

PROCESSO ai signori dell'Aifa



**Sistema
informatico in
tilt. Difficoltà
con le Asl.
Ritardi nel
garantire le
medicines.
L'Agenzia del
farmaco è
paralizzata.
Ecco perché**

**DI ANTONINO MICHENZI
E DANIELA MINERVA
FOTO DI ADAM VOORHES**

L'Agenzia è chiusa a riccio, come se non sentisse che infuria la tempesta fuori dal palazzo di via del Tritone a Roma dove ha sede. L'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), di fatto, pochi sanno cos'è. Ma è sulla vita di tutti che incidono i suoi sì o i suoi no, come anche le sue difficoltà e il suo essere, come dicono molti, ormai un gigante. Perché l'Agenzia, il cui direttore generale e presidente del consiglio di amministrazione sono nominati dal ministero della Salute, ha il compito di dare l'ok all'immissione in commercio dei nuovi farmaci, di definirne il prezzo, di sorvegliarne la sicurezza una volta che sono finiti in mano ai malati. Insomma maneggia la nostra salute e circa 26 miliardi di euro l'anno, perché a tanto ammonta la spesa farmaceutica nel nostro Paese, i tre quarti della quale è a carico del Ssn. Dovrebbe funzionare come un orologio, ma soprattutto essere una casa di vetro dove tutto ciò

che accade è ben visibile dai cittadini. E invece sembra oggi paralizzata, affaticata da elefantiasi burocratica e da scelte sulle quali infuriano polemiche, magari fatte a buon fine ma di certo risultate in ritardi e ulteriori aggravii burocratici. Così come sembra incapace di comunicare con i medici, le aziende e i malati. Insomma, con tutti gli stakeholder del sistema farmaceutico italiano. Siamo andati a vedere cosa succede a via del Tritone. La nuova sede, a due passi da Fontana di Trevi e nel cuore del potere romano, che costa quasi quattro milioni di euro l'anno di affitto e ha sostituito nel 2010 un'anonima palazzina situata nella periferia di Roma: costava la metà, era discreta e a due passi dalla metropolitana. Ma non rendeva plasticamente il potere dell'Agenzia che la fiscalità generale fa funzionare dotandola di 80 milioni di euro l'anno, e dove lavorano oggi circa 400 persone (erano 250 nel 2009).

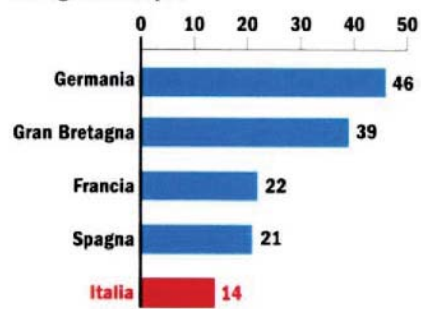
Eppure, non c'è nessuno disposto a parlare open verbis con "l'Espresso" nel fortino di

via del Tritone. E già questo sorprende. Diversi tecnici dell'Aifa da noi interpellati sparano a zero contro le inefficienze e la totale mancanza di trasparenza. Ma poi, vogliono restare anonimi. Tuttavia, rimangono i fatti. E il primo è la questione criminale dei tempi per la registrazione dei medicinali innovativi (vedi grafici qui sotto), dilatati dal rimbalzo dei dossier tra una commissione e l'altra: servono dai dodici ai quindici mesi per avere l'autorizzazione dall'Aifa dopo che le autorità europee hanno dato il via libera, e già non si capisce a cosa serva una simile duplicazione; poi c'è bisogno di un altro anno per entrare nei prontuari delle Regioni, e di questo l'Agenzia non ha responsabilità. Ma il dato è drammatico: circa 300 giorni di attesa per i pazienti italiani. Per le aziende è un danno spaventoso, per i malati è una tragedia. Ne dà notizia un rapporto di Farmindustria, l'associazione delle aziende farmaceutiche di qualche settimana fa, ma la situazione non è cambiata da quando "l'Espresso" ha denunciato questi ritardi nel novembre scorso dando voce a medici e associazioni di malati. E da quando il direttore generale dell'Aifa, professor Luca Pani, ci rispose che i confronti con gli altri paesi europei non reggono in quanto l'Aifa si occupa anche di definire i prezzi. Il che, però, non diminuisce il disagio dei malati.

Nel fare i confronti con l'Europa, Farmindustria annota oggi come le procedure negli altri paesi Ue siano meno farraginose, certamente anche a livello di regioni e ospedali oltre che a livello centrale, ma anche e soprattutto che altrove è chiaro cosa sia innovativo, quali siano le regole che sovrintendono ad approvazione e prezzo. Dal punto di vista dei malati, ciò che conta è che le medicine davvero

Fanalini di coda

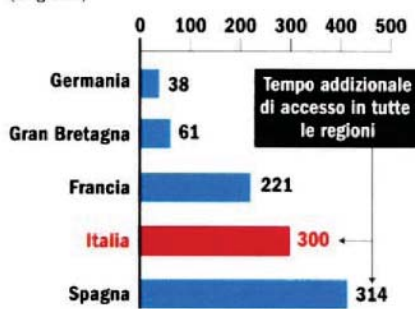
Numero di farmaci approvati nel 2009 dall'Agenzia Europea



Fonte: Farmindustria-Ims

Lungaggini

Tempo di accesso al mercato (in giorni)



Fonte: Farmindustria-Ims

nuove, che apportano un maggiore beneficio clinico di quelle in commercio, in settori importanti come l'oncologia, le malattie infettive, metaboliche e del cervello, siano messe a disposizione di chi soffre il più rapidamente possibile, mentre le altre possono aspettare. Ma come individuare i **farmaci** realmente salvavita per i quali non si può aspettare? Fino a qualche anno fa i tecnici dell'Agenzia usavano un algoritmo, che poi è sembrato inadeguato e per questo lo si è abbandonato per andare alla ricerca di un nuovo più potente strumento che le consenta di farlo tenendo conto delle caratteristiche del farmaco e dello scenario della malattia. Ma nonostante i reiterati annunci questa macchina magica è ancora ferma ai box. Nelle scorse settimane l'Agenzia ha dato il via a una consultazione pubblica sul sistema. L'Aifa, però, è un palazzo dai vetri oscurati, e l'accesso all'algoritmo è concesso soltanto a chi ne faccia esplicita richiesta alla direzione generale che si riserva il diritto di valutare e rifiutare le richieste. Un metodo che non piace. «I **farmaci** innovativi sono un settore di immensa importanza per la salute pubblica in cui si concentrano interessi enormi: non dovrebbe esserci alcuna opacità che alimenti sospetti», è la critica più ricorrente dei soliti anonimi, che si accompagna a forti dubbi sull'efficacia dello strumento: nessuna agenzia regolatoria europea adotta un simile approccio. E quei tecnici anonimi ci assicurano che la definizione è ancora di là da venire.

