

## Inchiesta italiana

Già undici colpi, i medicinali vengono poi venduti nei paesi dell'Est

# La banda dei farmaci salvavita 15 milioni rubati agli ospedali

GIULIANO FOSCHINI  
FABIO TONACCI

**I**NGIRO per l'Europa c'è una borsa frigo che vale un milione di euro. Contiene flaconi di farmaci biologici e ghiaccio secco. Una borsa anonima, come se ne vedono tante nei campeggi. La custodisce una banda di criminali che traffica in speranza: ruba costosissimi medicinali salvavita negli ospedali italiani.

**E**Li rivende come fossero oro in tutto il mondo. In Est Europa soprattutto, nella Grecia prostrata dalla crisi, in Bielorussia. Dovunque ci siano malati gravi con tanti soldi e sistemi sanitari non efficienti.

Parte da qui, da una borsa frigo vagante e dal suo prezioso bottino, una storia criminale che nelle ultime settimane sta facendo lavorare e preoccupare i migliori investigatori italiani. Tutti sulle tracce della banda del farmaco biologico. Undici colpi da aprile del 2011 a oggi in sette ospedali diversi: da Modena a Bari, furti da 15 milioni di euro. La stessa tecnica: colpo mirato, su commissione, probabilmente un basista corrotto tra il personale medico, un lavoretto "pulito", da professionista. E soprattutto lo stesso obiettivo: i medicinali più costosi, quelli biologici di ultima generazione e quelli sperimentali, che in Italia sono utilizzati nelle strutture pubbliche d'eccellenza per curare tumori alla mammella o alla prostata, malattie come l'artrite reumatoide, la psoriasi o il morbo di Crohn. Costo medio, 1000 euro a dose. Sono fiale particolari: non si trovano nelle comuni farmacie, devono essere conservate in frigorifero, hanno nomi che sembrano codici fiscali (Cetuximab, Mabthera, Infiximab, Efalizumab), si possono somministrare soltanto in regime ospedaliero. Ma questo conta poco per la banda. Quei farmaci sono oro, sono un business criminale che non conosce crisi della do-

manda. Come agiscono i ladri di medicine? E con quali tecniche?

### LE AZIONI DELLA BANDA

Al Policlinico di Bari, l'ultimo colpo, sono entrati il 9 gennaio. «La farmacia era particolarmente sorvegliata — racconta Vitangelo Dattoli, direttore generale dell'azienda ospedaliera — perché già il 30 dicembre qualcuno era entrato e aveva portato via dei farmaci: poca roba, ma chiaramente la cosa ci aveva insospettito. Eppure ci hanno frega-

to ancora». Sanno quello che fanno, non si tratta di bassa manovalanza da strada. Hanno colpito poco dopo la mezzanotte, senza far scattare il sistema di allarme e senza mai passare davanti alle telecamere di videosorveglianza piazzate attorno alla struttura. Fantasma. «È come se avessero avuto una mappa delle misure di sicurezza: sono entrati dall'unico posto dal quale non potevamo vederli», ammette un investigatore. Hanno forzato una porta di ingresso e si sono diretti alla cella frigorifera. Tra le tante del magazzino, quella giusta: in pochi minuti hanno riempito una valigetta di 856 scatole di fiale per lo più per la cura tumorale e delle malattie autoimmuni. Un bottino da un milione di euro. «Hanno preso le scatole di Humira, Enbrel e Orenia che già, in parte, avevano portato via il 30 dicembre». Poi sono spariti nel nulla.

La stessa tecnica usata per svaligiare tre volte il Policlinico Federico II di Napoli. Con un'accortezza in più. La notte del 3 luglio del 2011 entrano nella farmacia dopo aver disattivato l'allarme inserendo il codice giusto, che era scritto su un post-it sotto la tastiera di un computer. Se ne vanno, senza scassinare neanche una porta, con 3,5 milioni di euro di Rebif, il medicinale più all'avanguardia per la cura della sclerosi multipla. «Dopo quella notte — racconta un poliziotto che segue le indagini — abbiamo messo telecamere nascoste ovunque, abbiamo fatto appostamenti, creato falsi piani di consegna del Rebif per attirarli in trappola». Risultato? Il 20 feb-

braio successivo la banda riesce a rubare un altro milione di euro di farmaci, tra Rebif e antitumorali, senza nemmeno entrare nel magazzino. «Hanno fatto un buco sulla parete alle spalle della cella frigorifera giusta, eludendo le nostre telecamere nascoste».

Un cerchio perfetto, un metro di diametro nel muro della farmacia. Come hanno fatto nella parete dell'ospedale Ruggi di Salerno il 2 novembre 2012 (600 mila euro di Rebif e antitumorali). E ancora al Miulli di Acquaviva delle Fonti (Bari) il 7 gennaio scorso (173 mila euro di farmaci biologici). Sempre nel cuore della notte. Sempre a caccia dei farmaci più costosi. Ma da chi è composta la banda? E da chi è guidata?

### UNA REGIA UNICA

Gli investigatori al momento hanno davanti un mosaico da comporre, con tante tessere e poche certezze. Il sospetto principale è che ci sia una «regia unica», al vertice di una sorta di "holding" dei ladri di farmaco. Una banda superspecializzata, dunque, che da almeno due anni sta lavorando in Italia. Italiani? O stranieri? «Al momento non possiamo escludere alcuna ipotesi — spiega una fonte altamente qualificata del comando del Nas, i carabinieri del Nucleo Antisofisticazione — i fatti ci dicono che sono professionisti. Lavorano in punta di piedi, non lasciano tracce: niente immagini, niente impronte. Questo ci fa pensare che si tratti di una sola banda ma è anche vero che le modalità di ef-

frazione sono diverse tra loro: in alcuni casi disattivano gli allarmi, in altri forzano le porte, in altri ancora bucano i muri». In tutti i casi però non è stata fatta mai confusione: sanno sempre dove andare e cosa prendere, tanto che in alcuni casi soltanto giorni dopo il personale si è accorto che mancavano le medicine.

