

Rassegna del 10/05/2010

GIORNO - CARLINO - NAZIONE - La pillola ha 50 anni. In Italia la usa solo una donna su 1
sedici - Pivato Marco

L'ANNIVERSARIO I DATI DELLA SOCIETÀ DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA. E IL 58% DELLE GIOVANI DICE DI NON UTILIZZARE NESSUN METODO

La pillola ha 50 anni. In Italia la usa solo una donna su sedici

di MARCO PIVATO

— ROMA —

LA PILLOLA anticoncezionale compie 50 anni. Il 9 maggio del 1960, dopo migliaia di anni di rimedi fai da te, dalle improbabili lavande al coito interrotto ai conti basati sulle fasi lunari, la Fda approva la commercializzazione dell'Enovid, primo rimedio farmacologico contro le gravidanze, progettato da tre ricercatori statunitensi. L'Italia dovrà aspettare un po' di più. La pillola arriva nelle nostre farmacie solo all'inizio degli anni Settanta, piombando nel periodo storico di massima tensione, quando proprio i postumi della rivoluzione sessuale stanno diventando i prodromi delle nuove controversie sulle libertà individuali. Nel '71 la Corte Costituzionale abroga l'articolo del codice penale che recita «Chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione e fa propaganda a favore di esse è punito con la reclusione» e così, dal 1975, vengono aperti su tutto il territorio i consultori che dispensano gratuitamente informazioni e prescrizioni.

IN TEMPI in cui la cronaca è affollata dai dibattiti sulla Ru489, può essere utile conoscere che uso fanno gli italiani della contraccezione, concetto completamente diverso ma sovrapponibile, per suggestioni etiche, proprio all'aborto. I dati della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo) riportano che le donne italiane non sono fedeli ai metodi contraccettivi ormonali e passano frequentemente dalla pillola al profilattico al coito interrotto. Il 10% delle donne intervistate dalla Sigo ricorre alla pillola del giorno dopo, mentre 8 donne su 100 dicono di non aver mai fatto uso di un metodo anticoncezionale nella loro vita. Il 37% delle ragazze fa sesso la prima volta — la media nel 2009 è a 16 anni — senza alcuna precauzione, né anticoncezionale né di tipo protettivo nei confronti di malattie veneree. Il 34% crede che la pillola possa essere alleata di forma fisica e benessere mentre il 63% la considera nociva.

IDATI dell'indagine internazionale condotta da Tns Healthcare nel luglio 2009 per la Giornata mondiale della contraccezione dicono che il 22% dei ragazzi italiani dichiara di non utilizzare metodi contraccettivi perché il partner «preferisce non farlo». D'altro canto il 58% delle ragazze afferma di non utilizzare metodi contraccettivi perché «non li ha a portata di mano». Meno di un ragazzo su 4 si sente completamente a proprio agio quando parla di contraccezione con il proprio partner, e meno di una ragazza su 5 ne parla volentieri. In Italia soltanto il 16,2% delle donne fa uso della pillola, in testa la Sardegna con il 31,1% in coda la Basilicata con appena il 7,6.



Conti Tagli alle spese e costi della riforma

Effetto dell'eurocrisi Federalismo a rate

Arriva la cura Tremonti per la Sanità

Strategia Il ministro metterà un freno alla spesa. Spunta la Consip locale

Calderoli «Noi parliamo con tutti ma non si ritornerà al passato»

di FABRIZIO DELL'OREFICE

Due binari paralleli. Da un lato la manovra economica che il governo deve varare entro l'anno (un pezzo dovrà essere fatto prima dell'estate). Dall'altro il federalismo fiscale, visto che entro giugno l'esecutivo deve scoprire le carte e rendere noti i costi. I due binari procedono parallelamente e s'intrecciano. Perché è evidente che la crisi dell'eurozona rende necessario un forte taglio delle spese e stavolta non si resterà in superficie.

Il ministro dell'Economia s'appresta ad affondare il bisturi. Forse intervenendo su Comuni e Sanità, le due principali partite del federalismo fiscale.

Come funzionerà il nuovo assetto? La legge delega approvata in Parlamento e i testi dei decreti attuativi finora abbozzati sono chiari: ognuno farà per sé, i soldi raccolti resteranno sul territorio. E chi non ce la fa? Avrà il soccorso di un fondo perequativo che dovrebbe essere finanziato dalle Regioni. Nella fase iniziale però sarà lo Stato a coprire versando i primi soldi. E da dove li prende?

Qui si apre il capitolo più delicato anche perché gli studi preparatori dei decreti attuativi sul federalismo fiscale realizzati da Antonini e Cipollina sembrano non essere molto chiari. Si sta facendo largo anche una nuova scuola di pensiero che prevede un federalismo in due tempi visto che non è detto che i decreti attuativi debbano

essere approvati tutti assieme. Più probabile che la crisi finanziaria internazionale, così pesante, consigli di tenere da parte i capitoli che comportano maggiore spesa e invece di varare

subito la devoluzione dei poteri come nel caso di Roma Capitale.

Poi ci sono i costi. Una soluzione potrebbe essere quella di porre fine alla spesa frazionata delle Regioni centralizzando tutto. È possibile che si proceda alla creazione di una sorta di Consip, la società dello Stato che si preoccupa di fare gli acquisti per tutti, solo a carattere locale. Il nuovo strumento potrebbe incidere soprattutto sul fronte della spesa sanitaria

e sul ministero della Salute. Le centrali di costo su cui si dovrebbe incidere non sarebbero tanto l'acquisto dei medicinali (che rappresenta appena il 5% della spesa di settore) bensì le voci più pesanti come quella dei macchinari. Poi c'è il costo del personale.

Tuttavia si tratta di ipotesi che dovranno essere concordate con le Regioni. E non sarà una partita facile. Il governo intanto può sfruttare il clima positivo, quasi di solidarietà nazionale, che si è instaurato in Parlamento. Persino l'Udc, che pure aveva votato espressamente contro la legge sul federalismo fiscale, ha cambiato toni. Ieri Pier Ferdinando Casini è arrivato ad ammettere: «Con la Lega abbiamo fatto polemiche durissime, ma la campagna elettorale è finita. Abbiamo votato il federalismo, oggi chiediamo che i decreti attuativi siano fatti bene e non male», serve un «fondo di garanzia perequativo». E a Lucia Annunziata che durante *In mezz'ora* gli chiedeva se quella potesse essere considerata un'apertura, ha risposto: «Sto co-



struendo una posizione costruttiva aperta, perché la Grecia è dietro l'angolo». Un canale specifico con Calderoli? «Noi parliamo con tutti in Parlamento, non abbiamo bisogno di andare in un salottino. Calderoli è il ministro, non c'è in programma un incontro ma parleremo anche con lui». Calderoli ha messo le mani avanti: «Se vogliono parlare di federalismo fiscale porte aperte, accettiamo qualunque tipo di contributo, se invece, con la scusa della crisi economica, qualcuno cerca di farci ripiombare nella Prima Repubblica, verrà schiacciato come il serpente...»

La partita a scacchi è appena iniziata. E anche se non s'intravede all'orizzonte, l'estate che sta per arrivare sarà calda. Torrida.

Risorse

Così si finanzia

il fondo perequativo

per il federalismo

Clima positivo

Il governo può

sfruttare le aperture

dei centristi



Al lavoro Il ministro dell'Economia Giulio Tremonti

STORIE



FRANCESCA BARBIERI

**L'odissea
per ottenere
i fondi Ue
sulla ricerca**

«**B**asta con i moduli». I ricercatori europei scendono in campo contro la Euroburocrazia e chiedono fiducia, valutazione sulla base dei risultati e, soprattutto, un colpo di spugna sugli inutili dettagli tecnici e amministrativi richiesti per chi si imbarca nell'Odissea per ottenere un finanziamento comunitario.

Più di dodicimila scienziati levano la propria voce da atenci e imprese attraverso una petizione online che chiede a Consiglio e Parlamento europeo di semplificare con urgenza le regole finanziarie e amministrative relative al settimo programma quadro.

La stessa Commissione europea sembra averne preso atto mettendo in cantiere nuove norme per semplificare l'iter di richiesta e di gestione dei finanziamenti.

Ma i tempi di attuazione non saranno rapidi e per adesso la burocrazia resta, con i "fortunati" vincitori dei bandi che devono prepararsi a un duro periodo, in cui ogni spesa va documentata e gli scambi di informazioni con

Bruxelles sono all'ordine del giorno. Senza contare i tempi lunghi per ottenere i fondi nelle varie fasi dei progetti.

Troppi fogli che tolgono spazio all'attività di laboratorio: secondo la comunità scientifica non ha senso applicare a un progetto di ricerca gli stessi criteri previsti per un qualsiasi appalto industriale. E arriva la proposta di legare i finanziamenti alla valutazione dei risultati raggiunti.

Servizi ▶ pagina 11

**FONDI EUROPEI
LE DIFFICOLTÀ DI GESTIONE**

Università. Vanno in rosso nella lunga attesa dei rimborsi Pmi. La pressione amministrativa scoraggia le domande

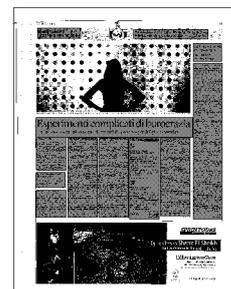
Esperimenti complicati di burocrazia

Iter snervanti e controlli esagerati: ricercatori alle prese con pile di fogli da compilare

di **Francesca Barbieri**

Quando c'è di mezzo il denaro, si sa, «fidarsi è bene, non fidarsi è meglio». Tanto più se si tratta di soldi pubblici. Deve aver pensato così Elena Cattaneo, una delle massime esperte al mondo nel campo della ricerca sulle cellule staminali. Una punta di sorpresa, però, c'è stata, quando ha aperto l'e-mail che le annunciava entro due settimane un'ispezione per un progetto finanziato dall'Unione europea e concluso da quasi un anno. La ricercatrice

dell'Università di Milano - attualmente a capo di una rete di 16 partner per un altro progetto da 11,9 milioni di euro - non si è di certo persa d'animo. «Ho dovuto preparare una pila di carta, tra ordini, fatture e scontrini, per documentare tutte le spese sostenute in un preciso periodo di



tempo individuato dalla Commissione».