Mentre i ritardi si accumulano e aziende e associazioni di pazienti chiedono all'Aifa una sola cosa: semplificare, ridurre i tempi. «Che non significa sacrificare la sicurezza», precisa Gian Mario Baccalini, presidente di Aschimfarma, l'associazione che riunisce i produttori di principi attivi: «Lamentiamo l'aggravio burocratico rispetto alle altre agenzie regolatorie europee. Un sistema di autorizzazioni molto più complicato, che allunga i tempi, li rende incerti e ci mette in una posizione di debolezza nella competizione globale. Specie ora che molte Big Pharma, deluse delle performance dei produttori asiatici, stanno ritornando in Europa». Si tratta di contratti milionari che darebbero respiro a un settore che è stato messo alle strette dai paesi emergenti.

Nessuno dubita che l'Aifa voglia agire nell'interesse del bene collettivo. Ma mol-



Al cittadino non far sapere...

Porte in faccia a Silvio Garattini, perché accusato di avere rapporti troppo stretti con le aziende del farmaco. Se non fosse successo davvero, sembrerebbe una barzelletta. Ma è andata proprio così: il paladino della ricerca indipendente, austero come nessun altro nel denunciare gli eccessi dell'industria era stato, a giusta ragione, nominato membro del Consiglio di amministrazione di Aifa. Ma poi è stato costretto a uscire: il regolamento dell'Agenzia, infatti, impedisce di far parte del consiglio a chi appartiene a organizzazioni che ricevono sovvenzioni o sponsorizzazioni dalle aziende **farmaceutiche**, anche se da queste attività non riceve alcun profitto personale. Garattini è direttore dell'Istituto Mario Negri, un centro che, come decine di altri in Italia, fa ricerca anche in collaborazione con aziende. Quindi è fuori.

Tant'è. Le regole si rispettano. Ancor più quando riguardano un'istituzione super partes sulla quale non possono profilarsi ombre. Per questo in tutto il mondo è invalsa l'abitudine di rendere rigorosamente pubblico ogni potenziale conflitto di interessi dei membri delle agenzie regolatorie. Un'abitudine che non sembra aver fatto ancora breccia in Italia. Sul sito dell'Aifa non c'è traccia di dichiarazioni di questo tipo. Per trovare quella del direttore generale Luca Pani bisogna rivolgersi all'Agenzia europea dei medicinali, sul cui sito si trova la Public declaration of interests del direttore che afferma, il 3 agosto 2012, di non avere rapporti con le industrie né brevetti. Sul sito dell'agenzia europea, invece, non è più disponibile una precedente versione della dichiarazione di Pani (che "l'Espresso" aveva nei mesi scorsi scaricato) datata 1 novembre 2012, dalla quale risultavano precedenti rapporti di consulenza retribuita con diverse aziende (da Pfizer a Janssen-Cilag, Gsk, Eli-Lilly, tra le altre). Il direttore, poi, che nella sua vita ha fatto a lungo il ricercatore, risulta inventore di sette brevetti **farmaceutici** (<http://www.faq.s.org/patents/inventor/pani-6/>) tutti rilasciati prima del suo ingresso in Aifa. Questo gli fa onore e dimostra la sua qualità di scienziato. E nessuno ritiene incompatibili con l'attuale posizione in Aifa i suoi precedenti rapporti di consulenza, ovi per un farmacologo. Sarebbe però bello avere maggiore trasparenza sui curricula complessivi dei signori del farmaco.

ti chiedono trasparenza. E non solo.

C'è persino una richiesta di commissariamento dell'Agenzia avanzata il 3 aprile scorso con una lettera della Società Oftalmologica Italiana, presieduta da Matteo Piovella, indirizzata agli allora ministri della Salute, Renato Balduzzi, e dell'Economia, Vittorio Grilli, e per conoscenza a Mario Monti: «Riteniamo che Aifa non sia in grado di svolgere adeguatamente i suoi compiti isti-

tuzionali», si legge. A conclusione di una rissa tra la Società e l'Agenzia durata mesi a proposito di un farmaco, messo a punto e autorizzato per alcune forme di cancro, utilizzato anche per curare malattie gravi dell'occhio. La diatriba è complessa, ma di fatto è accaduto che lo scorso ottobre l'Aifa ha deciso che non deve essere utilizzato perché c'è il rischio «di gravi reazioni avverse» e, soprattutto, perché è disponibile un



LUCA PANI, DIRETTORE GENERALE DELL'AIFA.
A SINISTRA: STEFANO CASCINU, PRESIDENTE
DELL'Aiom

altro prodotto più mirato a queste patologie. La decisione è legittima e motivata, ma gli oculisti insorgono, sostanzialmente, perché l'Aifa ha deciso senza tenere in conto il loro parere. E si legge nella lettera: «Non è a conoscenza dei dati dell'Agenzia europea», sembra che agisca con «superficialità e mancata conoscenza del problema».

Che abbiano o meno ragione, gli oftalmologi non sono gli unici a lamentare di non essere presi in considerazione: i diabetologi fanno altrettanto e dello stesso tenore è la posizione della Consulta delle società scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare. Insoddisfatti sono anche gli oncologi dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) che in una lettera inviata agli associati si dicono inascoltati oltre che esclusi dal Comitato consultivo area oncologica dell'Aifa, il gruppo di specialisti che supporta le scelte dell'Agenzia nel campo dei **farmaci** antitumorali.

