

**DOMANDE E RISPOSTE D'ATTUALITÀ****BOOM DELLE MALATTIE SESSUALI  
TRA LE 30ENNI: COME SI SPIEGA?**

**SECONDO L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, 4 MILIONI DI DONNE, PER LO PIÙ OVER 30, HANNO CONTRATTO INFEZIONI SESSUALI. NON SONO CAPACI DI DIFENDERSI?**



L'indipendenza economica arriva sempre più tardi, alla maternità non si pensa prima di una certa età e i coetanei sono spesso refrattari ai legami duraturi: sono forse queste le ragioni principali per cui le trentenni di oggi, vedendosi ancora ragazzine, preferiscono vivere avventure passionali di breve durata piuttosto che impegnarsi in relazioni stabili. Cambiare partner con disinvoltura comporta, però, un significativo incremento della probabilità di contrarre malattie a trasmissione sessuale. Soprattutto perché le donne di 30 anni sembrano affrontare questa sessualità aperta in maniera poco responsabile, senza prendere adeguate pre-



Risponde  
**ALESSANDRA  
BIOLCATI**  
sessuologa

cauzioni. È possibile che, sentendosi più "pratiche", abbassino il livello di guardia rispetto alle possibili conseguenze dei rapporti non protetti e prestino minore attenzione. È bene ricordare che l'esperienza dà sicurezza, ma nulla può contro il rischio di contagio da infezioni che oltretutto nelle femmine, per ragioni organiche, è più frequente che nei maschi. Il rischio poi non riguarda solo l'Hiv, ma anche numerose altre patologie, quali la Clamidia e l'Herpes genitale, malattie generalmente sottovalutate ma che possono comportare significativi problemi di salute e aumentare considerevolmente il pericolo di infertilità.



# SALUTE L'infezione sarà uguale a quella dell'anno scorso e colpirà meno persone

# Influenza, vaccinazione al via

# il virus non sarà aggressivo

Arriverà a novembre, prevenzione subito per anziani e malati

*Il ministro Fazio  
«Chi è fragile  
e colpito da patologie  
deve immunizzarsi»*

di CARLA MASSI

ROMA - Arriverà nelle prime settimane di novembre e non sarà aggressivo. Il virus dell'influenza stagionale, quest'anno, potrebbe colpire meno persone della passata stagione. Proprio perché uguale e, quindi, meno pericoloso per chi si è già vaccinato l'altro inverno. Questo il quadro degli epidemiologi che stanno preparando la strategia per fronteggiare l'epidemia.

Nessun allarme dai laboratori. Resta, comunque, la raccomandazione a vaccinarsi. Cominciando da questi giorni. Entro ottobre, secondo il ministro della Salute, dovrebbero essere coperti tutti coloro che, contraendo l'influenza, potrebbero rischiare serie complicazioni. Nell'elenco ci sono gli over 65 e le persone colpite da malattie croniche, dall'apparato cardiovascolare a quello respiratorio. «Bisogna vaccinarsi contro l'influenza stagionale

- esorta il ministro della Salute Fazio - soprattutto gli anziani. Grazie a questa protezione ci si ammala di meno e muore meno gente. Ricordiamo che le categorie a rischio possono usufruire gratuitamente dell'immunizzazione».

Nella formulazione del vaccino è contenuto, anche per il 2011-12, l'antigene del virus pandemico A/H1N1 (quello arrivato nella primavera del 2010 dal Messico) che gira ancora. La circolare del ministro ipotizza, infatti, «la possibilità che esso continui a circolare anche il prossimo inverno». E' raro che, per due anni di seguito, ci si trovi a fare i conti con lo stesso vaccino. «Ma - spiega Isabella Donatelli responsabile del Centro nazionale influenza dell'Istituto superiore di sanità - può succedere dopo una pandemia. Per sapere se il virus, in questa stagione, sarà mutato bisognerà attendere fino a febbraio-marzo. E' il periodo nel quale i virus sottoposti a pressione selettiva, dopo aver incontrato una popolazione piuttosto protetta, tendono a cambiare identikit».

Chi non appartiene alle categorie a rischio ma vuole comunque proteggersi può acquistare il vaccino in farmacia. «Siamo già forniti - fa sapere Annarosa Racca, presidente di Federfarma - il costo varia dagli 8 ai 10 euro. Ricordiamo

che il momento giusto è adesso, prima dell'arrivo del grande freddo. Ogni anno cresce il numero delle persone che, pur in buona salute, scelgono di vaccinarsi. Soprattutto chi lavora in uffici o deve frequentare luoghi affollati».