Il gruppo di ladri opera soprattutto nel sud Italia, ma non disdegna di fare puntate al Nord. A Modena il 3 dicembre ha ripulito il Policlinico di 400 mila euro di farmaci biologici. Senza sfonda-

re nemmeno una porta. In almeno due ospedali, a Napoli e a Bari, chi indaga è certo della complicità interna perché «era praticamente impossibile andare così a botta sicura senza avere un'indicazione precisa». Unica traccia: un furgone che per giorni, hanno raccontato alcuni infermieri, è rimasto fermo nelle vicinanze dell'ingresso dell'ospedale Federico II a Napoli. Ma dove finiscono questi farmaci? Chi li compra?

### LE INDAGINI

Per mettere insieme le tessere del mosaico le indagini partono proprio da queste due domande. Partono cioè dalla fine, dall'utilizzatore finale. «I medicinali rubati — ragiona un investigatore del Nas — sono costosissimi, ma nel nostro paese sono messi a disposizione dei malati dal servizio sanitario. Quindi è da escludere che finiscano sul mercato nero italiano o nei paesi dell'Europa occidentale». La pista più documentata porta ad Est. In Albania, Romania, Bielorussia, Ucraina, Moldavia. Le borse frigo da campeggio vengono trasportate in macchina, o via nave dal porto di Ancona. Quando arrivano a destinazione vengono venduti a cliniche private o a dottori compiacenti a metà prezzo. Con 15 milioni di euro di farmaci biologici, la banda se ne intasca almeno otto.

«In Russia e nei paesi dell'ex Unione sovietica la liquidità è tanta e le strutture sanitarie non sempre sono all'altezza. Gli antitumorali biologici custoditi nei nostri Policlinici fanno parte sì di terapie sperimentali, ma sono assai efficaci». Una parte finirebbe, secondo alcune evidenze d'indagine, nella Grecia azzoppata dal crack economico, dove gli ospedali pubblici stanno soffrendo carenza di strutture e medicinali, tra cui anche i farmaci biologici. In Albania tra i committenti della banda ci sarebbero pure dei medici ciarlatani, che promettono cure miracolose finendo per abbondare anche pazienti italiani disposti a pagare migliaia e migliaia di euro. E c'è pure una pista, ancora tutta da verificare,

che porterebbe a compratori localizzati in Gran Bretagna e Germania. Per ora sono solo ipotesi. Per ora ci sono borse frigo milionarie in giro. E la banda continua a colpire.

### **Il traffico**

I flaconi rubati vengono trasportati dentro borse frigo in Grecia e Bielorussia: sono richiesti dai malati che vivono in Paesi con sistemi sanitari inefficienti

### **La talpa**

L'ultimo blitz 10 giorni fa al Policlinico di Bari: nel mirino gli antitumorali stessa tecnica usata a Napoli, si sospetta la presenza di un complice interno

### **Le indagini**

Le fiale sarebbero richieste da alcune cliniche private e da medici compiacenti i ladri intascano circa la metà del valore del bottino stimato in 15 milioni di euro

## **Inchiesta italiana**

# I predatori degli ospedali così i farmaci diventano oro al mercato nero dell'Est

*Boom di furti da Bari a Modena: è il nuovo business criminale*

#### **Le tecniche**

Come agiscono e quali tecniche prediligono gli autori di questi colpi milionari?

#### **L'organizzazione**

Chi sono i membri dell'organizzazione e quale è la mente che li guida e ne pianifica le azioni?

#### **La domanda**

Ma in quali piazze sono richiesti questi medicinali biologici di ultima generazione? Chi li acquista?

23

I furti compiuti  
da luglio 2011



di questi 11  
sono stati attribuiti  
alla banda



1 Un basista studia  
per settimane la farmacia  
dell'ospedale

Il colpo avviene di solito  
nel weekend

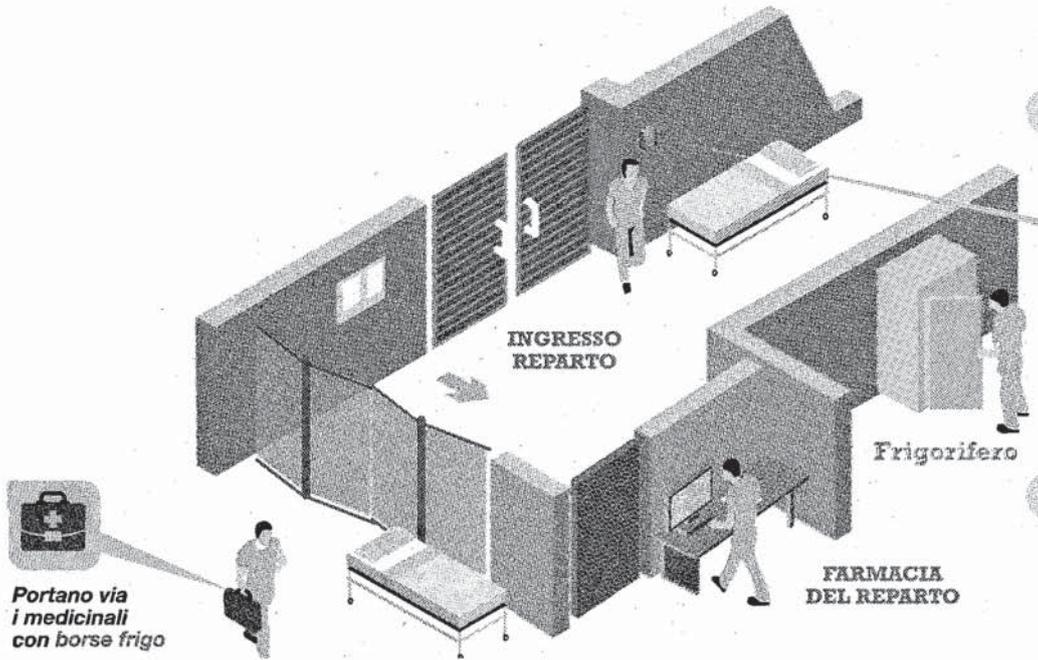
2 Con la complicità  
di un interno,  
viene disattivato l'allarme