Gli oncologi sono in agitazione anche per un altro e ben più grave motivo. All'inizio dell'anno, infatti, l'Agenzia ha deciso un nuovo affidamento dei suoi servizi informativi. Cineca (un consorzio pubblico di università senza scopo di lucro controllato dal ministero dell'Università e della Ricerca che per anni ha funzionato come un orologio) è stato sostituito dalla multinazionale Accenture in un contratto da 10 milioni di euro per tre anni. Con gara d'appalto regolare. Ma il passaggio dal vecchio fornitore al nuovo è gestito in maniera tutt'altro che impeccabile. A fine 2012 scade il vecchio contratto. Il nuovo gestore non ha ancora approntato i nuovi sistemi. Ma si stacca comunque la spina a una Rete attraverso cui passano fiumi

di informazioni vitali: vanno in tilt le richieste di sperimentazioni ai comitati etici che si ritrovano dall'oggi al domani senza il sistema attraverso cui condividevano i pareri con gli altri comitati, con l'Aifa e con le aziende. «Abbiamo subito ritardi», racconta Ilaria Riela, della segreteria amministrativa del comitato etico dell'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano.

E vanno in tilt le prescrizioni di **farmaci** innovativi. Sono medicinali che costano un occhio della testa e funzionano soltanto in malati con caratteristiche molto precise. Per questo il loro impiego viene registrato e monitorato: solo così si può verificare che i **farmaci** siano somministrati unicamente ai pazienti giusti salvaguardando la loro salute e le casse pubbliche. I medici sono chiamati a compilare schede e inviarle all'Aifa: fino a qualche mese fa per via informatica, e già si lamentavano di come questo sottraesse tempo all'attività clinica. Oggi devono farlo a mano e spedire per fax. Con inevitabili ritardi e con una colpevole sottrazione di tempo ai malati a vantaggio delle scartoffie. L'Agenzia in un comunicato del 15 febbraio assicurava che tutto sarebbe andato a regime entro aprile. Ma, ci aggiorna il presidente dell'Aiom Stefano Cascinu, «siamo ancora in alto mare e non si vede conclusione certa del problema».

Non solo. Il buco nel sistema informativo «è anche un potenziale danno economico», fa notare l'oncologo: «Tra i **farmaci** sottoposti a monitoraggio ce ne sono alcuni per i quali vige un sistema che consente allo Stato di ottenere il rimborso del prezzo di quei medicinali quando non abbiano ottenuto gli effetti sperati». Da sei mesi è caos, il flusso delle richieste di rimborso da parte delle Regioni alle aziende è in panne. E questi soldi rischiano sul serio di andare persi. Un bel gruzzolo di cui nessuno conosce l'ammontare esatto. ■

Ah, il francobollo!

L'appuntamento è per il prossimo 3 giugno quando verrà emesso il francobollo che celebra i dieci anni di attività dell'Agenzia. Che, così, tiene fede agli obiettivi fissati nel Piano di attività 2013, dove l'iniziativa era inserita nel capitolo dedicato al potenziamento dell'informazione e della comunicazione indipendente. Peccato, però, che, mentre il francobollo ha il vento in poppa, di informazione indipendente non se ne vede l'ombra. Perché non c'è traccia delle iniziative editoriali che, fino a qualche anno fa, avevano lo scopo di fornire un punto di vista indipendente ai medici che sono continuamente, e legittimamente, informati dalle industrie **farmaceutiche**.

Il «Bollettino di informazione sui farmaci» era la pubblicazione che meglio rispondeva a quest'idea. «Cercavamo di comunicare l'incertezza della medicina senza alcun interesse di parte come solo un'istituzione pubblica può fare», ricorda Antonio Addis, in passato responsabile per l'informazione scientifica dell'Agenzia e oggi membro della sua Commissione tecnico scientifica: «Nella massima indipendenza e trasparenza abbiamo affrontato temi spinosi, cercando di dare ai clinici strumenti per una scelta consapevole che li mettesse nelle condizioni di somministrare ai pazienti la terapia giusta». Quella più efficace e meno dannosa, dunque, e non quella meglio propagandata dalle aziende. Il

«Bollettino» non costava un euro ai contribuenti: veniva finanziato attraverso un prelievo del 5 per cento sulle spese sostenute dalle aziende **farmaceutiche** per realizzare congressi.

Ma dal 2009 l'Aifa ne ha sospeso le pubblicazioni. Stessa sorte è toccata a altre iniziative editoriali e alle attività di formazione a distanza che avevano coinvolto oltre 160 mila utenti tra medici, farmacisti, infermieri e altri operatori sanitari.

In realtà, il tentativo di sostituire il Bif e le altre pubblicazioni con una rivista di analogo livello c'era stato. Non più di due anni fa l'Agenzia aveva pubblicato un bando europeo per l'affidamento del progetto grafico-editoriale di una nuova rivista: «Il Farmaco»: un bimestrale con una tiratura totale di 520 mila copie che sarebbe dovuta costare circa 1,5 milioni di euro. Ma poco dopo aver deciso la nomina del vincitore del bando, l'agenzia ha fatto marcia indietro e lo ha revocato. A.Mic.

Sono di molti tipi e poco numerosi, ma tutti insieme...

Tumori del sangue, rari ma non troppo

L'efficacia della bendamustina nei pazienti più "fragili"