I controllori sbarcati da Bruxelles hanno lavorato a pieni giri per una settimana con un unico obiettivo: passare al setaccio ogni minimo dettaglio. «Hanno esaminato i quaderni dei miei collaboratori, scandagliato i pc, visionato i macchinari, chiesto spiegazioni: come fate gli ordini? Come acquistate i reagenti? Perché uno di voi si è recato a Zurigo?». Le domande riaffiorano nella mente di Elena una dopo l'altra. «Rispondere a tutto è stato difficile e faticoso, ma importante al tempo stesso: ho capito che come ricercatori dobbiamo affinare la nostra capacità di management».

Va bene il controllo, ma chiedere se quella bottiglia di reagente, acquistata magari tre anni addietro, è stata utilizzata anche per altri progetti e se sì quali, quando, come e perché, non è esagerato? «Forse sì - risponde Elena -, ma bisogna essere organizzati bene perché in caso di errore si rischia di dover restituire dei soldi: per questo ora ho un manager nel mio staff, un "mago" di logica e di fogli excel».

Altrimenti finisce che i ricercatori non abbiano più tempo per l'attività di laboratorio, assorbiti totalmente dai rendiconti delle spese. Uno scenario assurdo che ha portato oltre 12 mila scienziati in tutta Europa a firmare una petizione online rivolta a Consiglio e Parlamento europeo in cui viene chiesta l'immediata semplificazione delle regole finanziarie e amministrative per tutti gli strumenti a sostegno dell'innovazione. I tanti ricercatori - impegnati nelle università e nelle aziende - chiedono fiducia, valutazione sulla base dei risultati e, soprattutto, un colpo di spugna sugli inutili dettagli tecnici e amministrativi richiesti. La stessa Commissione europea sembra averne preso atto mettendo in cantiere nuove norme per semplificare la richiesta e la gestione dei finanziamenti (si veda l'articolo a lato). «Abbiamo bisogno della partecipazione dei migliori ricercatori e delle imprese più innovative - ha detto Máire Geoghegan-Quinn, commissario per la ricerca, l'innovazione e la scienza - e dobbiamo fare in modo che possano concentrarsi sui risultati e non sulle formalità burocratiche».

Per adesso, però, la burocrazia resta e i "fortunati" vincitori dei bandi, dopo la *fantastic news*, devono prepararsi a un duro periodo in cui ogni spesa deve trovare una giustificazione e gli scambi di informazioni con Bruxelles, telematici e per posta ordinaria, sono quotidiani. «È un iter esagerato che allunga i tempi di accredito dei finanziamenti» commenta Barbara Nicolaus, dirigente di ricerca del Cnr. A diversi atenei gli anticipi iniziali arrivano con 4/5 mesi di ritardo sul via libera della Ue e le *tranche* suc-

cessive solo dopo aver documentato tutte le spese sostenute: spesso gli enti vanno in rosso nell'attesa dei rimborsi.

L'Alma Mater di Bologna ha giocato d'anticipo e, due anni prima della partenza del settimo programma quadro, ha arruolato un manager da Microsoft Europe, Bruno Quarta, per coordinare la struttura amministrativa Aric di supporto ai ricercatori: a oggi sono 119 i progetti autorizzati con un contributo di oltre 34 milioni di euro. «La concorrenza è forte - spiega Quarta -, in media ogni dieci progetti presentati solo uno viene finanziato, per questo la preparazione della candidatura è fondamentale».

Nesa qualcosa Barbara Zanuttigh, 34 anni, coordinatrice del progetto Theseus, partito a dicembre 2009 con 6,5 milioni di finanziamento Ue. In quattro anni 131 istituti partner studieranno tecnologie innovative per la difesa della costa marittima. «Lavoro a tempo pieno al progetto da settembre 2008 - racconta Barbara - ci sono voluti quattro mesi per presentare la domanda, la chiarezza nell'individuare obiettivi e strumenti è fondamentale e rende più snella la fase successiva, che per noi si è aperta a giugno 2009». Con la negoziazione, infatti, la Commissione richiede la stesura del contratto e spesso taglia il budget. «I fondi si sono ridotti di 400 mila euro - dice Zanuttigh - ho dovuto decidere a chi tagliare e dove». Un periodo intenso, dedicato alla descrizione dell'attività in ogni minimo dettaglio, alla stima dei costi, alla definizione delle modalità di gestione del consorzio. «Ho detto addio alle vacanze, ma ne è valsa la pena: il nostro referente europeo ci ha fatto i complimenti per i tempi record con cui siamo arrivati alla firma a fine settembre». Ora Barbara gestisce l'intero budget e tra circa un anno dovrà rendicontare a Bruxelles: le spese di tutti i partner che appartengono a 18 paesi diversi: solo così potrà ottenere la seconda tranche di finanziamenti. Nel suo gruppo lavorano ecologi, sociologi, economisti e molti ingegneri costieri. «Ricevo valanghe di e-mail ogni giorno - racconta la ricercatrice -, finisco di lavorare alle undici di sera e ricomincio alle otto di mattina». Gli spazi per la ricerca "vera" sono pochi, però Barbara è brava a ritagliarsi, oltre alle ore per l'insegnamento a cui non ha rinunciato. Rendicontare non è proprio un gioco da ragazzi e spesso l'applicazione delle regole europee non è chiara. «Passiamo molto tempo a capire come calcolare le ore dedicate ai progetti dai ricercatori - sottolinea Bruno Quarta - o a interpretare i cambiamenti degli strumenti finanziari, che avvengono anche in corso d'opera». E poi capitano anche i fatti curiosi. «Per uno scavo in Medio Oriente - racconta il manager - abbiamo pagato uno stregone che ogni

giorno veniva a cacciare i serpenti, perché solo così gli operai lavoravano. Una spesa a fondo perduto, visto che la Ue rimborsa solo le fatture, strumenti del tutto sconosciuti in quella zona».

Che il consorzio capofila di un progetto lavori a tempo pieno o quasi per documentare le spese e non possa dedicarsi alla ricerca è una certezza per Valter Sergo, direttore del Cemat (*Center of excellence for nanostructured materials*) dell'Università di Trieste, che è stato più volte revisore per conto della Commissione europea. «Di recente ho esaminato una trentina di file pdf, 800 pagine totali, che documentavano tutta l'attività di ricerca e sviluppo e le spese sostenute in un anno da un consorzio di 34 partner coordinato da una fondazione spagnola: la pressione amministrativa e burocratica per i ricercatori è a mala pena tollerabile e rappresenta un freno anche per le piccole imprese innovative».

Per le pmc ci sono anche altri nodi da sciogliere. «Agli intoppi burocratici - conclude Stefano Spaggiari, a.d. di Expert System, società modenese di software più volte vincitrice di fondi europei - si sommano le difficoltà a orientarsi nel panorama dei bandi disponibili, senza contare l'estrema precisione con cui è necessario definire le modalità di gestione dei brevetti». Rinunciare in partenza, a volte, è una strada obbligata.

TROPPI DETTAGLI SOTTO LALENTE

Gli ispettori della Ue possono effettuare verifiche anche dopo la fine del progetto, chiedendo di esaminare tutti i rendiconti

La Commissione studia misure per snellire le procedure

■ Procedure poco chiare e inutilmente complicate: è questo il giudizio di tanti ricercatori sugli iter per ottenere un finanziamento europeo per i loro progetti. Ad ammetterlo è la stessa Commissione europea, che ha proposto nuove norme per semplificare la richiesta e la gestione dei finanziamenti.

Il piano - contenuto in una comunicazione del 29 aprile scorso - prevede un primo blocco di novità che riguardano l'avvio di sistemi informatici più efficienti, lo snellimento delle procedure amministrative, un'applicazione più coerente delle regole e una tempestiva pubblicazione degli inviti a presentare proposte.

In base a un secondo blocco di modifiche poi non sarà più necessario specificare ogni singola voce di spesa e la contabilità diventerà più simile a quella in uso negli Stati membri: prevista la semplificazione delle norme finanziarie esistenti mantenendo al tempo stesso un controllo più efficace, ad esempio ampliando l'utilizzo dei «metodi di calcolo dei costi medi», grazie ai quali si evita nell'ambito dei progetti di dover contabilizzare con metodo "certosino" ogni singola voce di spesa, anche quelle di piccola entità.

Queste misure non sono immediatamente operative: la Commissione si impegna a presentare una proposta di revisione del regolamento finanziario da sottoporre all'esame ma del Parlamento europeo e del Consiglio. L'entrata in vigore è prevista non prima del 2011, come riferiscono dallo staff del commissario europeo alla ricerca Maire Geoghegan-Quinn.

C'è infine una terza tranches di modifiche indirizzate ai futuri programmi quadro di ricerca, in primis l'ottavo programma quadro il cui regolamento sarà varato da Parlamento e Consiglio nel 2013. Tra le possibilità prospettate figura un orientamento verso «pagamenti

in funzione dei risultati», secondo cui i beneficiari, invece di notificare le singole voci di spesa, riceverebbero somme forfettarie per svolgere determinati compiti scientifici e dovrebbero dimostrare di averli svolti in maniera efficace ed efficiente. La stessa logica che ispira l'azione l'European research council (Erc) che assegna grant fino a 2 milioni di euro a singoli ricercatori.

«Si tratta di una somma a forfait - spiega Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Istituto clinico Humanitas e componente dell'Erc - non ci sono obblighi stringenti di rendicontazione e la valutazione avviene sulla base dei risultati scientifici».

La Commissione, intanto, ha avviato l'iter per la valutazione intermedia del settimo programma quadro: un gruppo di esperti indipendenti, presieduto da Rolf Annenberg, direttore generale del Consiglio svedese Formas, dovrà presentare una relazione in autunno.

Esu un orizzonte temporale di più lungo periodo si comincia a delineare la nuova strategia economica decennale dell'Unione europea, sottolineando l'importanza della ricerca per uscire dal tunnel buio della recessione e centrare l'obiettivo di una crescita a lungo termine. Uno dei propositi è riuscire a portare la spesa per la ricerca al 3% del Pil europeo per attrarre ricercatori di punta e imprese innovative.

Fr. Ba.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I FONDI



Budget da 50,5 miliardi per il settimo programma quadro

L'Unione europea ha destinato alla ricerca 50,5 miliardi di euro per il periodo 2007-13. Per la ricerca nucleare è previsto un budget ad hoc che ammonta a 2,7 miliardi di euro per il quinquennio 2007-11. Il settimo programma quadro ha raccolto, dal 2007 a oggi, circa 33 mila proposte di ricerca e finanziato quasi 7 mila progetti.