I ladri hanno una mappa  
con la localizzazione  
del frigo e sanno  
quali flaconi prendere

3 Nel caso di farmacie  
protette, bucano  
il muro dietro alla cella frigo

Escono dall'ospedale senza  
scassinare niente



Portano via  
i medicinali  
con borse frigo

## La mappa dei furti nelle farmacie ospedaliere e nei furgoni

### Caserta

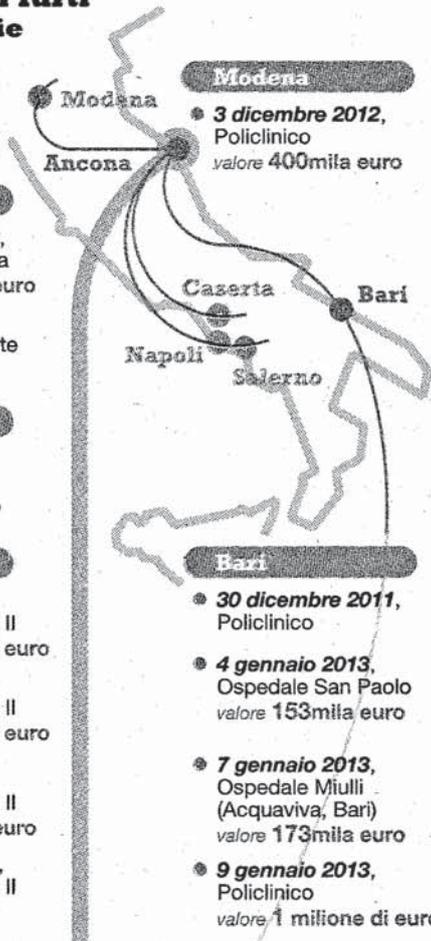
- 22 settembre 2012, Ospedale Sant'Anna valore 1 milione di euro
- settembre 2012, Ospedale Piedimonte furto fallito

### Salerno

- 2 novembre 2012, Ospedale Ruggi valore 600mila euro

### Napoli

- 4 aprile 2011, Policlinico Federico II valore 1,5 milioni di euro
- 3 luglio 2011, Policlinico Federico II valore 3,5 milioni di euro
- 20 febbraio 2012, Policlinico Federico II valore 1 milione di euro
- 24 novembre 2012, Policlinico Federico II valore 43 mila euro



### Modena

- 3 dicembre 2012, Policlinico valore 400mila euro

### Bari

- 30 dicembre 2011, Policlinico
- 4 gennaio 2013, Ospedale San Paolo valore 153mila euro
- 7 gennaio 2013, Ospedale Miulli (Acquaviva, Bari) valore 173mila euro
- 9 gennaio 2013, Policlinico valore 1 milione di euro

### Le rotte in uscita

L'ipotesi degli inquirenti è che i farmaci vengano rivenduti nei mercati dove non sono reperibili



## I farmaci rubati

Sono tutti di fascia H, cioè si trovano solo negli ospedali e possono essere maneggiati solo da personale ospedaliero



Farmaco per la sclerosi multipla Rebif



Farmaci biologici contro la psoriasi: Enbrel, Etanercept, Efalizumab  
 antitumorali: Cetuximab, Bevacizumab, Sorafenib, Sunitinib  
 per il trattamento dell'artrite reumatoide: Orenzia, Anakinra, Mabthera  
 contro il morbo di Crohn: Humira, Infliximab e Adalimumab



1.000 euro

Il costo medio di un flacone

## Il traffico di medicinali

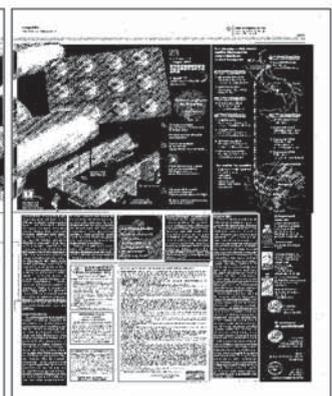
100 miliardi

Il volume mondiale del contrabbando di farmaci in dollari

di cui il 50% in alcune zone dell'Africa e dell'Asia

90-100 milioni

La stima del valore dei farmaci rubati in Italia nel 2012



**L'OSPEDALE DEL TOPO**  
A BOSTON SINGOLARE  
RICERCA ANTICANCRO p. 90

# C'è un TOPO in ospedale

**Animali infettati con diverse cellule cancerogene. Per testare le cure. E la via maestra per cercare nuovi farmaci. Con un protagonista: italiano**

DI ANTONIO CARLUCCI DA BOSTON

**SE MOLECOLE PROMETTENTI FUNZIONANO SULLE CAVIE, SI POSSONO USARE DIRETTAMENTE SUGLI UOMINI. ACCORCIANDO I TEMPI DELLE NUOVE TERAPIE**

**L'**ospedale del topo è a Boston, all'ottavo piano del nuovissimo edificio che ospita il centro di ricerca sui tumori del Beth Israel. L'ascensore arriva sin lassù solo se sei autorizzato da una carta magnetica di riconoscimento e la porta d'ingresso conduce in una stanza dove comincia il rito della vestizione: tuta bianca da laboratorio completata da sovrascarpe, guanti, cuffia e mascherina. Una volta indossati i capi obbligatori, bisogna sostare qualche secondo in un cilindro trasparente chiuso ermeticamente che soffia aria compressa da decine di buchi. Solo allora si apre la porta che conduce alle stanze dove vivono migliaia di topolini. Sono chiusi in scatole trasparenti, in cinque per ciascuna, collegate a un sistema automatico di alimentazione.