■ Ogni anno in Italia si fanno circa 40 mila nuove diagnosi di tumori del sangue, come leucemie o linfomi. Si tratta di tumori 'rari' se presi singolarmente, ma sommati tutti insieme rappresentano il 10 per cento di tutte le neoplasie. Grazie alla ricerca e alle nuove terapie disponibili, rispetto a 15 anni fa l'aspettativa di vita dei pazienti si è quadruplicata e, per alcune patologie, si è raggiunta persino la guarigione. Nel caso del linfoma di Hodgkin, ad esempio, che costituisce il 30-40% di tutti i linfomi, con la convenzionale polichemioterapia oggi si riesce a guarire circa il 75-80% dei pazienti. Inoltre sono in arrivo un nuovo anticorpo monoclonale e un "vecchio/nuovo" chemioterapico, la bendamustina. I dati, anche se preliminari, di questi due farmaci hanno recentemente fatto riaccendere entusiasmo nell'approccio terapeutico dei pazienti ricaduti o refrattari alla terapia convenzionale. Nei linfomi non Hodgkin aggressivi, per esempio, si può arrivare a guarire circa il 40% dei pazienti, impiegando la chemioterapia associata all'immunoterapia con rituximab, che attacca solamente le cellule malate. I farmaci chemioterapici impiegati per contrastare queste gravi patologie sono di solito aggressivi e potenzialmente tossici per l'organismo, con pesanti effetti collaterali. "La crescita delle neoplasie del sangue e l'invecchiamento della popolazione italiana vanno di pari passo - spiega Fabrizio Pane, Divisione di Ematologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgica, Uni-



versità Federico II di Napoli - tuttavia, se prima c'era una sorta di sfiducia negli strumenti a disposizione dell'ematologo per curare i soggetti anziani, oggi è importante conoscere le nuove possibilità, per poter offrire ai pazienti in età geriatrica terapie sempre più personalizzate, in grado di coniugare l'efficacia a un buon profilo di sicurezza. Tra queste, bendamustina, un innovativo agente anti-neoplastico, può consentire una speranza di cura anche ai pazienti in condizioni di particolare fragilità". Nel caso del linfoma non-Hodgkin indolente e mantellare, ad esempio, i risultati di uno studio recentemente pubblicato sulla rivista The Lancet mostrano che la combinazione bendamustina e rituximab raddoppia la sopravvivenza libera da progressione di malattia rispetto all'attuale standard terapeutico CHOP e determina una più elevata percentuale di risposta completa. Allo stesso modo, la tossicità extraematologica (perdita di capelli, nausea/vomito, neuropatie periferiche) è nettamente inferiore. (A.S.)



Medicina e robotica

La lezione cinese dei chirurghi italiani

Un chirurgo urologo italiano maestro a Pechino. Al Congresso di urologia laparoscopica e robotica che si terrà dal 6 all'8 giugno. La malattia sul banco degli imputati è il cancro alla prostata. La medicina orientale vuole conoscere l'uso del robot «Da Vinci» per effettuare interventi mini invasivi (con degenza post-operatoria ridotta), con microstrumenti che solo l'amplificato campo visivo che offre il robot consente di manovrare. Per questo è stato chiamato Aldo Massimo Bocciardi. Il chirurgo seduto a una consolle simile a quella di una PlayStation, tra

joystick e pedali che consentono di entrare nel corpo umano senza entrarci. «Uno dei vantaggi — dice Bocciardi, direttore dell'Urologia del Niguarda di Milano — è il recupero immediato nel 95 per cento dei casi una volta tolta la derivazione vescicale soprapubica. Nel 98 il recupero è totale dopo un mese. Dopo un intervento normale, con catetere, è in media del 50% il recupero immediato una volta tolto il catetere, percentuale che sale a più del 90 nel recupero totale dopo una riabilitazione».

M.Pap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TRA TAGLI E PENSIONAMENTI, A BREVE, MANCHERANNO I MEDICI. E CHI DOVREBBE SOSTITUIRILI NON CI RIESCE

POCHI SPECIALIZZANDI, ALLARME IN CORSIA

di **Michele Bocci**

FIRENZE. Tra qualche anno in Italia mancheranno i medici: pediatri, internisti, chirurghi generali. C'è un collo di bottiglia che mette a rischio il futuro della nostra sanità. Da una parte, una valanga di professionisti stanno andando in pensione. Dall'altra, è schierato un esercito di neo diplomati, quasi centomila l'anno, che vorrebbero iscriversi a Medicina ma non possono, perché i test sono selettivi.

C'è un problema in fondo al percorso formativo dei camici bianchi, una strozzatura che rende impossibile il ricambio tra le vecchie e le nuove generazioni: i posti delle scuole di specializzazione sono troppo pochi. Quest'anno sono addirittura calati, passando da cinquemila a 4.500, scatenando le polemiche dei sindacati e delle associazioni di specializzandi. In pratica ci sono pochi soldi e le Università tagliano i posti. Una politica dettata dalla crisi ma assai poco lungimirante.

Secondo uno studio di Anaa, uno dei principali sindacati dei medici ospedalieri, nel decennio 2012-2021 an-

dranno in pensione circa 62 mila medici che lavorano nei reparti di strutture pubbliche e convenzionate. E, per i tagli di quest'anno, usciranno circa 13 mila persone in più di quelle che finiranno le scuole di specializzazione. Nel decennio successivo il numero delle uscite dovrebbe essere più o meno lo stesso. Così il sistema sanitario pubblico avrà difficoltà sempre maggiori a funzionare, a meno che non si decida di intervenire. Ad esempio, come hanno chiesto alcune facoltà, riducendo il periodo di specializzazione da cinque a quattro anni, così da liberare risorse per bandire più posti per la formazione.

Ma quali sono le specialità che rischiano maggiormente di restare sguarnite? Sempre secondo il sindacato degli ospedalieri, la prima è la pediatria. Nel 2021 potrebbero mancarne oltre tremila, secondo le stime basate su rapporto tra pensioni e scuole di specializzazione. Seguono gli internisti, con meno duemila e i chirurghi (circa mille in meno).

La radiologia, invece, potrebbe far registrare un aumento degli organici. ■

Ageing society. Già oggi in Italia gli over 65 sono il 30% della popolazione

Subito un welfare «integrato» per una società che invecchia

Il ministro Carrozza

**«Rafforzare la partecipazione italiana
ai progetti europei di invecchiamento attivo»**

IL DIBATTITO

Al tema sarà dedicata oggi a Roma una giornata di studi organizzata dall'Accademia dei Lincei insieme a Ocse e ministero dell'Istruzione

Claudio Tucci

ROMA

■ L'Italia è tra i paesi più vecchi al mondo. Già oggi gli over 65 sono il 30% della popolazione e nel 2030 ci saranno tre persone bisognose di cure ogni quattro adulti.