Il Consiglio europeo della ricerca (Erc) concede sovvenzioni a progetti diretti da ricercatori, a prescindere dal coinvolgimento di consorzi transfrontalieri.



Un sistema unico di iscrizione semplifica le domande

L'area tematica più ampia in termini di bilancio è quella delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (9 miliardi) seguita dalla salute (6,1 miliardi). Il settimo programma quadro presenta già alcune misure di semplificazione. È stato introdotto un nuovo fondo di garanzia e un sistema unico di iscrizione, grazie al quale gli enti che fanno domanda di finanziamento per diversi progetti nel corso di più anni devono inserire i loro dati una volta sola.

nova

Giovedì su «Nova24»: il manifesto della Fondazione Telethon per il rilancio della ricerca italiana

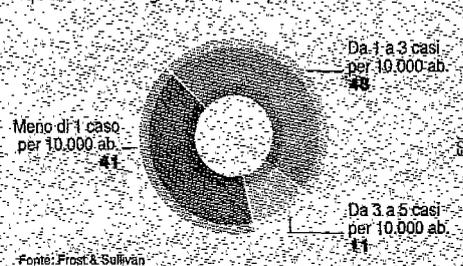
Farmaci, addio 'blockbuster', è l'ora dei 'nichebuster'

Uno studio dei consulenti internazionali di Frost & Sullivan conferma che la ricerca si sta concentrando sui prodotti di nicchia riservati a malattie rarissime, che garantiscono più profitti da quando la scadenza dei brevetti e l'avvento dei generici ha fatto crollare la redditività dei medicinali di più ampia diffusione

Il mercato dei farmaci "orfani", destinati alla cura delle malattie rare

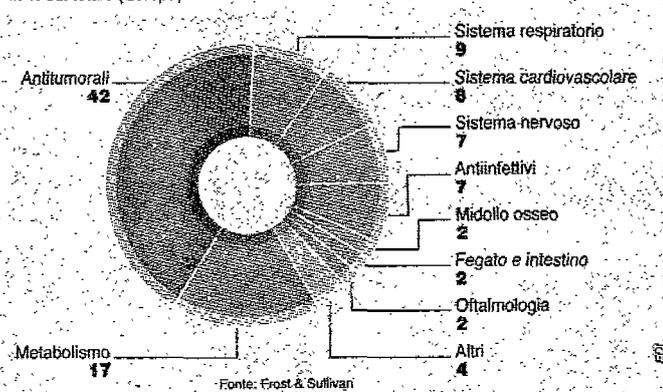
Il mercato dei farmaci orfani

A quanti casi si rivolgono, in % (Europa)



I settori dei farmaci orfani

In % sul totale (Europa)



STEFANIA MARTANI

Un padre è disperato: ai suoi due figli è stata diagnosticata la malattia di Pompe, una rara patologia genetica che porta a un progressivo indebolimento della muscolatura, cuore compreso. Non esistono farmaci in grado di bloccarne il decorso. L'uomo non si arrende: si associa a un ricercatore anticonformista e mette su una piccola *biotech* per sviluppare il farmaco salvavita. È la trama del film *Misure straordinarie*, che ha focalizzato l'attenzione sulle malattie rare e i farmaci orfani: non perché privi d'autore ma perché destinati alla diagnosi, prevenzione e cura di patologie che, secondo i parametri europei, colpiscono non più di 5 persone ogni 10.000 (in Giappone parlano di rarità se la patologia colpisce meno di 4 persone ogni 10.000 abitanti; negli Stati Uniti si passa a meno di 7,5 cittadini su 10.000). Il numero sembra piccolo ma si traduce in più di 240 mila individui nell'Unione Europea.

Sebbene rare, tali malattie non sono poche: l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che ne esistano circa 8000, che colpiscono il 6% della popolazione in totale (oltre 20 milioni in Europa), il 10% delle patologie umane conosciute. In Italia riguardano più di un milione e mezzo di pazienti. Tra le più note la malattia di Gaucher, l'ipertensione arteriosa polmonare, la malattia di Fabry, quella di Pompe, la fibrosi cistica, l'atrofia muscolare e

spinale infantile. Nell'80% dei casi sono patologie genetiche ereditarie che interessano il 3-4% delle nascite e colpiscono i bambini. Altre appaiono da adulti come la malattia di Huntington, quella di Crohn, la sclerosi laterale amiotrofica. Se Big

Big Pharma parte con le acquisizioni delle piccole biotech

Pharma, negli anni del boom farmaceutico, non si occupava dei farmaci orfani, concentrando gli sforzi nelle molecole in grado di curare milioni di persone, ora il trend si inverte: la scadenza di brevetti dei cosiddetti *blockbuster*, le linee guida più restrittive di Fda ed Emea, i costi proibitivi della ricerca, hanno innescato una corsa al farmaco orfano. Al punto che non si fa quasi più ricerca sui farmaci "generalisti": sono vent'anni che non esce un nuovo antibiotico, e il genere umano è vulnerabile a nuovi germi. Il fatto è che alle industrie conviene puntare sui farmaci orfani: dopo l'avvento dei generici, un ex-*blockbuster* che cura milioni di malati come una statina vale 1.500 dollari l'anno per paziente, mentre il Naglazyme, che cura una rarissima alterazione metabolica, rende 365 mila dollari a paziente nei soli Stati Uniti, dove i nove farmaci più costosi curano malattie che affliggono meno di 10 mila persone.

Secondo il Tufts Center for the Study of Drug Development negli Usa i farmaci che hanno ottenuto la designazione di "orfano" sono passati da 208 nel 2000 a 425 nel 2008. E secondo l'European organization for rare diseases, dall'inizio del 2009 ad oggi 577 farmaci sono stati designati come orfani e 57 di questi hanno ottenuto l'autorizzazione alla vendita in Europa. La ricerca di

Frost & Sullivan "Il mercato dei farmaci orfani" rivela che in Europa il settore ha fatturato quasi 14 miliardi di euro nel 2008 e può crescere fino a più di 20 nel 2015. Il mercato europeo della malattia di Gaucher è schizzato a oltre 400 milioni di euro, con una crescita sull'anno scorso dell'11%, e quello delle terapie per l'ipertensione arteriale del polmone è arrivato a 750 milioni.

Tutto ciò sta mutando i paradigmi aziendali dell'industria. Molti big perseguono obiettivi di acquisizione di piccole imprese del biotecnologico. «Entro 5 anni farmaci per un valore di 90 miliardi di dollari perderanno l'esclusività», spiega il consulente di Frost & Sullivan, Sha-beer Hussain. «La situazione economica e la competizione derivante dai generici hanno portato le case a modificare strategie e a concentrarsi sui 'niche-busters', vale a dire blockbuster di nicchia». I governi incoraggiano la ricerca in questo campo: negli Stati Uniti la legge sui farmaci orfani (Orphan Drug Act) prevede detrazione fino al 50% delle spese sostenute per la ricerca, incentivi per la sperimentazione e l'immissione in commercio del farmaco e un periodo di 7 anni di 'copertura' brevettuale. L'Unione Europea ha approvato con la direttiva "European orphan medicinal product regulation", che ha portato alla nascita di un comitato per i farmaci orfani all'interno dell'Emea e all'erogazione di incentivi di vario tipo. «Sulla base di 25 anni di esperienza degli Stati Uniti e 9 anni nell'Ue - dice Hussain - si prevede che ci saranno circa 100 nuovi prodotti designati orfani tra il 2010 e il 2019. I farmaci orfani sono la chiave per il recupero del settore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA PRIMA SFIDA DELLA REGIONE PER SANARE IL BILANCIO

Il buco delle liste d'attesa 34 milioni di euro in fuga

Ecco come Toscana, Piemonte e Lombardia "rubano" pazienti liguri

GIANFRANCO CONZI

Il direttore generale della Asl 5 della Spezia, spiega la fuga di pazienti verso la vicina Toscana: «Abbiamo un'ottima qualità, ma la quantità delle prestazioni che possiamo erogare è quella che è. Molti nostri medici, poi, hanno studiato in Toscana e là hanno i colleghi di cui si fidano»

FRANCO BONANNI

Il direttore dell'Agenzia regionale sanitaria: «Molti specialisti che si sono formati in Liguria hanno scelto la professione privata in Piemonte e in Lombardia. Quando si tratta di operare trascinano via i pazienti. Cercheremo di riportarli in Liguria anche con contratti vincolanti»

IL DOSSIER

ALESSANDRA COSTANTE

GENOVA. La linea gotica degli spezzini è il Bracco, 615 metri sul livello del mare che dividono la provincia della Spezia da quella di Genova, Moneglia da Sesti Levante. Dividono, non uniscono. Lo sanno bene gli spezzini: quaranta minuti di macchina, a passo di lumaca, per parcheggiare davanti all'ingresso dell'azienda ospedaliera Cisanello di Pisa; più del doppio per arrivare all'equivalente ligure, il San Martino. Sarà banale, ma il gran numero di liguri che vanno a farsi curare in Toscana si spiega anche così.

Nel bilancio della Regione Liguria il capitolo fughe pesa come un macigno, 34 milioni di euro quest'anno il saldo negativo tra pazienti che da fuori vengono a farsi curare qui e pazienti che per la stessa ragione emigrano verso altre Asl. La Toscana si divide con Lombardia e Piemonte il podio di maggior polo d'attrazione per i malati liguri; mentre tra le Asl liguri esportatrici di pazienti, la spezzina è sicuramente al primo posto.

Il ministero della Salute (che ha appena pubblicato on line la fotografia del sistema sanitario ligure) dice che la Asl 5 della Spezia nel 2007 e nel 2008 ha perso il 24,65% dei propri "drg" (che è il modo per misurare il costo delle prestazioni mediche). Perché gli spezzini emigrano più del doppio degli imperiesi (9,26%) che pure confinati tra Francia e Piemonte non disdegnano puntate fuori confine? E il triplo dei savonesi (8,60% dei drg), il quadruplo degli abitanti del Tigullio (6,33%) e quasi cinque volte in più dei genovesi (5,64%)?