Tutti e cinquemila i topi ospiti di questo centro clinico e di ricerca sono ammalati di cancro o lo saranno molto presto. Le più diverse patologie: dalla prostata al polmone, dal sangue al cervello. I topi sono i pazienti utilizzati per verificare le evoluzioni del cancro e, soprattutto, per testare nuovi medicinali. A capo dell'ospedale del topo c'è un italiano, si chiama Pier Paolo Pandolfi, è alla soglia dei 50 anni e si deve alle sue scoperte se uno dei tumori più maligni - la leucemia acuta promielocitica, me-

glio conosciuta con l'acronimo di Lap - è attualmente trattabile.

L'idea dell'ospedale del topo come centro di ricerca sull'evoluzione del cancro e di test sui farmaci è ormai riconosciuta come una via maestra nella lotta alla malattia. Alla fine di novembre, il National Institute of Health, il braccio operativo del ministero della Salute degli Stati Uniti nel campo della ricerca biomedica, ha organizzato una riunione con Pandolfi e con altri ricercatori di fama internazionale per discutere la possibilità che in rapporto diretto con grandi ospedali americani vengano create una serie di cliniche del topo con l'obiettivo di allargare in modo esponenziale la ricerca e i test, un modo per arrivare prima a risultati positivi per l'uomo (esiste anche un progetto di creare una struttura del genere a Roma, come si può leggere nel riquadro a pagina 92).

«L'ospedale del topo è basato sul concetto del malato surrogato», racconta Pier Paolo Pandolfi in un incontro con "l'Espresso" nel suo ufficio al Beth Israel Deacones Cancer Center di Boston: «Il malato surrogato è il topo che noi ingegnerizziamo. Praticamente, lo

creiamo e lo inventiamo perché esprima in modo eccessivo i geni che causano o sopprimono il cancro nell'uomo». Come fa il topo a sviluppare il cancro? Spiega Pandolfi: «Si prende un ovocito fertilizzato del topo e con un micro ago si inietta nel nucleo un pezzo di gene preso dal tumore umano che così viene integrato nel genoma del topo. Quando nasce e poi cresce, l'animale sviluppa il cancro allo stesso modo dell'uomo, spontaneamente. Se gli mettiamo l'oncogene umano nella prostata, al topo viene il tumore alla prostata ed è indistinguibile, morfologicamente e tecnicamente, da quello della prostata umana. La cellula malata del topo e quella dell'uomo non presentano alcuna differenza quando vengono esaminate al microscopio».

Questa è stata la scoperta che Pier Paolo Pandolfi ha fatto nella seconda parte degli anni Novanta quando era un ricercatore all'università di Perugia: isolare una cellula tumorale umana (nel suo caso quella della Lap), iniettarla nell'ovocito di un topo e scoprire che quel tumore non solo si sviluppava, ma la malattia si presentava in modi differenti a seconda di quali geni o combinazione di geni la facevano emergere. Di qui i test con un solo farmaco o con diversi farmaci hanno portato a individuare per ogni specie e sottospecie di cancro la giusta terapia.

Questa scoperta, resa nota attraverso la pubblicazione che era stato creato il primo modello di topo con la leucemia promielocitica acuta, ha automaticamente iscritto Pandolfi nel club dei ricercatori e giovani scienziati italiani che per continuare sulla strada intrapresa sono andati all'estero (e li sono rimasti) perché il Sistema Italia non è in grado - culturalmente, politicamente e finanziariamente - di offrire a chi, per capacità, impegno e meriti di studio sta un passo avanti agli altri, un percorso professionale che non sia quello regolato dalla cieca burocrazia del ministero della Pubblica Istruzione e delle varie università. Così, Pandolfi prima è andato in Inghilterra, poi ha trovato posto in uno dei centri di ricerca più importanti del mondo, lo Sloan Kettering di New York, infine è arrivato al vertice del centro di ricerca del Beth Israel che è uno dei cinque ospedali della Harvard Medical School. Oggi dirige il centro di tumori, è alla guida della ricerca genetica, è il capo della Divisione Genetica del Dipartimento di Medicina ed insegna patologia alla Harvard Medical School.

Eppure, la strada che aveva imboccato a vent'anni tutto prevedeva tranne che la medicina e la ricerca su geni e cancro. Romano, figlio di due professori universitari specializzati in materie umanistiche, Pandolfi seguì la strada tracciata dai genitori studiando filosofia e scienze umane. Racconta Pandolfi: «Ho studiato pianoforte fino al quinto anno di conservatorio e mi sono iscritto a filosofia perché mi piaceva la scienza, l'epistemologia, la filosofia del linguaggio. Poi, è accaduto qualcosa che ancora oggi è difficile spiegare se non attraverso la passione per la scienza: quando lessi che avevano scoperto gli oncogeni, l'idea di questi geni che sviluppano il cancro mi affascino e decisi di mollare filosofia e iscrivermi a medicina. Da subito mi infilai in un laboratorio, facevo esami e passavo ore in laboratorio. E smaniai perché mi offrissero la possibilità di andare all'estero».