È urgente quindi un cambio di mentalità; e nuovi strumenti, multidisciplinari e integrati, per affrontare al meglio la sfida dell'invecchiamento, che interessa praticamente un po' tutti gli aspetti della società, non solo sanitari e della ricerca scientifica. Ma anche (e soprattutto) economici. Nel mondo ci sono 35 milioni di malati di Alzheimer, Demenza, Parkinson (di cui oltre un milione in Italia) che costano mediamente 50 mila euro l'anno ciascuno, per un totale di 1.750 miliardi, e si prevede raddoppieranno nei prossimi 20 anni.

«In alcuni paesi, come Stati Uniti, Inghilterra e Olanda i rispettivi governi stanno già lavorando per fronteggiare questa emergenza. Da noi bisogna iniziare, e serve farlo presto», sottolinea il presidente dell'Accademia dei Lincei, il neurobiologo, Lamberto Maffei, che oggi aprirà i lavori della giornata di studio dedicata all'«Ageing society», organizzata assieme a ministero dell'Istruzione e Ocse a Roma presso la sede dell'Accademia nazionale dei Lincei.

L'obiettivo è arrivare a un sistema di welfare sempre più integrato e innovativo, che aiuti le persone anziane a rimanere attive. Anche perché, secondo le analisi demografiche dell'Ocse, entro il 2050 la popolazione ultra 80enne sarà pari a circa il 15%

del totale. Non c'è dubbio che la questione dell'Ageing society «richiede particolare attenzione», evidenzia il ministro dell'Istruzione, Maria Chiara Carrozza: «Me ne sono occupata da ricercatore e so che è un tema da innovazione sociale ampio che ha implicazioni scientifiche, tecnologiche e sociali, con possibili ricadute industriali anche a breve termine». La giornata di oggi è un primo passo per «un ampio dibattito sul tema - aggiunge Carrozza - che coinvolga tutta la comunità accademica italiana. Questo sarà utile per rafforzare la partecipazione italiana a progetti europei nell'ambito di Horizon 2020 nell'ottica di fare sistema».

Non è un mistero, del resto, che l'Italia, assieme a Giappone e Corea del Sud, è tra i paesi più vecchi al mondo; e - superando i vari approcci settoriali - può quindi essere un osservatorio privilegiato per indagare i molteplici aspetti dell'invecchiamento della popolazione e per delineare le possibili soluzioni. Siamo di fronte «a una sfida globale - spiega Elettra Ronchi, senior policy analyst dell'Ocse, esperta di ageing, tecnologie, sanità e welfare - e l'approccio per affrontare questa "rivoluzione grigia" deve necessariamente essere sistemico; e rivolto all'innovazione».

Dal punto di vista sanitario, l'Alzheimer è senza dubbio una priorità da affrontare (ormai riconosciuta a livello mondiale); ma il cambiamento demografico in atto (con l'aumento dell'aspettativa di vita - per i cittadini europei al 2060 dovrebbe salire di circa 8 anni in più per gli uomini e circa 7 anni per le donne) ha ripercussioni anche economiche, sul fronte della competitività (specie nel confronto con i paesi emergenti). «In Italia c'è un ingresso ritardato dei giovani nel mondo del

lavoro e non si sfrutta il potenziale delle persone più anziane», sottolinea Luigi Paganetto, presidente della Fondazione Economia dell'università di Tor Vergata di Roma: «Bisogna quindi intervenire per favorire maggiore trasmissione di conoscenza tra lavoratori giovani e meno giovani. Mentre dal punto di vista sanitario, per affrontare preparati l'incremento di popolazione anziana, serve migliorare la fase della prevenzione e dell'assistenza di lungo periodo, valorizzando per esempio la telemedicina».

L'ospedale dovrà essere sempre più riservato alle sole patologie acute; mentre fattori di innovazione trasversale possono essere soprattutto le tecnologie "smart", la domotica per una longevità attiva, la riduzione dei consumi e lo sviluppo delle energie rinnovabili; il tutto a favore di utenti longevi. Anche la robotica potrà fare la propria parte (per personalizzare prodotti e servizi); come anche la promozione di forme di volontariato intergenerazionale e l'apprendimento attraverso collaborazioni e accordi con scuole e organizzazioni no profit. L'ottica a cui guardare è quella per cui gli anziani «sono una risorsa, e non un peso», evidenzia Mario Ali, direttore generale per l'internazionalizzazione della ricerca del Miur: «E soprattutto possono portare stimoli importanti per i giovani».

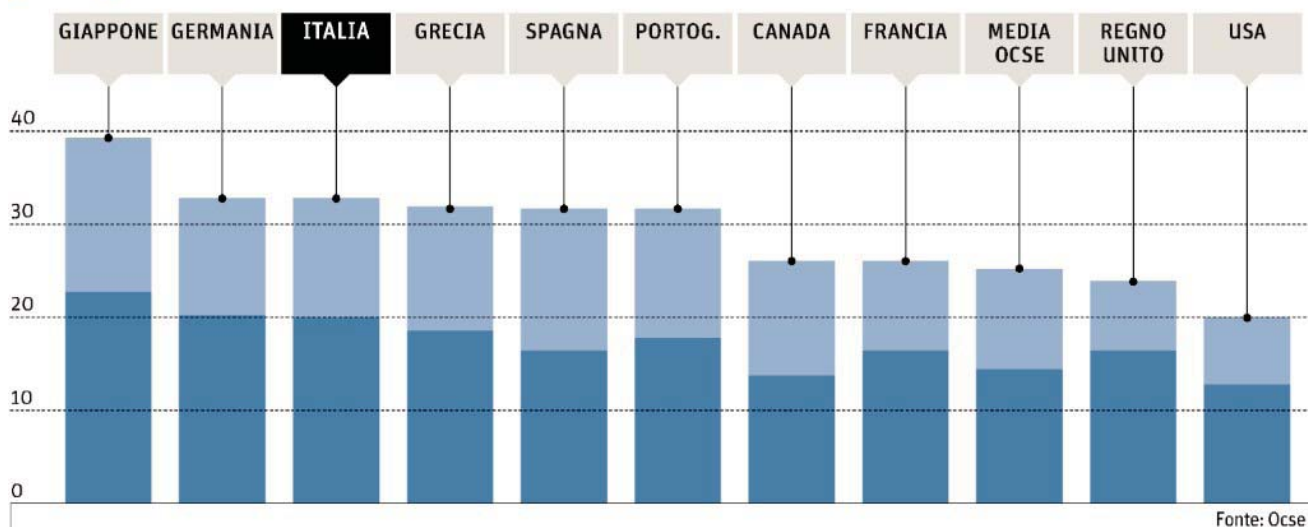
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il confronto sugli ultra65enni