Secondo la scuola di management sanitario Sant'Anna di Pisa, che ha fotografato la sanità italiana per conto di ministero e Regioni, la Liguria, ma soprattutto la provincia spezzina, soffrirebbe del complesso che colpisce le regioni più piccole (tipo Molise, Basilicata, Valle d'Aosta) e di confine. Ma secondo il direttore generale della Asl 5 della Spezia, Gianfranco Conzi, la situazione è ben più complessa: «Abbiamo un'ottima qualità, ma la quantità delle prestazioni che possiamo erogare è quella che è, con poco più di 500 posti letto». Poche, insomma, e in tempi piuttosto lunghi. La cosa più semplice, la radiografia al torace: a La Spezia vie-

ne fatta con un'attesa tra i 15 e i 20 giorni; ad Aulla, primo presidio medico che si trova oltre il confine toscano, in Lunigiana, i raggi al torace vengono fatti seduta stante. È quella che Conzi definisce «l'attrazione selvaggia della Toscana»: doppia agenda per favorire i liguri che portano "Pil" e pochissimi controlli di appropriatezza.

«Tra Liguria e Toscana non esiste convenzione, così come invece esiste con il Piemonte. Il che significa che il nucleo di controllo sull'appropriatezza della Asl spezzina non può andare in Toscana, a Pisa ad esempio, per verificare che tutte le prestazioni erogate fossero corrette» spiega ancora Conzi. Ultimo elemento del «complesso fenomeno spezzino» secondo il direttore generale, sono i medici di famiglia stessi. «Molti, se non tutti, hanno studiato in Toscana e là hanno i propri referenti, gli insegnanti, i colleghi di cui si fidano. Logica conseguenza è che indirizzino



oltreconfine i propri assistiti».

La vera bestia nera della Liguria è l'ortopedia. Vista l'età media dei ligurisi parla essenzialmente di protesi all'anca e al ginocchio e interventi di artroscopia. Alle strutture convenzionate del basso Piemonte si sono rivolti nel 2008 875 liguri; 948 a quelle della Lombardia in cui negli anni sono emigrati anche moltissimi ortopedici di fama allevati in quello che fino a vent'anni fa è stato il florido vivaio ligure; 348 coloro che si sono rivolti alla Toscana.

«Molti specialisti che si sono formati in Liguria e che hanno lavorato nelle nostre strutture, hanno scelto la professione privata in Piemonte e in Lombardia. Visitano qui da noi e poi quando si tratta di operare lasciano via i pazienti», è l'analisi di Franco Bonanni, direttore dell'Agenzia regionale sanitaria. Correzione di rotta doverosa, ma difficile. La Regione sta cercando il modo di riportare in Liguria i professionisti emigrati «anche con contratti vincolanti» aggiunge Bonanni. Il che significa trovare sale operatorie e reparti da attrezzare per bloccare l'emorragia di malati ortopedici oltre regione.

Tempi di attesa, macchinari che lavorano part-time e specialisti che preferiscono dedicare il proprio tempo alla libera professione, sono le altre cause dell'impennata delle fughe che nel 2007 e nel 2008 sono costate alla Liguria rispettivamente il 12,29% e il 12,43% dei propri drg. Un esempio: per la Risonanza magnetica muscolo-scheletrica senza mezzo di contrasto, l'esame più gettonato che ci sia, l'attesa ad Imperia varia tra

i 30 e i 72 giorni, a Savona dai 10 ai 24, a Genova si aggira intorno ai 30 giorni (rilevamento della Regione al 28 marzo 2010). Per l'ecografia alla mammella a Imperia si possono attendere dai 44 ai 160 giorni; e all'Ist, che è il capofila per la cura dei tumori in Liguria, 241 giorni. Una prima visita oculistica, gli abitanti del comprensorio loanesse possono attendere anche 99 giorni e 81 giorni è il tempo necessario per poter essere visitati nell'ambulatorio di ortopedia dell'ospedale di Recco, uno dei più richiesti della Liguria. Inutile dire che in Piemonte e in Lombardia, le attese si riducono a pochi giorni.

costante@ilsecoloxix.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE REGIONI DI UN FENOMENO

LA RICETTA DEI MEDICI DI BASE: CURARSI ALTROVE «NON SI PUÒ ATTENDERE UNA VISITA PER MESI»

••• GENOVA. «Quando c'è un dubbio diagnostico non si possono aspettare mesi». All'accusa di alimentare le fughe verso le altre regioni rivolta ai medici di base, il segretario della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg) Francesco Prete replica così: «Se la Liguria non vuole perdere pazienti non deve fare altro che mettersi al passo con le altre regioni, ma noi medici rivendichiamo come nostra prerogativa e diritto dei cittadini indirizzare i pazienti dove possono avere prestazioni in tempi civili». Tempi civili per Prete, medico di base della Asl 4 chiavarese, vuole dire colonscopia nel giro di pochi giorni «e non vedersi fissare un appuntamento a giugno o luglio, perché quando c'è il dubbio diagnostico su

una neoplasia non si può aspettare». Ancora: interventi di cataratta nell'arco di un mese e mezzo. Marco Santilli è il segretario della Fimmg spezzina. Lui e i suoi colleghi, molti laureati e specializzati in Toscana, sono nell'occhio del ciclone: «I pazienti vanno fuori regione per motivi diversi, compreso quello che il San Martino è tutto tranne che un ospedale regionale: per orientarsi ci vuole una bussola». E allora, nessuna possibilità di collaborazione tra Regione e medici di base per frenare le fughe? «La collaborazione c'è, ma è difficile mettere un freno perché non dipende dalla professionalità dei medici, ma dalla mole di offerta della Toscana. Che in questo campo fa un gioco scorretto».

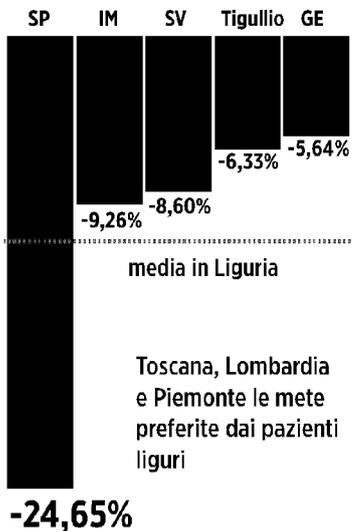
AL. COST.

I NUMERI

Dati del 2008

**-12,43%
di prestazioni
mediche**

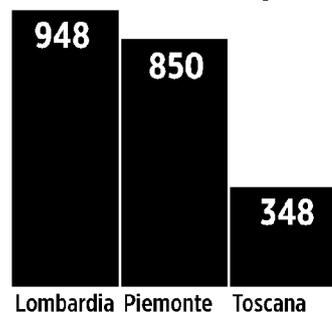
è il saldo del 2008 in relazione agli anni precedenti



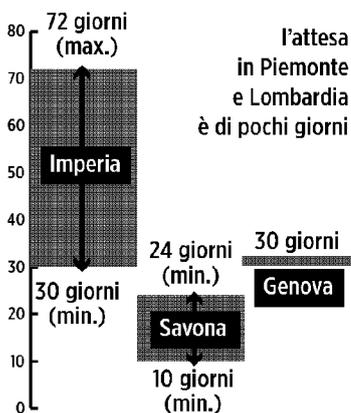
Toscana, Lombardia e Piemonte le mete preferite dai pazienti liguri

**Ortopedia
la specializzazione
più penalizzata**

Ecco dove si sono rivolti i liguri:



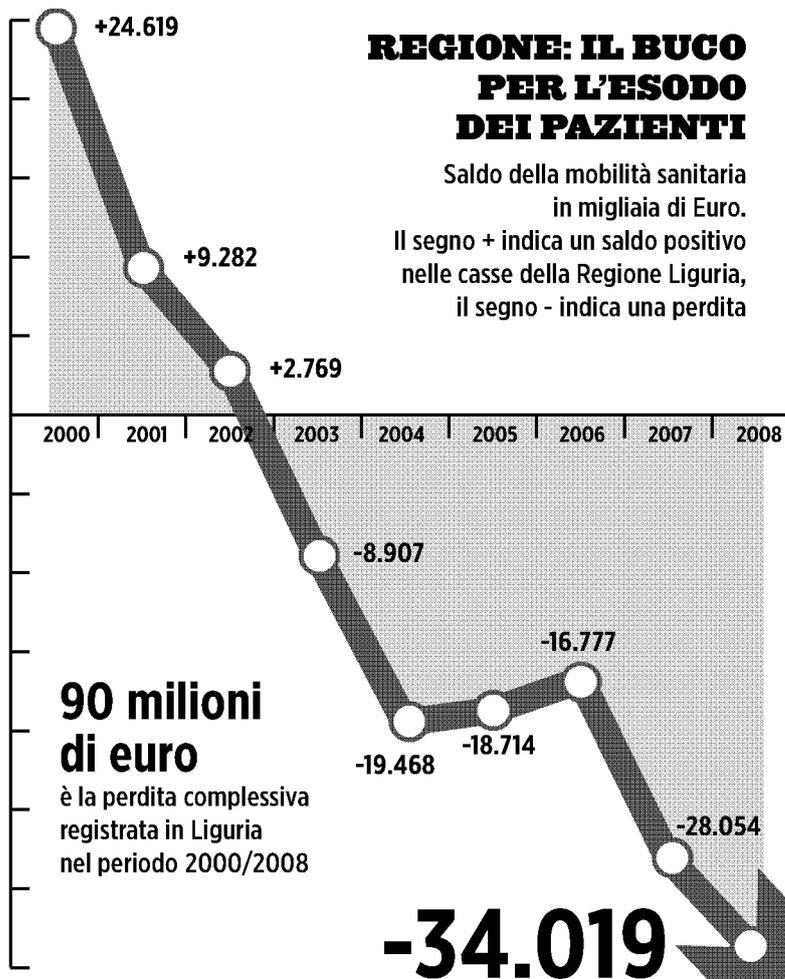
**Tempi di attesa
per una risonanza
magnetica**



**REGIONE: IL BUCO
PER L'ESODO
DEI PAZIENTI**

Saldo della mobilità sanitaria in migliaia di Euro.