Quasi alla fine del percorso che porta alla laurea in medicina, Pandolfi impresse un altro cambio decisivo alla sua vita. «Seppi che un giovane ricercatore di successo, Pier Giuseppe Pelicci (oggi è condirettore scientifico dell'Istituto Oncologico Europeo, ndr.), era rientrato dagli Stati Uniti stabilendosi a Perugia. Andai a parlargli e lui mi propose di finire gli studi in quella città». Pandolfi ne parlò con i genitori. «Mia madre fu ab-

bastanza comprensiva, mio padre disse che gli sembrava una follia cambiare università l'ultimo anno e mi invitò a laurearmi a poi andare a Perugia. Alla mia insistenza, replicò dicendo che tutte le spese avrei dovuto sostenerle io, lui mi faceva solo un prestito da restituire». E così fu, da Roma a Perugia, laurea e laboratorio, l'incontro con la futura moglie anche lei ricercatrice e oggi con lui alla Medical School di Harvard, la frenesia di lavorare sugli oncogeni e di sperimentare ogni nuova idea.

Da Perugia si spostò a Londra per un dottorato al National Institute for Medical Research, due anni per progredire nel lavoro cominciato in Italia. Ancor prima di chiudere il biennio, ricevette l'offerta di trasferirsi negli Stati Uniti in uno dei centri più noti per le ricerche e la cura dei tumori. A New York, allo Sloan Kettering, Pandolfi trovò sistemazione nel dipartimento di Human Genetics. «Ero al secondo anno di dottorato e mi hanno affidato un laboratorio strafinanziato e il mandato era di fare modelli di cancro nel topo. Rimasi sorpreso dalla apertura mentale del mondo scientifico americano e dalla capacità di investire sui giovani». Pandolfi fece quello che sapeva fare meglio, lavorare in laboratorio. «La svolta è arrivata quando sono riuscito a convincere i clinici a usare sugli uomini i farmaci che funzionavano sui topi. In particolare c'era un medico che veniva alle nostre riunioni, chiedeva sempre quali passi in avanti avessimo fatto: era così aperto di mente che quando capì che i topi erano modelli fedeli e che rispondevano ad alcuni farmaci, ha avuto il coraggio di usare le stesse combinazioni farmacologiche sugli uomini. Ha funzionato e in quel momento possiamo dire che la Lap è stata eradicata ed ha finito di essere una malattia per cui si muore. Lì, allo Sloan Kettering, è nato nello stesso momento il concetto di ospedale del topo».

Gli esperimenti, le pubblicazioni, i trial clinici positivi. La via del successo cominciò ad essere ben delineata per Pier Paolo Pandolfi. La prova sta nell'offerta che arrivò dalla Harvard Medical School, il centro di ricerca sul cancro del Beth Israel. «Fu come se mi offrissero la luna, la direzione scientifica di tutto il centro, mentre a New York ero solo il responsabile del mio gruppo. In più, finanziamenti enormi alla ricerca e uno stipendio molto alto». Per capire quanto valga il cancer center del Beth Israel bisogna sapere che il 90 per cento dei fondi federali destinati alla ricerca finiscono tra la California e Boston e di questo 90 per cento il 70-80 per cento va alla comunità scientifica del Massachusetts. «L'ospedale del topo ha ricevuto un finanziamento inizia-

le intorno ai 4 milioni di dollari e il mio gruppo di lavoro ha un budget di quasi 3 milioni di dollari annuali, una trentina di persona tra cui alcuni italiani. Il Cancer Center dispone di una quota notevole del budget dell'ospedale che complessivamente vale 1,2 miliardi di dollari». A tutto ciò vanno aggiunte donazioni provenienti da iniziative filantropiche per un valore che varia annualmente tra i 5 e i 10 milioni di dollari.

L'ospedale del topo, che replica in tutto e per tutto l'ospedale per gli uomini, perché esistono tutte le attrezzature, dalla Tac alla risonanza, che si trovano nei reparti oncologici tradizionali, e poi le sale operatorie, i laboratori di analisi, ha un costo solo per il mantenimento dei pazienti surrogati che si aggira intorno ai 2 milioni di dollari. «Ogni gabbietta con 5 topi costa intorno ai 2 dollari al giorno e in questo momento ce ne sono 3 mila di queste gabbiette». Ma sono costi di gran lunga inferiori a quelli da sostenere se al posto dei topi fossero usati altri animali. Inimmaginabili sarebbero i costi (e i tempi) se tutte le sperimentazioni dovessero essere fatte sugli uomini. In termini di spesa l'ospedale del topo costa uno mentre quello dell'uomo cento. I risultati che sono già stati ottenuti confermano che questa è la strada da percorrere. Anche nel rapporto con le aziende che forniscono i farmaci da testare. «L'idea da seguire per il futuro è di fare delle partnership pubblico-privato con le case farmaceutiche che pagano una specie di abbonamento iniziale all'ospedale del topo e poi pagano in funzione di quanto utilizzino la struttura».