Popolazione oltre i 65 anni. Dati in %

■ 2010 ■ 2050



Ricerca. Introdurre incentivi massicci insieme a vincoli precisi per il reclutamento dei ricercatori

Ridare agli atenei l'autonomia per assumere giovani

IMPEGNO PER IL LAVORO

Gli atenei vogliono fare la propria parte, sia all'interno con i giovani ricercatori sia favorendo lo sviluppo nelle imprese
di **Marco Mancini**

Il Governo Letta, fin dal discorso d'insediamento del neo-premier, ha posto in cima all'agenda la questione occupazionale. Cosa assolutamente sacrosanta. Il Presidente Squinzi al convegno dell'Osservatorio permanente giovani-editori ha appena detto che è indispensabile «pensare a meccanismi di incentivazione dell'entrata dei giovani». I dati confermano l'emergenza. L'Istat nel mese di gennaio di quest'anno registrava un tasso di disoccupazione dei 15-24enni, ovvero un'incidenza dei disoccupati sul totale degli occupati, pari al 38,7%. Un aumento dell'1,6% rispetto al mese precedente e di ben il 6,4% nel confronto tendenziale.

«Dobbiamo liberare le energie migliori del Paese» annunciava Enrico Letta alla Camera poco meno di un mese fa. Che ricerca e sviluppo abbiano un ruolo cruciale per il rilancio dell'Italia è fuor di dubbio. È da qui, allora, che occorre ripartire per coniugare occupazione e sviluppo in maniera virtuosa. L'imminente sfida del nuovo Programma europeo "Horizon 2020", che avrà, fra l'altro, un occhio di riguardo per le piccole e medie imprese nella linea della "Industrial Leadership", è un'occasione preziosa che esigerebbe un immediato rafforzamento del capitale umano all'interno delle nostre reti della ricerca. Ma i numeri dicono oggi esattamente il contrario.

Le Università italiane stanno progressivamente invecchiando. Facile capire con quali conseguenze sui livelli di creatività e di incisività della nostra ricerca. Si tratta di dati ampiamente noti ma che colpiscono ogni qualvolta li si legge: oltre il 22% dei docenti ha più di 60 anni, contro il 5,2% in Gran Bretagna, il 6,9% in Spagna, l'8,2% in Francia, il 10,2% in Germania; solo il 4,7% dei docenti ha meno di 34 anni,

contro il 31,6% in Germania, il 27% in Gran Bretagna, il 22% in Francia e il 19% in Spagna. Il dato, se incrociato con quello del turn-over negli Atenei, evidenzia il blocco drammatico del reclutamento dei giovani ricercatori. Complessivamente fra il 2009 e il 2012 le Università italiane (in Europa quelle con la percentuale più bassa nel rapporto tra ricercatori e popolazione occupata, siamo solo al 18° posto su 20) hanno perso il 24% dei professori ordinari e il 9% dei professori associati, mentre i ricercatori sono rimasti stabili. Deduzione: non c'è stato alcun ricambio generazionale.

Se si vuole invertire questa tendenza, che ha conseguenze fatali sia sul brain gain che sul brain drain, la soluzione - incredibilmente - non è così difficile. È imminente un provvedimento sul lavoro. Si potrebbe in tale sede restituire alle Università la necessaria autonomia nel disporre delle proprie risorse per reclutare i giovani. Oggi questo non è possibile. Le Università dispongono solo del 20% del proprio turn-over. Vanno via cinque docenti in pensione e se ne può assumere solamente uno. Senza parlare della recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 83/2013) che, restituendo la facoltà di chiedere il prolungamento da 70 a 72 anni, visto che il prolungamento costa quanto un nuovo docente, complicherà ancor di più il quadro.

Restituire il turn-over, introdurre incentivi massicci e, insieme, vincoli precisi per l'assunzione dei ricercatori. Il Ministro Carrozza si è già dimostrata sensibile a riguardo. Bisogna passare dalle dichiarazioni ai fatti. Più in generale, se alle Università si restituisce l'autonomia sotto l'occhio vigile dell'Agenzia per la Valutazione; se le gabelle centraliste, introdotte più o meno di nascosto nella finanziaria di turno, vengono finalmente cassate come quella vergognosa sugli arretrati (l'art 1, cc.141 e 142 della Legge di stabilità 2013) che impone un salasso sui capitoli già impegnati (si badi!) per laboratori, aule degli studenti, biblioteche; se si chiarisce una volta per tutte che la didattica e la ricerca svolgono per questo Paese funzioni analo-

ghe all'insegnamento scolastico e che dunque l'Imu non può applicarsi agli edifici universitari (come avveniva con l'Ici); in definitiva, se le risorse saranno sbloccate e rese pienamente disponibili per le autonomie universitarie e se l'ennesimo "taglio" del 2013 di 300 milioni di euro rientrerà, allora ci sarà davvero speranza per l'occupazione dei nostri giovani ricercatori.

Gli Atenei vogliono fare la propria parte nella battaglia per l'occupazione. Sia all'interno con i giovani ricercatori sia all'esterno favorendo quello sviluppo che solo è in grado di creare nuova occupazione nelle imprese. Ma bisogna far presto: le abilitazioni si stanno concludendo, i concorsi per ricercatore non decollano, gli Atenei stanno morendo per asfissia. Uno scenario catastrofico che assomiglia sempre più alla morte della ricerca e dell'istruzione superiore. Uno scenario sempre più lontano dall'Europa.

Presidente della Conferenza dei Rettori delle Università Italiane

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

22%

Docenti over 60

Oltre il 22% dei docenti in Italia ha più di 60 anni, contro il 5,2% in Gran Bretagna, il 6,9% in Spagna, l'8,2% in Francia, il 10,2% in Germania; solo il 4,7% dei docenti ha meno di 34 anni, contro il 31,6% in Germania, il 27% in Gran Bretagna, il 22% in Francia e il 19% in Spagna.