Il segno + indica un saldo positivo nelle casse della Regione Liguria, il segno - indica una perdita



90 milioni di euro

è la perdita complessiva registrata in Liguria nel periodo 2000/2008

Già 300 le casse sanitarie nel registro del ministero

Circa due terzi delle casse integrative, fondi e mutue sanitari hanno chiesto l'iscrizione al registro ministeriale. In tal modo gli iscritti potranno continuare a dedurre i contributi. ► pagina 23

Fondi integrativi. Chiuse a fine aprile le operazioni per l'iscrizione al registro ministeriale

In anagrafe 300 casse sanitarie

L'OFFERTA IN PORTAFOGLIO

Gli enti istituiranno un tavolo per definire le cure odontoiatriche e le prestazioni di media e lunga degenza

**Alessandro Galimberti
Federica Micardi**
MILANO

SONO Sono circa due terzi, secondo una prima stima e in attesa delle verifiche di congruità, i fondi, le casse sanitarie e le società di mutuo soccorso che hanno chiesto l'iscrizione all'anagrafe ministeriale. L'inclusione nel registro, previsto dalla Finanziaria per il 2008, consentirà agli iscritti alle forme integrative di mantenere la deducibilità fiscale dei contributi versati, almeno fino all'ammontare di 3.615,20 euro: un'opportunità che però esige, in cambio, che l'ente erogatore della sanità integrativa destini il 20% della spesa complessiva alle cure odontoiatriche e alle Ltc (Loan to care, cioè l'assistenza socio-sanitaria per lungo e medio degenti).

È questo il primo paletto per il riconoscimento di casse, fondi e mutue e che serve da discriminare per chi starà dentro il mercato e chi, invece, rischia di uscirne. Paletti che (si veda «Il Sole 24 Ore» del 10 gennaio) sono ampiamente superati dalle casse medio-grandi che sembrano penalizzare solo la platea dei fondi e delle mutue di minori dimensioni e meno strutturati: è tra questi che sarebbero da ricercare i circa 150/180 soggetti che non hanno avanzato richiesta di iscrizione al 30 aprile scorso (termine ultimo), rispetto alla stima di 450/480 enti esistenti.

«Noi - dice Stefano Cuzzilla, presidente del Fasi/dirigenti d'azienda, cassa con 300 mila iscritti di cui 130 mila soci e 170 mila familiari - siamo perfettamente in linea con il decreto Sacconi.

Alle già buone performance degli scorsi anni oggi possiamo aggiungere gli effetti positivi del rinnovo del contratto nazionale: grazie a tali risorse, siamo riusciti ad aggiornare i tariffari dei rimborsi, fermi al 2006, e ampliare anche il range delle prestazioni offerte ai soci. Quindi, nessuna riduzione in arrivo. Anzi. Epoche preoccupazioni per il futuro».

Anche al Fasdac (commercio, 33 mila iscritti) il limite di spesa a destinazione fissa è molto sopra ai requisiti dell'anagrafe e, almeno il prossimo biennio, è sotto controllo: «Tuttavia - dice il presidente Claudio Turcato - è necessario chiarire, per esempio, i contorni dell'Ltc: che cosa comprende e che cosa no, per non rischiare sorprese più avanti. Oggi ci muoviamo secondo logica e prudenza, ma ritengo che sia necessario un tavolo di lavoro tra tutte le casse, per arrivare a una interpretazione condivisa da sottoporre al ministro».

Istituito sulla carta nel 2008, il registro delle casse sanitarie integrative sta quindi per andare a regime. Il ministero, dopo la verifica sulla documentazione, invierà a ogni "aspirante iscritto" un'attestazione di avvenuta iscrizione; il vaglio delle richieste procederà per ordine cronologico di arrivo e il tempo tecnico necessario per le verifiche dovrebbe impegnare circa un mese.

Negli ultimi giorni di aprile c'è stato un aumento considerevole delle iscrizioni, per cui i ritardatari dovranno aspettare un po' prima di ricevere la mail di conferma. «Eventuali dimenticanze - dicono dal ministero della Salute - potranno essere corrette in corso d'opera».

I tentativi di censimento su casse, fondi e società di mutuo soccorso, negli anni, sono stati diversi. Secondo Grazia Labate (coordinatrice del gruppo di economisti che nel 2007-2008 ha collabo-

rato con l'ex ministro Livia Turco alla stesura del decreto 31 marzo 2008 sugli ambiti di intervento dei fondi integrativi) sono poco più di 400: «Delle 142 società di mutuo soccorso esistenti - dice - una ventina sono iscritte, le altre sono troppo piccole e settoriali. Tra l'altro, dal punto di vista fiscale, possono già dedurre fino a 1.790 euro l'anno».



Radiografia del mercato

25 miliardi

La spesa privata

Il mercato della spesa sanitaria privata, cioè a carico degli assistiti, valeva 25 miliardi di euro nel 2008

102 miliardi

La spesa sanitaria pubblica

In un decennio è raddoppiata: da 64 miliardi nel 2000 a 100 miliardi del 2008

13 milioni

Gli assistiti

Nel 2009 (stima) sono stati circa 13 milioni, di cui 60% iscritto, il restante 40% familiari o pensionati

4 miliardi

A carico delle casse private

L'esborso totale a carico di enti privati nel 2009 è stato di 4 miliardi. L'obiettivo dell'anagrafe è di garantire un concorso nelle spese odontoiatriche e di assistenza per disabilità nell'ordine di 800 milioni di euro all'anno

82,4%

Spesa privata non coperta

Oltre i quattro quinti della spesa sanitaria delle famiglie non viene recuperata, secondo un calcolo relativo al 2007. Nel 2002 la percentuale raggiungeva l'85 per cento

Se gli imprenditori non amano la sanità in Borsa

IL LIBERISTA

DI ANDREA MINGARDI

È normale che un gruppo di “imprenditori e dirigenti” faccia appello alle autorità per impedire la quotazione in borsa di un’impresa? È quello che ha fatto l’Unione cristiana imprenditori dirigenti con un annuncio a pagamento pubblicato la settimana scorsa sul *Corriere della sera*.

L’oggetto del contendere è l’annunciata quotazione di Kos, società del gruppo Cir di cui pure nella pagina pubblicitaria non si faceva apertamente il nome. Una scelta coraggiosa, un po’ per il periodo: anche prima delle turbolenze di questa fine settimana, non si segnalavano grandi approdi in borsa da parte di società italiane. E anche, proprio per la natura stessa della quotazione, che obbliga le imprese a diventare più “accountable” rispetto a tutti i portatori d’interessi rilevanti, una scelta di trasparenza. Che sarebbe da guardare con sincera curiosità, in un ambito come quello della sanità accusato spesso, non a torto, di essere eccessivamente opaco.

Invece, l’Ucid ha fatto appello alla Consob e alla coscienza dei cittadini perché le residenze per anziani (e, immagino, in generale il settore della non autosufficienza) non vengano lasciate in balia del “profitto finanziario”. Angelo Ferro, presidente dell’associazione (cui collaborano persone degnissime), legge il tentativo del gruppo Cir come “una deriva della finanziarizzazione dove tutto, anche le persone anziane non autosufficienti, diventano un bene da comprare e da vendere”. Non è dato sapere se alla stesura dell’appello abbia partecipato anche Roman Zaleski, veterano di Piazza Affari e membro del comitato tecnico-scientifico dell’Ucid.

Ad esser coerenti, ci si aspetterebbe quindi una netta preferenza per la sanità pubblica dalla testa ai piedi, finanziamento ed erogazione del servizio. Invece l’Ucid, giustamente, riconosce il ruolo

svolto da strutture private e non profit. Per chi si richiama alla dottrina sociale della Chiesa, vale il principio di sussidiarietà. Agli imprenditori cristiani non dovrebbe sfuggire, però, che il non profit è pur sempre privato, e non a caso è tanto più solido e florido in quelle realtà in cui la sanità non è rigidamente monopolizzata dal pubblico.

Paradossalmente, la preferenza a favore della competizione è particolarmente necessaria al privato sociale: perché, laddove lo Stato lascia ad altri un ruolo meramente residuale, sopravvive solo chi ha gli artigli più grossi, cioè il privato privato. I modelli ibridi, privati nella persona giuridica ma votati a non distribuire gli eventuali utili, implicano nella prassi una notevole complessità gestionale. Il privato “for profit” gli è utile come benchmark, crea una pressione alla limitazione dei costi e per questo allevia le loro difficoltà. L’essere “non profit” dovrebbe implicare un approccio diverso alla distribuzione dei gua-

dagni, non alla cura gestionale.

Per l’Ucid, non si capisce “da dove la Kos potrà trovare i margini per dare dividendi agli azionisti”. Il gruppo De Benedetti ha scelto di entrare nella sanità non nell’alta specialità, ma nel *long term care* e nella riabilitazione, situandosi in un segmento di mercato dove le professionalità costano meno e tanto di più conta la capacità di offrire un buon livello di cura “alberghiera” ai degenti. È un settore ampiamente regolamentato, e in cui è inimmaginabile che un singolo gruppo privato acquisisca una posizione di monopolio, da cui - chissà perché - dovrebbe smerciare ai poveri anziani non autosufficienti servizi di pessima qualità.

Né è chiaro perché a rappresentare un problema sarebbe la quotazione (già oggi, la controllante di Kos è una quotata). Un’impresa che va in borsa chiede capitali in modo trasparente e si apre alla sfida della contendi-



lità. Questo non solo dovrebbe stimolarne l'efficienza nel lungo periodo, ma la espone a controlli più stringenti sulle sue attività. Dovremmo pensare che un'impresa quotata sia per definizione guidata da manager più avidi e meno scrupolosi, di quelli che conducono un'impresa familiare? E perché mai?

In realtà proprio i cattolici che credono nel principio di sussidiarietà, e che difendono un'idea di welfare meno centrata sullo Stato e più sull'interazione spontanea fra individui e corpi intermedi, dovrebbero guardare con interesse a questa operazione. Il problema infatti del lento declino dello Stato sociale è che non abbiamo

ancora ben chiaro con cosa sostituirlo. Non sappiamo dove trovare attori privati forti abbastanza da subentrargli nelle funzioni essenziali.

La quotazione di Kos potrebbe essere la cartina di tornasole: se i De Benedetti vincessero la loro scommessa, sarebbe un piccolo segnale positivo. Vorrebbe dire che ci sono investitori pronti a mettere a disposizione capitale, per i servizi alla persona.

Come Kos immagini di fare utili non è un problema che debba interessare l'Ucid, a meno che essa non immagini di acquistare un pacchetto azionario.

