collaborazione è essenziale per la riuscita del lavoro».

Le speranze per battere questo flagello, considerato dagli scienziati ben più dannoso dell'Aids, si stanno quindi concretizzando e quella che fino a pochi anni fa sembrava un'utopia sta diventando realtà.

Massimo A. Alberizzi
malberizzi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sostegni

La realizzazione del vaccino è finanziata dalla fondazione Gates attraverso l'organizzazione PATH Malaria Vaccine Initiative