18° posto

Rapporto ricercatori-abitanti

Le università italiane in Europa sono quelle con la percentuale più bassa nel rapporto tra ricercatori e popolazione occupata: siamo solo al 18° posto su 20. Gli atenei dal 2009 al 2012 hanno perso il 24% dei professori ordinari e il 9% dei professori associati. Stabili i ricercatori



Nuova Sars, la battaglia degli scienziati “Così si rallenta la scoperta del vaccino”

L'Oms contro l'olandese Fouchier: “Il suo brevetto impedisce la ricerca”

**Ilaria Capua regalò
al mondo i suoi
studi sull'avaria:
“Qui è in gioco
la salute pubblica”**

**MICHELE BOCCI
ELENA DUSI**

ROMA — È un nuovo virus, simile alla Sars, e ha provocato 49 contagi e 30 vittime fra Medio Oriente ed Europa. Ma potrebbe rivelarsi un microrganismo dalle uova d'oro. Il suo tasso di mortalità e il rischio di allargamento dell'epidemia sono subito apparsi abbastanza “promettenti” da far avviare una richiesta di brevetto per assicurarsi i proventi di eventuali test e vaccini. Al nuovo virus Mers può essere imputata ora anche una crisi diplomatica, che è deflagrata all'assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità appena terminata a Ginevra. «Nessuna regola sui brevetti deve impedire a voi, le nazioni del mondo, di proteggere i vostri cittadini» ha tuonato fra gli applausi Margaret Chan, direttrice dell'Oms davanti ai rappresentanti dei paesi membri. «Se non abbiamo ancora un test diagnostico è perché il virus è stato brevettato da alcuni scienziati, che non permettono agli altri di usarli per fare ricerca» aveva appena denunciato Ziad Memish, viceministro della Salute dell'Arabia Saudita, il paese in cui l'epidemia del nuovo virus Mers è emersa un anno fa.

Il dito è puntato contro Ron

Fouchier, virologo olandese del Centro Medico Erasmus. Dal laboratorio di Rotterdam è partita infatti la richiesta di brevetto non del virus in sé (che secondo le leggi internazionali “appartiene” all'Arabia Saudita, come parte dei proventi di eventuali test e vaccini), ma dei metodi messi a punto per isolare e caratterizzare il microrganismo. Fouchier alla fine del 2012 era stato inserito da *Time* nella lista dei 100 uomini più potenti del mondo per i suoi esperimenti su un supervirus ingegnerizzato in laboratorio, dotato di contagiosità e letalità mai visti prima. Ma oggi, messo da parte il supervirus, il virologo si sta concentrando sulla nuova “promessa” battezzata Mers: Middle East Respiratory Syndrome.

Quando il primo paziente morì nell'ospedale di Gedda, il 24 giugno 2012, il laboratorio di analisi era affidato a Ali Mohammed Zaki, un medico egiziano. Non capendo la natura del nuovo virus, Zaki scrisse a Fouchier, che chiese subito al collega di spedirgli un campione. Solo a settembre il medico egiziano si è preoccupato di segnalare il virus anche al registro pubblico delle nuove epidemie ProMed. Dopo aver completato il sequenziamento del genoma (a novembre), il virologo olandese ha pubblicato i dati sul *New England Journal of Medicine* (con Zaki) e ha chiesto il brevetto (senza Zaki). Da allora, chi chiede a Fouchier un campione del virus deve impegnarsi a non spedire il materiale ad altri e a non usarlo per fini economici.

Anche se l'Erasmus non è l'unico laboratorio a disporre del Mers — non si può dunque dire che la ricerca sia ferma — Fouchier ha fatto infuriare l'Oms e molti colleghi. Ilaria Capua in piena epidemia di influenza aviaria, nel 2006, decise di fare esattamente l'opposto, rendendo pubblica la sequenza genetica del virus. «Di fronte a problemi di salute pubblica — dice la virologa dell'Istituto zooprofilattico delle Venezie e parlamentare di Scelta Civica — le conoscenze devono essere a disposizione di tutti, altro che brevetti. Tanto più se si lavora per lo Stato, come me o Fouchier. Credo che lui punti a ottenere fondi in un mondo, come quello della ricerca, sempre più povero. Vuole vendere il virus registrato a un produttore di vaccini, ma gli agenti patogeni sono prodotti naturali che gli scienziati hanno solo isolato, non creato. Brevettandoli impediscono ad altri, magari più bravi di loro, di studiarli per dare un beneficio a tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SU RSERA

On line, speciale su Ron Fouchier, padre del supervirus. E un'intervista alla virologa Ilaria Capua



Il nuovo virus Mers

Il nome: Middle east respiratory syndrome

Simile alla Sars

(che causava soprattutto sintomi respiratori e ha provocato 800 morti nel 2003)

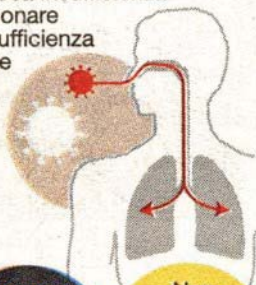
Fa parte della famiglia dei **coronavirus** (la stessa di alcune forme di raffreddore)



È capace di trasmettersi da uomo a uomo



Provoca insufficienza polmonare e insufficienza renale



Siponizza che il virus sia stato trasmesso dai pipistrelli

Non esistono ancora terapie specifiche

49 Contagiati

30 Vittime

79% Uomini

Età
tra 24 e 94 anni

**La diffusione**

Arabia Saudita, Qatar, Giordania, Tunisia, Emirati, Gran Bretagna, Francia

Giugno 2012

la prima vittima in Arabia Saudita

Settembre 2012

il virus viene isolato e caratterizzato per la prima volta

15 maggio 2013

un malato in Arabia Saudita contagia due infermieri

23 maggio 2013

l'Oms dà al nuovo virus il nome di Mers

Il caso**Asino o genio lo dice il Dna**

ANCHE i voti scolastici sono scritti nel Dna, secondo uno studio condotto in Usa, Europa e Australia e pubblicato oggi su *Science*. Analizzando il genoma di 125mila persone, e incrociandolo con i dati sul loro successo scolastico, i ricercatori hanno individuato almeno tre zone del Dna che potrebbero influenzare in positivo le capacità scolastiche di un ragazzo. Ora bisognerà affinare le ricerche su queste zone del genoma per identificare gli sfuggenti "geni del successo scolastico". Che non sminuiscono comunque l'importanza della costanza e dell'impegno.