Il privato fa profitto nel settore della sanità, in un sistema comunque a guida statale come il nostro, limando le inefficienze del pubblico e cercando, laddove può, di attrarre "consumatori". Le inefficienze sono tali e tante che una buona gestione manageriale può fare miracoli, aprendo scenari prima impensati.

La quotazione in borsa rende le imprese non solo più attente ai conti, ma anche a un valore intangibile con tangibilissime conseguenze sul titolo: la reputazione. Gli ospiti di residenze per anziani non autosufficienti hanno un solo interesse: che chi non offre servizi di qualità, venga severamente punito. Il mercato avrà tanti difetti, ma questo lo sa fare.

Epatite B Confermata l'efficacia dei farmaci nei casi di infezione cronica

Non è mai tardi per gli antivirali

Primi dati ne suggeriscono l'utilità anche nelle cirrosi

La disponibilità di farmaci efficaci nel trattamento dell'epatite B sta modificando profondamente le possibilità di cura anche dei pazienti con una malattia avanzata, inclusi quelli in cui l'epatite cronica si è già trasformata in cirrosi.

Le prime dimostrazioni della reale utilità della terapia antivirale anche nel paziente "comune", quello seguito nella pratica clinica quotidiana, spesso più anziano e con malattia più severa, arrivano da una ricerca italiana e da uno studio condotto a Hong Kong, che hanno prodotto risultati sovrapponibili.

Lo studio italiano, i cui risultati a due anni sono stati presentati in occasione del recente 45° Congresso dell'Associazione europea per lo studio del fegato (EASL), ha coin-

volto 311 pazienti che, fra il febbraio 2007 e il dicembre 2008, hanno iniziato la terapia con l'unico fra i nuovi antivirali che era già disponibile in quel periodo nel nostro Paese (l'Entecavir).

«Nel 95 per cento dei casi i pazienti trattati sono diventati HBV negativi a due anni; il farmaco ha cioè soppresso il

to, ndr) si sono normalizzate nell'85 per cento dei pazienti che hanno assunto l'antivirale».

Riuscire a spegnere l'infiammazione anche in chi si trova a uno stadio avanzato della malattia è importante, perché significa bloccare l'evoluzione del danno. «Se si tratta l'infezione con succes-

so, si evita la progressione da epatite cronica a cirrosi e dalla cirrosi allo scompenso — conferma Stefano Faggioli, Direttore della Gastroentero-

logia degli Ospedali Riuniti di Bergamo. E cominciano anche ad arrivare dati che suggeriscono la possibilità di modificare le "cicatrici" della cirrosi, tanto è vero che in uno studio in cui dieci pazienti cirrotici hanno ripetuto la biopsia

del fegato dopo cinque anni di terapia antivirale la cirrosi sembrava addirittura scomparsa.

«Dieci casi sono ancora pochi e la biopsia può aver preso un punto "sbagliato" — commenta il professor Lampertico —. Tuttavia, anche altri dati vanno in questa direzione: una terapia antivirale efficace permette di rimodellare le cicatrici».

Questo rimodellamento comporta una serie di vantaggi e spiega perché nei pazienti con cirrosi che rispondono alla terapia antivirale si osserva la scomparsa di tutte le complicazioni (varici esofagee, emorragie digestive, ascite, cioè versamento di liquido nell'addome), ad eccezione del tumore.

Franco Marchetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

500 mila
gli italiani
con virus
dell'epatite B

virus dell'epatite b nella stragrande maggioranza dei casi — spiega il coordinatore dello studio italiano, il professor Pietro Lampertico, dell'Università degli Studi di Milano —. Le transaminasi (la "spia" dell'infiammazione del fega-



La storia

Lo stupore, la disperazione, la risalita di un ragazzo-scrittore

«Per battere il tumore l'ho chiamato Gigetto»

Il diario della lotta, a 22 anni, contro il linfoma

Per i medici e per i pazienti intrappolati da una diagnosi, «La formula chimica del dolore» è un libro terapeutico. Il cancro è un evento umano che impegna l'anima e ammalia i pensieri. Ma aiuta a capire la bellezza innata negli uomini

L'alieno, come lo chiamava Oriana Fallaci, è una brutta bestia dal valore morale negativo, il sinonimo di una parola usata a volte con disgusto per descrivere fenomeni mostruosi come mafia, corruzione o cattiva politica, una bomba innescata più che una malattia, che esplode all'improvviso e si pronuncia sottovoce con paura e con terrore: cancro.

Come si può star sereni quando il nostro corpo diventa uno scrigno di cellule impazzite con cui vorresti litigare ma con cui devi dialogare, per ricacciare indietro la voglia di piangere e di urlare, per poi reagire, combattere, lottare, sperare di farcelo allontanando l'alieno? «Io l'ho chiamato Gigetto», confessa candido Giacomo Cardaci, giovane narratore di inquietudini adolescenziali alle prese con quella macchia rossastra che gli ha cambiato la vita, perché si chiama Hodgkin ed è un linfoma maligno. Dappertutto, su qualunque foglio gli passa tra le mani lui scrive «A morte Gigetto», per esorcizzarlo, per parlargli e non farsi rubare il sangue e

la vita, per creare con la rabbia e con la volontà una barriera, un altro potente anticorpo da sparare addosso al cancro, per colpirlo insieme ai farmaci della chemioterapia.

Per i medici che a volte abbassano lo sguardo e pensano «non c'è più niente da fare» e per i pazienti intrappolati da una diagnosi infuata, «La formula chimica del dolore» è un libro terapeutico che trasforma una grande paura in un'immensa riserva di speranza, è il viaggio nel tunnel di una malattia che lascia i brividi lungo la schiena, ma offre

un'iniezione di coraggio a cui si può attingere in caso di bisogno. Il coraggio di non arrendersi, di non abbattersi davanti al viso pallido, biancastro, con le guance gonfie e i capelli scomparsi, che rende irriconoscibili nello specchio del bagno, con la nausea, il vomito e una sofferenza difficile da contenere.

Con il cancro, l'alieno o «Gigetto» è come avere un buco nel cuore, a ventidue anni poi è come cadere in un precipizio «con una coltellata nell'anima» e la cosa più difficile è trovare qualcuno capace di comprendere un dolore che spesso non appare, ma dev'essere immenso, come qualcosa che incenerisce di colpo la vita. Non ci gira attorno Giacomo Cardaci, ci si rotola in questo dolore che gli sembra più cancerogeno della malattia, e si chiede perché, come mai nei laboratori della scienza nessuno sia ancora riuscito a trovare l'antidoto, la formula chimica in grado di alleviare una pena che diventa — con il passare dei giorni — anche prostrazione, umiliazione.

Dalla camera del reparto di oncologia dov'è ricoverato, con i compagni di letto che tossiscono (e dai colpi asfissianti e ripetuti capisci se la situazione peggiora) Giacomo Cardaci racconta l'odissea dei malati di tumore che ogni giorno si aggrappano ad una speranza, ad un medico, ad un farmaco, ad una seduta di radioterapia o ad una fiala rossa. La tosse del soldato, come la chiama lui, è un impatto crudele, avverte per chi suona la campana e fa pensare al terrore negli occhi di Don Rodrigo all'arrivo dei monatti. Così nel dormiveglia qualcuno supplica «ti prego, smetti di tossire, resisti, smetti di soffocare, combatti ancora un po'...».

C'è una potenza narrativa che si alimenta con una disperazione reale, con lo smarrimento autentico dopo la prima chemio ad alto dosaggio. Cardaci il suo stupore di fronte allo schiaffo del destino lo porta fino alla fine, con le domande, i dubbi, le lacrime dei familiari, il conforto degli amici, le carezze di una mamma che definisce eroe di altri tempi, perché è sem-



pre lì, non lo lascia solo nella sua odissea finita bene, perché dall'Hodgkin oggi si esce, si guarisce. E si deve anche a un grande medico, a un padre dell'oncologia moderna, a Gianni Bonadonna, i cui protocolli dal 1976 rappresentano la terapia standard per la cura di questa malattia. Cardaci gli dice grazie di persona dopo aver scritto un libro che è anche la sua terapia: «Caro professore, se sono vivo lo devo un po' a lei».

E' bello sentire un paziente raccontare ad un grande oncologo che per lui il tumore non è solo un evento scientifico, ma un evento umano «che impegna l'anima e ammala i pensieri e aiuta a capire che gli uomini hanno una bellezza innata anche nei loro difetti. Il dolore insegna che la vita è bella anche quando ci sembra decisamente ingiusta e brutta, anche nei momenti più bui si deve capire che essere nati è un miracolo. Poter vivere è un regalo, sopravvivere invece è un'occasione».

Quando va in giro a presentare il suo libro, Giacomo Cardaci racconta che forse è stato lo scrivere con foga questo diario a guarirlo più efficacemente dei farmaci tossici che hanno navigato nel suo corpo per due anni, friggendogli ogni cellula. «Lo scrivevo tra un ciclo di chemioterapia e l'altro, e mentre battevo sui tasti le nausee passavano e con loro le ansie e i dubbi sulla sopravvivenza, ancorati a percentuali terrorizzanti...».

C'è anche una conclusione che riguarda i medici, gli infermieri, i volontari, la gente che si occupa degli altri e non lesina sorrisi e strette di mano a chi soffre e si sente solo come un cane: senza un po' di sostegno è difficile avere speranza. «A volte bisogna tenere nelle nostre mani la tristezza che assale il cuore dei malati», dice l'oncologo Lucio Luzzatto. E' vivo per i farmaci, Giacomo Cardaci: ma la forza di resistere, spiega, si trova dentro ognuno di noi. Non esiste una formula chimica del dolore, ce n'è un'altra però che lui ha trovato nelle corsie d'ospedale: l'amore delle persone che gli hanno voluto bene. «Non saprei dire come o perché, ma sono gli elementi che compongono la formula chimica della felicità. Ciò che mi ha tenuto in vita».

Giangiacomo Schiavi gschiavi@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al cinema

Come Moretti

Terzo dei tre episodi di *Caro Diario*, film del 1993,



«Medici» racconta l'incontro con i camici bianchi del regista Nanni Moretti, colpito da un linfoma di Hodgkin. Tutto comincia con un tormentoso prurito curato con vari tipi di farmaci, ma senza successo, finché un agopuntore consiglia la strada (lastre e biopsia) che consentirà la diagnosi e, finalmente, la cura giusta.