Il cancro è la malattia dei nostri tempi e sarà sempre più presente nella nostra società perché è legata alla vita che si allunga. Ma la ricerca sta facendo progressi importanti e il dato che lo dimostra è la diminuzione della percentuale di decessi. «Gli ultimi dati raccontano che il numero totale dei morti resta lo stesso a fronte di un numero maggiore e in crescita di casi. Questo indica che le cure funzionano». Pandolfi spiega che cosa è cambiato negli ultimi vent'anni ricorrendo a un paragone automobilistico. «Se non sai come funziona il motore di una macchina, quando si rompe puoi solo cambiarlo, ed è quello che abbiamo fatto con i tumori all'inizio, ovvero rimuoverli chirurgicamente o bombardarli per cercare di uccidere le cellule malate. Adesso sappiamo che il motore dell'uomo è fatto di mille pezzi, che se ne può rompere uno o più in serie e conosciamo alcune terapie per riparare i singoli pezzi. L'ospedale del topo ci aiuterà ad avere cento, mille, diecimila modi di riparare le singole parti del motore umano senza rottamarlo». ■

**Salute.** Studio Bocconi sui listini di cinque Paesi - Le aziende: siamo in sofferenza

# Farmaci, in Italia i prezzi più bassi

**Roberto Turno**

Il 19% in meno in farmacia e l'8 in meno in ospedale, con una media totale in sofferenza del 14,6% sul mercato totale. I prezzi dei farmaci (a ricavo industria) sono in Italia da ultima della classe rispetto a Germania, Francia, Inghilterra e Spagna, i primi quattro competitor europei. E sarebbero ancora più bassi se ai valori di listino si inglobassero anche gli effetti di tutti gli sconti applicati a livello nazionale e locale, tra pay back, tetti di spesa, payment by result, risk e cost sharing.

Ad arrivare a queste conclusioni è uno studio realizzato dal Cergas Bocconi su dati Ims che ha messo a confronto i listini dei farmaci nei 5 big Ue, aggiornando un precedente studio che stavolta ingloba anche la farmaceutica ospedaliera e i senza brevetto. Col risultato

che pressoché da tutte le comparazioni il mercato italiano sarebbe il meno vantaggioso per le industrie farmaceutiche. Con due sole eccezioni: in Spagna i prezzi dei farmaci ospedalieri sono meno cari del 15,2% mentre in Inghilterra i farmaci senza brevetto hanno in media un costo inferiore del 12,4%.

«Lo studio conferma quanto diciamo da tempo - afferma il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi -. In una situazione che tra prezzi più bassi, tempi d'accesso al mercato più lunghi e ritmi di rimborso delle forniture impossibili, sta creando seri problemi di sostenibilità alle imprese». Tutto questo mentre la domanda interna cala (-0,3 di media annua) e così il valore della produzione (stima dell'1,5% nel biennio), che senza il sostegno dell'export avrebbe fatto segnare una contrazione (-6,5%) an-

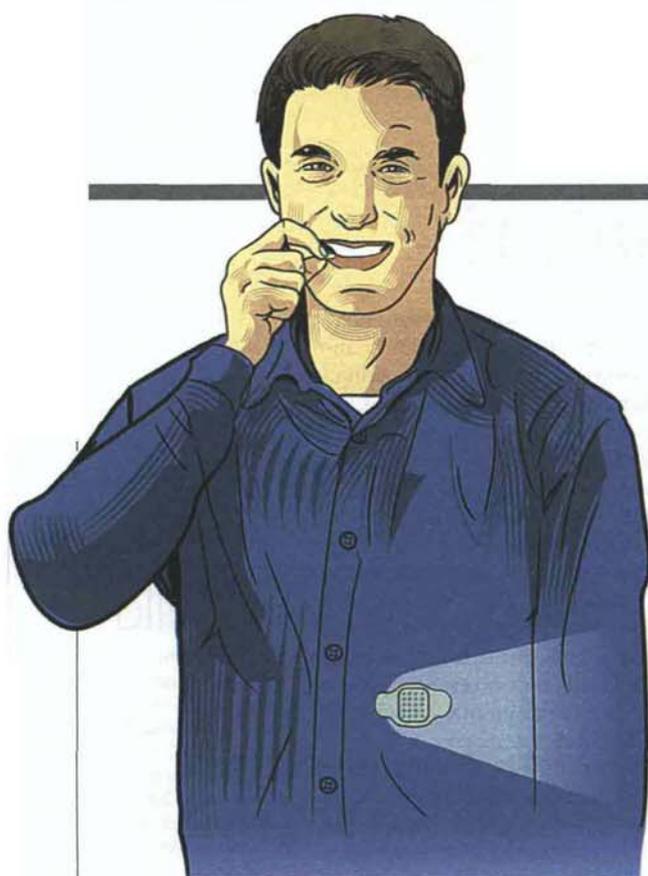
cora più marcata. Ma proprio l'export, pur crescendo, è destinato a segnare battute d'arresto trascinando ancora più indietro la produzione col rischio di non potere più compensare il ribasso del mercato nazionale. «È chiaro che il rischio di delocalizzazione è lì...», aggiunge Scaccabarozzi. Le sirene di altri Paesi certo non mancano: l'ultimo caso è la Russia, pronta ad allargare l'accesso ai farmaci in cambio dell'insediamento di nuovi impianti di produzione.

Lo studio Cergas Bocconi, curato da Claudio Jommi e Francesco Costa, confronta i prezzi unitari delle prime 150 molecole in farmacia (60% del fatturato di classe A) e le prime 50 per l'ospedaliera (30% del mercato) al lordo di sconti e di contratti specifici di rimborso o di prezzo condizionati. I prezzi in Italia sono sempre più bas-

si, col picco massimo della Germania (89% dei casi) e quello minimo del Regno Unito (56%). Rispetto al mercato in farmacia, i listini sono in media più alti del 18,9% che in Italia (+39% in Germania, +16% in Francia, +12,5 in Spagna, appena +0,4% nel Regno Unito). Nel canale farmacia, in particolare, i prezzi dei farmaci con brevetto costano fuori Italia in media il 19% in più (dal +51% della Germania al +0,6% della Spagna), i senza brevetto +16,5% (dal +28,7% della Francia al -12,4 del Regno Unito). Perdita secca per i prezzi in Italia anche per la farmaceutica ospedaliera: -8% in media, dal +21% del Regno Unito al -15,2% della Spagna. Risultato: il 14,6% in media di prezzi più bassi, con la Germania più favorevole per i listini delle farmaceutiche (+32%) e la Spagna che ci insegue a un passo (+3,5%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA





#### CHIP E MAGNESIO

La pillola, composta da piccole quantità di rame e magnesio, contiene un chip.