La vaccinazione, dunque, è già partita e, da oggi, sarà avviata la rete sentinella di Influnet a cui aderiscono un migliaio di medici di medicina generale e pediatri di base. Le rilevazioni dei camici bianchi, che andranno avanti fino al 29 aprile, avranno l'obiettivo di descrivere i casi, valutare la gravità, segnalare i focolai e stimare l'incidenza settimanale. Per avere un quadro della durata e dell'intensità dell'epidemia. A novembre inizierà il prelievo dei campioni «per monitorare - aggiunge Isabella Donatelli - quali sono i ceppi in circolazione». E tracciare il loro profilo.

I casi di influenza, tosse e raffreddore che si stanno contando in questi giorni non sono collegabili all'epidemia. Si tratta, piuttosto, di virus parenti (coronavirus e adenovirus) che potrebbero, complice lo sbalzo di temperatura, arrivare a mettere a letto circa 80 mila persone. Come prevedono gli infettivologi. In giro ce ne sono circa 260 tipi diversi. E colpiscono soprattutto le vie respiratorie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Chi deve vaccinarsi



Persone dai 65 anni in su



Bambini oltre i 6 anni, ragazzi e adulti colpiti da patologie croniche (asma, fibrosi cistica, malattie cardiache, tumori, obesità)



Donne che all'inizio dell'epidemia sono al secondo o terzo mese di gravidanza



Le persone ricoverate in strutture per lungodegenti



Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio



Medici e personale sanitario



02/11/2011 11

## L'INTERVISTA

# Il medico: «Proteggersi subito così si evitano gli effetti gravi»

ROMA - «Il vaccino è disponibile, ci si può prenotare dal medico di famiglia. Consiglio di fare presto. Inutile aspettare novembre. I ritardatari, se anziani o persone colpite da patologie gravi, possono andare incontro a rischi seri». Claudio Cricelli, presidente della Società di medicina generale rassicura sulla virulenza della prossima epidemia stagionale ma invita a non perdere tempo per la vaccinazione.

**A che cosa si riferisce quando parla di rischi per le persone anziane o malate che non si vaccinano subito?**

«Sappiamo che l'epidemia dovrebbe arrivare nelle prime settimane di novembre. E' opportuno che le persone fragili siano già coperte. Per evitare che l'influenza aggravi le condizioni dei pazienti. Pensiamo ai cardiopatici o agli asmatici, per esempio».

**Dopo quanto tempo dalla vaccinazione si è protetti?**

«La vaccinazione dà una protezione che comincia due settimane dopo la somministrazione e dura, in media, sei-otto mesi».

**Dal momento che quest'anno arriverà lo stesso virus della scorsa stagione perché ci si deve vaccinare di nuovo?**

«Primo, proprio perché la copertura dura al massimo otto mesi. E poiché i ceppi in circo-

lazione possono cambiare è importante ripetere la somministrazione ogni anno. Anche se il virus circolante e il vaccino disponibile non cambiano nella composizione».

**E' grande la fetta di popolazione che dovrebbe vaccinarsi e, invece, preferisce non farlo?**

«Ormai quasi il 95% delle persone presenti negli elenchi dei medici di famiglia fa il vaccino ogni anno, circa un 5% sfugge per i problemi più diversi».

**Lei farà il vaccino? L'anno scorso, inaspettatamente, molti medici hanno deciso di non sottoporsi all'immunizzazione**

«La polemica era riferita alla copertura contro il virus H1N1. Io personalmente farò il vaccino. Sono un operatore sanitario quotidianamente a contatto con molte persone. Quindi rischio di trasformarmi in un diffusore del virus».

**Qual è l'errore più comune che si commette quando arriva l'influenza?**

«L'utilizzo, senza chiedere al medico, degli antibiotici. Non aiutano a curare l'influenza e il raffreddore e sono farmaci da utilizzare sotto controllo solo in caso di un'infezione batterica».

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## EPIDEMIE Nel 2010 è stato più pesante **Il virus influenzale sarà quest'anno meno "aggressivo"**

**Moreno Sabbati**  
**ROMA**

Una stagione influenzale che si prospetta meno pesante, ma che sarà comunque tenuta sotto controllo settimana per settimana da centinaia di medici-sentinella del sistema di sorveglianza Influnet.