Chi è

Giacomo Cardaci, nato ad Udine nel 1986, vive a Milano da diversi anni. In *La Formula chimica del dolore* (Mondadori), racconta la sua battaglia contro il tumore. Nel 2008 ha pubblicato, ancora per Mondadori, *Alligatori al Parini*, che rievoca l'allagamento del liceo milanese.

Il libro Un grande oncologo racconta i successi dell'Istituto tumori di Milano

Una squadra che sa vincere

La voce di Gianni Bonadonna e degli altri «pionieri»

«Sono entrato all'Istituto dei tumori di Milano perché un giorno un uomo eccezionale che si batteva contro il cancro, ma anche contro tutto e contro tutti, mi chiese d'ambé quando sarei andato a lavorare con lui. Eravamo a New York. Pietro Bucalossi (direttore dell'istituto a quell'epoca, ndr) fu deciso e inappellabile». Correva l'anno 1964.

Racconta così il suo ingresso in quello che diventerà uno dei centri di cura del cancro più importanti d'Europa, Gianni Bonadonna, l'oncologo che in tanti anni di lavoro ha legato il suo nome alla messa a punto di strategie terapeutiche innovative per il tumore della mammella e i linfomi; oggi primario emerito dell'Istituto e presidente della fondazione Michelangelo.

Fu lui a fare i primi studi clinici sull'efficacia di una molecola scoperta e purificata nel nostro Paese, l'adriamicina, l'apripista della chemioterapia che permise alla Farmitalia Carlo Erba di diventare il leader mondiale della farmaceutica oncologica. Incoraggiato dal «mitico» (fu anche grande partigiano) Bucalossi che

quando lo incontrò nel corridoio a pochi mesi dall'assunzione gli chiese: «Le sembra di lavorare secondo le sue aspirazioni?» e alla risposta: «Forse si potrebbe fare qualcosa di più», replicò, secco: «Allora, lo faccia». E di fronte al successo dell'adriamicina accompagnato dall'inevitabile perdita di capelli, da buon toscano pungente, saltò su con: «Bonadonna, tutti calvi nel reparto? Continui, le sue speranze sono ben fondate».

Figure forti (non dimentichiamo che nel 1975 diventò direttore Umberto Veronesi), relazioni intense e motivazioni granitiche fanno sì che l'istituto milanese negli anni Sessanta e Settanta diventi il «laboratorio» della lotta ai tumori. Laboratorio di nuove terapie e di una nuova visione delle cose. Uno dei passi più importanti è quando Veronesi di-

mostrò, contro tutti gli scettici del mondo, che ad un piccolo tumore si risponde, e con successo, con una «piccola» chirurgia. Ovvero che non esiste differenza di sopravvivenza fra le malate di cancro al seno sottoposte ad un intervento mutilante e quelle dove ci si limita all'asportazione del solo quadrante di mammella colpito.

Anni di grandi progressi. Ne racconta la storia — quasi un'epopea — con orgoglio, ma anche con una grande voglia di renderla accessibile a tutti, *Una guerra da vincere, l'avventura di una squadra all'Istituto nazionale dei tumori*, appena uscito per l'editore Guerini e associati.

Volume curato da Bonadonna, che ospita il racconto della sua vicenda umana e professionale legata a filo doppio a quella dell'istituto, ma anche i contributi di chi ha fatto e fa oggi la vita del «palazzo» di via Venezian e ne mantiene alta la credibilità: i chirurghi Pasquale Spinelli, Vincenzo Maz-

zaferro, Ugo Pastorino e Ermanno Leo, l'oncologa pediatra Franca Fossati-Bellani, i radiologi Patrizia Olmi (radioterapia), Emilio Bombardieri (medicina nucleare) e Renato Musumeci, gli oncologi medici Paolo Corradini, Paolo Bidoli e Umberto Tirelli, la chirurga plastica Anna Colombetti ed altri.

Un comune denominatore unisce i racconti di questi medici: la percezione di far parte di una squadra che gioca il tutto per tutto, che si è data l'obiettivo difficilissimo, forse impossibile, di sconfiggere i tumori. Lottando giorno dopo giorno contro i pregiudizi di chi si ferma ai ri-

sultati raggiunti e si accontenta. Mettendo al primo posto la ricerca, per ambizione personale, ma, soprattutto, per garantire qualcosa di più in termini di sopravvivenza, e di meglio, come qualità di vita, ai malati di cancro. Una grande responsabilità.

Franca Porciani
fporciani@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Storie eccellenti

All'avanguardia

L'istituto milanese portò alla ribalta un farmaco chiave contro il cancro, l'adriamicina



LA VALUTAZIONE DEI DOCENTI

Riconoscere (adesso) ruolo e diritti dei ricercatori universitari

di DARIO ANTISERI

Al 30 aprile 2009 il personale docente delle nostre Università risulta così composto: 18 mila 962 professori ordinari, 18 mila 297 associati, 25 mila 802 ricercatori. Di 60 anni è l'età media degli ordinari, di 53 quella degli associati, di 46 quella dei ricercatori. Tra il 2009 e il 2013 vanno in pensione 11 mila 552 docenti, così suddivisi: 3.765 ordinari, 5.275 associati, 2.512 ricercatori. Entro il 2020 saranno circa 30 mila i docenti che, per raggiunti limiti di età, lasceranno l'Università. Dunque, il problema più urgente — tremendamente urgente — è quello di provvedere alla loro sostituzione, se non si vuole, per cecità ed irresponsabilità, che la nostra Università muoia. Ora, nelle Università italiane, operano 26 mila ricercatori. Ed è da anni che alla quasi totalità di costoro vengono affidati corsi di insegnamento anche fondamentali; e in qualità di docenti i ricercatori, oltre a tenere cicli di lezioni, seguono tesi di laurea, presiedono commissioni di esami, fanno parte delle sedute di laurea, sono indispensabili per i requisiti minimi che mantengono in vita i Corsi di laurea. Insomma: all'interno delle Facoltà i ricercatori svolgono le medesime funzioni degli ordinari e degli associati — solo che docenti nei loro doveri, non lo sono nei loro diritti. Mal pagati, e senza prospettive di carriera, non di rado essi — anche quelli privi di insegnamenti ufficiali — hanno sostituito e sostituiscono, nelle lezioni, negli esami e nella conduzione delle tesi, professori ordinari magari indaffarati «altrove»: anche loro impegnati nella ricerca, nella ricerca di soldi. Non dice niente il fatto che tra il 2009 e il 2013 nelle Facoltà di Medicina andranno in pensione 510 ordinari e 635 ricercatori? E un'indagine accurata dovrebbe venir condotta in altre Facoltà come Giurisprudenza, Ingegneria, Architettura, Economia. Ebbene, quello di essere valutati in ambito scientifico e didattico è il primo diritto dei ricercatori. Ed ecco, pertanto, una ragionevole proposta: si dia immediatamente inizio alle procedure di accertamento dell'idoneità scientifica e didattica dei ricercatori a tempo indeterminato e si applichi agli idonei la *tenure track* prevista, nel

nuovo regime, per i ricercatori a tempo determinato (cioè la progressione di carriera fino a professore ordinario, se continuano a venire rispettati tutti i requisiti, ndr). Quindi: nessun *ope legis*, ma responsabile attenzione, per il futuro sviluppo della nostra Università, nei confronti di quell'autentico patrimonio di ingegno, passione e pazienza costituito da migliaia di giovani (molti dei quali ormai non più giovani) dediti alla ricerca e all'insegnamento, i quali, se non vedessero prese sul serio le loro ragioni e riconosciuti i loro sacrosanti diritti, potrebbero prendere decisioni in grado di portare l'Università italiana al completo collasso. *Caveant Senatores!* E ciò perché, se da parte governativa si sta pensando a «forti aperture» nei confronti dei ricercatori a tempo indeterminato, c'è da sperare che queste «forti aperture» non si risolvano in un insulso contentino come è avvenuto nel caso dell'emendamento avanzato dalla Commissione Cultura del Senato relativo alla composizione del Cda delle Università — emendamento consistente nella proposta per cui i Cda dell'Università, se composti da undici membri (il massimo possibile), dovranno avere un minimo di tre componenti esterni e, qualora i membri del Cda siano meno di undici, almeno due dovranno essere i componenti esterni. Viene da chiedersi: ma perché questi vincoli e altre misure come il numero massimo di Facoltà di un Ateneo o la ristrutturazione dei Dipartimenti, quando le Università sanno che saranno giudicate nei risultati della ricerca e negli esiti della didattica e che, esattamente sulla base di tale valutazione, otterranno finanziamenti o saranno sanzionate? Si lascino pertanto agli Statuti delle singole Università l'organizzazione e il numero delle Facoltà, la strutturazione dei Dipartimenti, la composizione del Cda. La sferza della valutazione — con conseguenti premi e sanzioni — farà con ogni verosimiglianza tutto il resto: sarà la migliore cura per estirpare il cancro di «parentopoli», in quanto renderà tutti estremamente vigili nel reclutamento dei docenti; premierà chi fa davvero ricerca e chi si dedica con impegno alla didattica, per cui sarà difficile vedere ancora Facoltà con 78 ordinari di cui 36 sono part-time. La valutazione rappresenta una diga contro gli sprechi, porrà un freno

contro l'irresponsabile proliferazione di sedi periferiche e non ci vorrà molto tempo perché venga sfatato l'inganno (per famiglie e studenti) di Facoltà e Corsi di laurea specializzati nel preparare studenti alla disoccupazione. Si rifletta solo per un istante su questo dato: nel 2008 a Scienze della comunicazione erano 49 mila 728 gli iscritti e quelli a matematica 1.727. Ottima, pertanto, la proposta del ministro Gelmini di introdurre «un sistema di valutazione periodica da parte dell'Anvur (Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario, ndr) dell'efficienza e dei risultati conseguiti nell'ambito della didattica e della ricerca dalle singole Università e dalle loro articolazioni interne». Solo che, stabilito questo sano principio, bisognerebbe trarne con coerenza le conseguenze.