#### DALLO STOMACO...

Il metallo interagisce con i fluidi presenti nello stomaco e genera una corrente.



#### ...AL TORACE

I segnali vengono trasmessi a un cerotto applicato sul torace del paziente.



#### FINO AL CELLULARE

Le informazioni (per esempio su quando la pillola è stata ingoiata) sono inviate wireless al cellulare del medico.

## Un farmaco hi-tech sa tutto e lo dice al vostro medico

**Dagli Stati Uniti arriva una pillola molto particolare: una volta ingoiata, invia i dati sulla terapia seguita, e altro, allo specialista.**

Il nome mette quasi soggezione: Proteus digital health feedback system. Del resto, non è una pillola qualsiasi: equipaggiata con microchip e sistema wireless, è in grado di comunicare con il paziente e con il medico, che in questo modo capisce se il suo assistito segue la cura in modo corretto.

Metà dei medici, grosso modo, non riesce a monitorare l'aderenza alla terapia, ossia se il farmaco viene assunto negli orari giusti e nelle dosi raccomandate (lo chiede ovviamente allo stesso paziente, che spesso però è anziano e magari smemorato). La «smart pill» (messa

a punto da un medico, George Savage, con un ingegnere elettronico, Mark Zdeblick) è composta di piccole quantità di rame e magnesio per condurre elettricità. Il metallo contenuto interagisce con i fluidi dello stomaco e genera una corrente, che invia segnali a un cerotto hi-tech applicato sul torace del paziente; il cerotto a sua volta manda il segnale, via bluetooth, all'iPhone del medico con informazioni sul principio attivo del farmaco, numero di serie, azienda produttrice, data di ingestione (tutte informazioni che vengono memorizzate e salvate sul Cloud di internet). La Fda, l'agenzia del farmaco americana, ha per ora approvato una versione placebo della pillola, alla quale sono interessate diverse aziende farmaceutiche. Presto, forse, entrerà in commercio. ■

# Dove colpirà la stangata sanitaria

**Quest'anno le regioni in deficit aumenteranno ancora l'Irpef. Con un reddito di 50 mila euro, si pagheranno anche 700 euro più di chi vive al Nord.**

**A**lla fine del 2012 Mario Monti l'aveva buttata lì: il sistema sanitario potrebbe non essere più sostenibile. Con i primi effetti della revisione della spesa pubblica, gli italiani iniziano a rendersene conto. In Lombardia alcuni test pediatrici non sono più gratuiti. A Bolzano asl e comprensori stanno identificando le misure per risparmiare 50 milioni. In Basilicata si taglia la fisiokinesiterapia. Per ora, poca roba. Il grosso sarà il taglio di posti letto negli ospedali e di fondi per le strutture convenzionate. «Anche questo significa di fatto mettere a pagamento servizi finora gratuiti» sottolinea Federico Lega, responsabile segmento sanità alla Bocconi, «perché la riduzione dell'offerta allungherà le liste di attesa spostando la domanda sulle strutture private». Ma si pagherà anche, e non poco, con le addizionali Irpef regionali, che quest'anno possono salire di 0,6 punti nelle 8 regioni con piani di rientro dai deficit sanitari.

In attesa di vedere cosa prevederanno i bilanci 2013 (in buona parte ancora da approvare), la Uil Servizio politiche territoriali sottolinea che solo

l'Abruzzo ha rimesso i conti in carreggiata. Su Lazio, Puglia, Sicilia e Piemonte resta l'allarme. Per Campania, Calabria e Molise (che sono ancora più in crisi e quindi hanno anche un'aliquota extra dello 0,3) è facile prevedere il passaggio all'aliquota massima. Proviamo a fare due conti.

Oggi l'addizionale varia tra 1,23 e 1,73 per cento, cui si aggiunge lo 0,3 per le regioni più in rosso. Da quest'anno le regioni in crisi possono salire di un ulteriore 0,6: totale massimo 2,63. In Veneto, per esempio, l'aliquota è ai minimi: 1,23. Quindi un padovano che guadagna 50 mila euro lordi paga 615 di addizionale Irpef e ha un servizio di qualità. Un napoletano rischia invece di pagarne 1.315. Per Tommaso Cottone, procuratore regionale della Corte dei conti, le maggiori imposte per la spesa sanitaria hanno già portato a un inasprimento della pressione fiscale in Campania per 289 milioni di euro. E magari, vista la qualità del servizio, bisogna curarsi al Nord. Ma è un cane che si morde la coda, perché poi la regione di residenza rimborsa quella di destinazione. L'anno scorso Lombardia ed Emilia-Romagna hanno vantato crediti per 450 e 350 milioni. A pagare sono state Campania, Calabria e Sicilia, che avevano rispettivamente 300, 250 e 200 milioni di debiti. *(Martino Cavalli)*

**PUNTO**

L'Alto Adige può fare a meno dell'Irap al 3,9 per cento e ha deciso di azzerare per 5 anni l'imposta più odiata dagli imprenditori su tutte le attività che andranno a insediarsi nella provincia di Bolzano. Chi l'ha detto che in Italia il federalismo fiscale non c'è?

0,6%

L'aggravio già nel 2013 dell'addizionale Irpef è possibile in tutte le regioni che hanno piani di rientro dai deficit sanitario.