GUIDA AL MODELLO UNICO 2013

Spese mediche, le regole per la detraibilità

Le spese « medico-sanitarie » danno diritto a usufruire di una detrazione d'imposta del 19% sull'importo che supera la franchigia di euro 129,11 (se il totale delle spese sostenute nell'anno non supera l'importo della franchigia non si ha diritto ad alcuna detrazione). Per poter detrarre le spese mediche queste devono essere rimaste effettivamente a carico del contribuente e non vanno pertanto indicate tra gli oneri detraibili le spese sostenute nel 2012 che sono state rimborsate al contribuente da terzi (assicurazione) ovvero rimborsate a seguito di contributi per assistenza sanitaria versati dal sostituto che non hanno concorso a formare il reddito imponibile del lavoratore per un importo non superiore a euro 3.615,20 (punto 131 del Cud 2013).

Anche le spese sostenute all'estero possono essere detratte nel rispetto delle seguenti condizioni:

- conservare la documentazione originale;
- allegare eventuale traduzione in italiano (se il documento è in lingua inglese, francese, tedesco e spagnolo la traduzione può essere eseguita a cura del contribuente; se il documento è invece redatto in altra lingua necessita una traduzione giurata). Si ricorda che per i contribuenti residenti in Valle d'Aosta e nella provincia di Bolzano non è necessaria alcuna traduzione se la documentazione è scritta in francese o in tedesco e che, per i contribuenti del Friuli-Venezia Giulia la documentazione redatta in sloveno può essere corredata da una traduzione italiana non giurata.

Ai fini della detrazione delle spese per protesi sanitarie è necessaria sia la prescrizione medica che la fattura emessa dal personale abilitato (tuttavia la prescrizione medica non è necessaria se si tratta di attività svolte in base alla specifica disciplina dagli « esercenti arti ausiliarie della professione sanitaria » come per esempio gli optometristi per gli occhiali da vista o le lenti a contatto; per i dispositivi medici necessita la fattura/scontrino

di acquisto con la descrizione del dispositivo medico e la prova che la spesa riguarda dispositivi con la « marcatura Ce ».

A tale proposito è utile segnalare che per le protesi sanitarie non serve la marcatura Ce (per esempio la marcatura Ce è indispensabile per la detraibilità degli occhiali da lettura preconfezionati e non serve per l'acquisto dei veri e propri occhiali da vista costruiti ad hoc per il paziente). Secondo la circolare ministeriale n. 19/2012 il soggetto che vende il dispositivo medico può assumere su di sé l'onere di individuare i prodotti che danno diritto alla detrazione integrando le indicazioni da riportare sullo scontrino fiscale o sulla fattura con la dicitura « prodotto con marcatura Ce » e indicando il numero della direttiva comunitaria di riferimento (il contribuente in possesso del documento redatto come sopraindicato non deve conservare anche la documentazione comprovante la conformità alle direttive europee del dispositivo acquistato). Le spese sostenute per le prestazioni fornite dagli esercenti professioni sanitarie riabilitative rientrano tra le spese sanitarie detraibili (podologo, fisioterapista) e, nel caso di specie, la detraibilità può essere riconosciuta anche senza una specifica prescrizione medica; per le prestazioni « paramediche » che non risultano ancora ufficialmente riconosciute dall'ordinamento sanitario, la circolare ministeriale n. 17/2006 ha ritenuto che la detrazione spetti solamente se è presente una prescrizione medica (chiropratici, naturopati ecc.); le prestazioni di ippoterapia e musicoterapia possono invece essere detratte se vi è un medico che ne attesti la necessità e siano state eseguite in centri specializzati. Rientrano infine nella categoria delle spese mediche quelle relative all'assistenza generica alla persona « non autosufficiente » risultante da certificazione medica sostenute per le colf/badanti nel limite di euro 2.100 (da ripartire tra i soggetti che hanno sostenuto la spesa) per il singolo contribuente se il reddito complessivo non supera

euro 40.000 (la detrazione è valida anche per i familiari non a carico del contribuente). Non sono invece detraibili le spese per l'iscrizione a una palestra anche se accompagnata da un certificato medico che le prescrive (circolare ministeriale n. 19/2012) in quanto non riconosciute come trattamento sanitario.

I REQUISITI DELLA FATTURA E DELLO SCONTRINO FISCALE AI FINI DELLA DETRAZIONE FISCALE

Occorre precisare che, rispetto al passato, la prescrizione medica non è più necessaria e pertanto il contribuente non deve conservare la prescrizione in oggetto. Per i medicinali occorre essere in possesso di fattura o di scontrino fiscale « parlante » che indichi rispettivamente:

- a) natura (dicitura farmaco o medicinale): sono ammissibili anche delle diciture alternative ovvero sigla Sop che distingue appunto i medicinali non soggetti a prescrizione medica; sigla Otc, che individua i medicinali da banco; sigla Med che significa medicinale; sigla F.co che abbrevia il significato di farmaco; sigla Omeopatico o Omeo che distingue la categoria dei farmaci omeopatici (comunque detraibili); sigla prodotto galenico per i farmaci preparati direttamente dalla farmacia (non sono detraibili i parafarmaci);
- b) qualità (denominazione del farmaco);
- c) quantità dei beni acquistati; dal 2010 lo scontrino non deve più indicare la denominazione letterale commerciale del farmaco ma il numero di autorizzazione all'immissione in commercio (Aic); tale nomenclatura vige anche per i prodotti omeopatici secondo una apposita nomenclatura stabilita a livello nazionale;
- d) codice fiscale del destinatario del medicinale: lo scontrino deve riportare il codice fiscale del paziente che è acquisibile tramite utilizzo della tessera sanitaria ovvero può essere riportato manualmente dalla farmacia secondo quanto dichiarato dall'acquirente.

Celeste Vivenzi