© H11H0U/UNIONF RISERVATA



Sanità. L'approdo in Aula della riforma sulle nomine di manager e primari slitta di almeno due settimane

La governance sanitaria resta ferma un giro

LO STOP DELLA RAGIONERIA

Dodici stroncature della Rgs che teme contraccolpi sull'efficacia dei piani di risanamento avviati dalle regioni «in rosso»

Roberto Turno

Prima il secco stop della Ragioneria generale, che teme sgradiati contraccolpi finanziari, con una catena di 12 stroncature e una conclusione: «In tale stato di cose, per quanto di competenza, si esprime parere contrario all'ulteriore corso del provvedimento». Poi l'altolà in stretta chiave federalista della bicamerale regionale presieduta dal leghista bresciano Davide Caparini: si invadono le competenze locali, si fa carta straccia del titolo V della Costituzione. E ancora le puntualizzazioni della commissione Giustizia, le correzioni raccomandate dalla Bilancio in sostegno alla Ragioneria, la Affari costituzionali che prende tempo.

Risultato: la cosiddetta governance sanitaria - la riforma quater della sanità pubblica dopo quella della Bindi con tanto di nuove regole su nomine di primari e manager e la liberalizzazione della libera professione dei medici - deve fermarsi almeno per un giro. Con i governatori che già da tempo hanno fatto sapere a chiare lettere di non voler perdere in alcun modo i loro poteri: se federalismo dev'essere, federalismo sia fino in fondo. Un nuovo caso politico si sta consumando all'ombra del piccolo ma potente microcosmo sanitario. Niente a che vedere con le questioni aperte sulla giustizia, ad esempio, è chiaro. Ma il caso s'è aperto e ora si tratta. Si cerca di farlo in fretta: il provvedimento era atteso in aula già dalla prossima settimana, ma a questo punto almeno per due settimane - ben che vada - dovrà aspettare compromessi e soluzioni possibili.

Il ministro della Salute Ferruccio Fazio, che ha seguito passo

passo il provvedimento (di origine parlamentare) e che comunque aveva detto di gradirlo, getta acqua sul fuoco. Nuove questioni politiche da risolvere, guerra col Carroccio? Niente di tutto questo, ha detto ieri: «Ne ho parlato stamattina con Calderoli» e dietro allo stop non c'è alcuna «decisione politica, ma rilievi tecnici che hanno già soluzioni pronte. Martedì ci sarà un incontro per risolvere il problema». Soluzione che in ogni caso comporterà una revisione del testo e che alla fine dei conti dovrà comunque misurarsi con i niet dei governatori.

La stroncatura della Ragioneria generale ha toccato pressoché tutto il testo elaborato in commissione Affari sociali. Tanti piccoli «no», ciascuno forse di non rilevante impatto finanziario. Ma tutte insieme, evidentemente, le norme bocciate costituiscono per la Ragioneria altrettanti "attentati" ai conti pubblici. E poco importa se poi pagherebbero le regioni: anzi (si dice nel caso dell'allungamento a 70 anni dell'età pensionabile dei medici con freno del turnover per assunzioni meno costose), si rischia di mandare gambe all'aria i piani di risanamento nelle regioni in rosso. Federalismo e conti, insomma, la Ragioneria li fa combaciare. E, tra i tanti, dice «no» agli aumenti ai manager (equiparati ai primari), alla libera professione per gli infermieri, alle concessioni agli universitari, all'estensione delle regole alle cliniche convenzionate e agli ospedali religiosi che potrebbero pretendere maggiori remunerazioni.

Insomma, testo da riscrivere. Mentre sindacati, medici e manager vanno all'attacco e criticano maggioranza e governo. «Intervenga Fazio», chiedono tutti ad alta voce. Fazio, martedì, ci proverà. Ma non ancora con le regioni. Quello sarà l'ultimo scoglio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BILANCIO FOFI
*I farmacisti
soffrono
la Bersani*

Anche i farmacisti sotto scacco delle liberalizzazioni di Bersani. Che, a quanto pare, non hanno influenzato solo il mercato delle professioni tecniche o legali, ma anche quello della sanità. Basti pensare che, secondo una ricerca a cura dell'Osservatorio sull'evoluzione della professione Fofi-Sda Bocconi, che sarà presentata oggi a Roma in occasione di Cosmofarma 2010, è sempre più elevata la percentuale di cittadini che acquista prodotti medici nei supermercati o nelle parafarmacie. Fatta salva la fiducia che i clienti comunque mostrano di aver nei confronti del farmacista, quasi il 28% degli utenti acquista i prodotti nei supermercati e il 24,6% nelle parafarmacie. Le tendenze alla liberalizzazione, si legge nell'indagine, «nonché l'aumento del numero dei farmaci distribuiti tramite canali differenti dalla farmacia rischiano di minare quello che è al momento il fattore alla base della relazione tra il cittadino e farmacia e della soddisfazione del cliente». Ma chi sono i più sfiduciati? Stando ai dati «quelli che hanno meno necessità di recarsi in farmacia, e che risiedono prevalentemente nei grandi centri abitati del Nordovest e del Sud del paese». E questo, si legge, ha importanti

implicazioni: laddove c'è una maggiore concorrenza, e tale concorrenza sembrerebbe ormai crescere su tutto il territorio nazionale, il farmacista deve agire per riaffermare il proprio ruolo e rafforzare la relazione di fiducia con il cittadino. Che cosa fare quindi? La prima indicazione è la necessità di rafforzare i fattori che determinano la «fiducia razionale, attraverso strumenti di controllo di qualità, formazione professionale specifica e definizione di standard». Strumenti questi che devono riguardare indistintamente tutto il personale della farmacia. Del resto a evidenziare la necessità di un rinnovamento è lo stesso presidente della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani Andrea Mandelli che, ieri, in apertura della Cosmofarma ha ribadito la centralità della professione in un momento in cui è evidente il cambiamento del servizio farmaceutico. «La nascita della farmacia dei servizi, con arrivo nelle farmacie dei medicinali innovativi finora prerogativa esclusiva dell'ospedale sono tutti elementi che presuppongono la presenza e l'impegno di professionisti capaci di evolvere, aggiornarsi, acquisire nuove competenze».

— © Riproduzione riservata —



L'indotto farmaceutico sfida la crisi E incrementa l'occupazione del 16%

Semilavorati, macchine e tecnologie: aumentano fatturato e opportunità di lavoro



Sergio Dompé, Presidente di Farminindustria e della fiera Pharmintech; la filiera a monte del farmaco regge la crisi



BUONE NOTIZIE dal Terzo Rapporto dell'Osservatorio Pharmintech 2009: l'indotto farmaceutico italiano, con valori economici strutturali superiori alla media dell'industria italiana, ha retto meglio di altri settori la difficile congiuntura internazionale.

L'indotto farmaceutico è una filiera d'eccellenza del settore manifatturiero: si tratta di un aggregato di aziende formalmente non classificate dentro il settore farmaceutico, ma che con esso hanno strettissimi rapporti economici e tecnologici. Forniscono semilavorati, macchine e tecnologie per il processo e il confezionamento, componenti e servizi industriali per le imprese produttrici di farmaci e possono essere considerate la struttura portante della componente a monte della filiera farmaceutica.

I dati sono stati presentati ieri a Milano da Sergio Dompé, presidente di Farminindustria e della fiera Pharmintech, Guido Corbella, amministratore delegato di Ipack-Ima spa e Giampaolo Vitali, responsabile dell'Osservatorio.

«L'insieme delle imprese catalogate come indotto Pharmintech - spiega il responsabile dell'Osserva-

torio, professor Giampaolo Vitali, segretario del Gruppo Economisti d'Impresa - conta circa 61 mila occupati e 1.300 milioni di euro di salari, 10.000 milioni di fatturato, 3.400 milioni di valore aggiunto e 700 milioni di investimenti. È un settore che investe molto in ricerca, ha salari più alti della media dell'industria e addetti ad elevata qualificazione. Sono valori che l'intero insieme dell'indotto deve alle relazioni economiche con l'industria farmaceutica, della cui filiera produttiva rappresenta il segmento a monte».

I DATI EMERSI dal Rapporto Pharmintech mostrano come nel secondo semestre del 2009, rispetto alla prima metà dell'anno, il fatturato è in aumento per il 26% del campione, è invariato per il 41% e in calo per il 33%. L'export è cresciuto per il 26% delle imprese, è rimasto stabile per il 40% e in calo per il 34%.

L'occupazione ha tenuto per il 67% ed è aumentata per il 16%.

All'interno del comparto, le performance migliori spettano al settore dei servizi, mentre le tecnologie hanno più sofferto della crisi economica che ha caratterizzato il

2009 seppure in misura inferiore a quanto verificatosi in altri settori della meccanica strumentale.

L'industria farmaceutica rappresenta una delle più importanti attività manifatturiere del nostro Paese. Insieme con l'indotto determina 128 mila occupati, generalmente con alta qualificazione, un monte salari di 4.100 milioni di euro, una produzione di oltre 32.000 milioni e 10.000 milioni di euro di valore aggiunto distribuito sul territorio nazionale.

«QUALCHE VOLTA - dichiara Sergio Dompé, presidente Farminindustria e presidente Pharmintech - uno più uno fa tre. Ad esempio,



quando l'industria **farmaceutica** e l'indotto hi-tech si uniscono creando un network – con eccellenze riconosciute a livello internazionale – che ha un valore superiore a quello delle due realtà prese separatamente».

I dati dell'Osservatorio Pharmintech da questo punto di vista sono chiari. Fotografano un contesto che cresce, innova e occupa risorse altamente qualificate.

Dimostrando che senza un'industria **farmaceutica** che esporta il 54% della produzione, ha 230 progetti di nuovi farmaci in sviluppo e investe nel Paese 2,3 miliardi all'anno, difficilmente ci sarebbe un indotto così dinamico. E viceversa.

Un patrimonio industriale, quello delle imprese del farmaco e del pharmintech, che ha saputo reagire alla crisi, grazie anche alla rete vitale di sinergie, in qualche caso storiche, attivate sul nostro territorio.

IL RAPPORTO

L'OSSERVATORIO PHARMINTECH È UN PROGETTO SOSTENUTO DA FARMINDUSTRIA

I NUMERI

61.000

I LAVORATORI NEL SETTORE

Le dinamiche sono virtuose e la manodopera occupata è d'alto livello

10

I MILIARDI FATTURATI

Il giro d'affari è in aumento per il 26% delle aziende

IL COMPARTO

La produzione di farmaci e una delle più importanti attività manifatturiere italiane
FIORE ALL'OCCHIELLO

Qui si investe molto in ricerca
Salari e stipendi sono più alti della media dell'industria