**Ignazio Marino** *Questioni di vita*

# Che cosa insegna il tilt delle barelle

**A**mbulanze ferme per ore con i pazienti bloccati nelle lettighe per la mancanza di posti letto e persino di barelle nei pronto soccorso. Così la rete dell'emergenza di Roma è andata in tilt pochi giorni fa, per l'ennesima volta, dimostrando quanto sia urgente intervenire prima che sia troppo tardi. Troppo tardi perché ogni volta che sui giornali si denuncia il malfunzionamento della sanità, c'è qualcuno che credendosi saggio afferma: «Non possiamo più dare tutto a tutti». Può darsi, ma la sostenibilità non si ottiene con tagli continui e indiscriminati, e neanche ricorrendo alle assicurazioni che tendono ad alimentare un'assistenza a due velocità: una privata per chi ha maggiori disponibilità economiche e una pubblica, impoverita di strumenti e professionalità, per chi l'assicurazione non se la può permettere.

**CERTAMENTE** non si può perseverare con le gestioni disastrose, con gli sprechi, con il malaffare, e neanche con i comprensibili ma negativi comportamenti difensivi dei medici che spesso prescrivono esami e visite solo per paura delle denunce. Il principio da salvaguardare non è quello di dare tutto a tutti ma di garantire tutto ciò che è necessario a chi davvero ne ha bisogno. E per fare questo occorre entrare nel merito dei problemi. La situazione del Lazio, che insieme alla Campania rappresenta il 60 per cento del deficit sanitario, è paradigmatica. Bastano pochi esempi: le unità operative complesse, ovvero i reparti con a capo un primario, sono 1.600. Tutti davvero necessari? Al policlinico Umberto I ci sono una ventina di laboratori di analisi quando ne basterebbe uno solo dotato di tutte le tecnologie e le risorse umane necessarie. Le strutture di emodinamica nel Lazio sono 35 ma solo sei sono operative 24 ore su 24 e proprio per questo, a Viterbo nel 2009, una persona colpita da infarto è morta tra Natale e Capodanno perché erano giorni festivi e le attrezzature salvavita erano chiuse in un reparto deserto. Non è accettabile. Ma ci sono anche 74 letti di chirurgia maxillo-facciale dove vengono

curati circa 3.700 pazienti l'anno, meno di uno a settimana per posto letto, per non parlare dei cinque centri per il trapianto di fegato che tutti insieme eseguono meno interventi dell'unico centro di Torino o di Pisa. Non è solo una questione di costi: la scienza ha dimostrato il preciso rapporto tra numero delle prestazioni e successo nei risultati. Per questo, nell'interesse della salute delle persone, sarebbe logico concentrare le terapie ad alta specializzazione solo nei centri più attivi. Nessuno però sembra ritenere importante questo fattore e, infatti, nei tagli proposti dal commissario nominato dal governo sono finiti anche i reparti che hanno lavorato molto bene. Creando grande agitazione tra i pazienti e tra i lavoratori.

Invece di concentrarsi sui tagli indiscriminati, che non tengono conto dei risultati e cioè delle vite salvate, è il momento di iniziare ad aggregare e integrare, evitando la dispersione e attuando reti di collaborazione tra gli ospedali. È ora di intervenire sui reparti più costosi, come ad esempio i centri trapianto, le cardiocirurgie e le neurochirurgie, stabilendo chi fa cosa e organizzando turni per le emergenze. Lo si fa a Parigi dove di notte c'è un unico ospedale di guardia per le emergenze neurochirurgiche. E lo si è fatto a Los Angeles dove piccole strutture inefficienti sono state sostituite da elicotteri che rapidamente trasportano i pazienti con patologie urgenti in un ospedale ad altissima tecnologia. Con costi inferiori e risultati migliori.

**TUTTO QUESTO PASSA** anche per costanti e rigorose verifiche sui budget, sui costi di acquisto di beni e servizi, avviando anche una grande "operazione trasparenza" verso i cittadini rispetto alla qualità delle cure negli ospedali. Infine servono i controlli che un'autorità nazionale, indipendente dalla politica, dovrebbe fare con il mandato di intervenire nel caso di anomalie amministrative o cliniche. Soluzioni da introdurre nelle regioni più in crisi ma anche nel resto d'Italia per non cedere al rischio di indebolire una delle più grandi conquiste democratiche del nostro Paese.

**La rete dell'emergenza bloccata a Roma è un segnale da non sottovalutare. Ma per rendere sostenibile il sistema sanitario la priorità non è l'assicurazione dei privati benestanti bensì un'efficace riorganizzazione**

## Rischi dal dentista Quasi quasi mi faccio una lastra

Ortopanoramiche e radiografie a uno o più denti sono esami diagnostici eseguiti con frequenza, considerati sicuri. Forse troppo. Almeno a giudicare da quanto scrivono i ricercatori dell'Università di Yale, coordinati da Elizabeth Claus, su "Cancer". Secondo il loro studio, infatti, le radiazioni ionizzanti delle radiografie aumentano il rischio di sviluppare un meningioma, tumore che colpisce le meningi. Per capire meglio questa relazione, i ricercatori hanno studiato la storia dentale di 1.433 pazienti colpiti da questo tipo di tumore e di 1.350 individui sani e scoperto che le persone colpite si sono sottoposte almeno a radiografia dentale il doppio delle volte di quelle sane. Va detto subito, però, che la dose di radiazioni usata dai dentisti oggi è molto inferiore a quella dei vecchi strumenti, e che molti professionisti sono passati a strumenti di diagnosi digitale che espongono i pazienti a un rischio ancora inferiore. «La nostra ricerca dimostra che, sebbene i raggi X siano uno strumento importante per la salute dentale, per alcuni pazienti sarebbe meglio moderarne l'uso», ha dichiarato Claus. In ogni caso, concludono i ricercatori, è bene sottoporsi a questi esami solo quando strettamente necessario. **Caterina Visco**