Partirà infatti già domani, praticamente insieme alla campagna vaccinale, la rete coordinata dal ministero della Salute che ha lo scopo di monitorare non solo l'andamento dell'epidemia influenzale di stagione, ma anche le caratteristiche e le eventuali mutazioni dei virus in circolazione. La sorveglianza virologica, a differenza di quella epidemiologica, partirà invece da metà novembre, come spiega all'Ansa Isabella Donatelli, responsabile del centro nazionale influenza dell'Istituto superiore di sanità e coordinatore del laboratorio Influnet.

«Quest'anno non ci aspettiamo che il virus sia più aggressivo», osserva la virologa, anche perché «lo scorso anno ha circolato molto» e «dalle analisi è risultato che non sia

cambiato granché». Tanto che il vaccino, che inizia a essere somministrato in questi giorni, cominciando dagli anziani over 65 e dai malati cronici, «è lo stesso dell'anno scorso». Un fatto «raro» ma che «può succedere dopo una pandemia». La vaccinazione, sottolinea però l'esperta, resta comunque «consigliata» anche per chi l'ha già fatto nel 2010, perché l'immunità non dura tanto a lungo, specie nella popolazione anziana.

Quelli che si aspettano di incontrare gli esperti al momento sono i ceppi virali A H1N1 (che la scorsa stagione ha rappresentato circa il 70% dei casi), e quelli di tipo B, anche se c'è stata una minoranza di episodi influenzali ascrivibili al virus A H3N2 (anch'esso contenuto nel vaccino), che era il ceppo predominante prima della pandemia. Ma per sapere se e di quanto sarà mutato il virus in questa stagione bisognerà attendere fino a «febbraio-marzo», periodo nel quale i virus «sottoposti a pressione selettiva dopo aver incontrato popolazione piuttosto protetta» tendono maggiormente a «mutare». ◀



## C'è ancora H1N1 nel vaccino contro l'influenza

C'è ancora il virus H1N1 nella composizione del vaccino contro l'influenza stagionale 2011-2012, resa nota dal ministero della Salute e basata sui dati internazionali raccolti dall'Organizzazione mondiale della sanità. Gli «ingredienti» del vaccino, infatti, cambiano ogni anno in base ai ceppi di virus circolanti. Quest'anno sono previsti antigeni analoghi ai ceppi A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2) e B/Brisbane/60/2008. Come si legge sul sito del ministero - [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) -, il periodo ottimale per l'avvio delle campagne di vaccinazione antinfluenzale comincia a metà ottobre e si conclude alla fine di novembre.



## Prenotazione di visite specialistiche, pagamento del ticket e ritiro referti: queste le ultime novità

# Farmacie sempre più multiservizi

Pagina a cura  
DI SIBILLA DI PALMA

**P**renotare le visite specialistiche, e non solo, sotto casa. Dal 16 ottobre, infatti, i cittadini possono pagare e ritirare i referti di prestazioni specialistiche ambulatoriali direttamente nella propria farmacia di fiducia. A stabilirlo è il terzo decreto ministeriale sulla «farmacia dei servizi», pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 229/2011 del 1° ottobre scorso. Affinché il decreto possa essere attuato pienamente, però, dovranno essere rinnovate e siglate diverse convenzioni a livello nazionale e regionale.

**Il nuovo ruolo delle farmacie: focus sull'assistenza al cittadino.** Il provvedimento è il terzo di una serie di decreti che hanno come oggetto l'introduzione di nuove prestazioni all'interno delle farmacie, in base a un accordo stipulato nel 2010 nell'ambito della conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni. I due precedenti, entrambi del 16 dicembre 2010, avevano invece introdotto la possibilità di eseguire in questi negozi specializzati alcune prestazioni analitiche che rientrano nell'ambito dell'autocontrollo (come per esempio, il test per la glicemia, il colesterolo e i trigliceridi) e alcune prestazioni professionali eseguite da infermieri e fisioterapisti.

«Quest'ultimo decreto», afferma **Andrea Mandelli**, presidente Fofi (Federazione degli ordini dei farmacisti), «va a completare il quadro normativo che regge il modello della farmacia dei servizi. Si tratta di un ulteriore passo avanti nella territorializzazione dell'assistenza, che permette al cittadino, in particolare quello con la minore possibilità di muoversi per ragioni fisiche o di lavoro, di poter accedere alle prestazioni attraverso la propria farmacia di fiducia, limitando code e spostamenti». Sulla stessa linea anche **Anna-rosa Racca**, presidente di Federfarma

(Federazione delle farmacie private).

L'innovazione normativa assume grande rilevanza perché consente al cittadino di risparmiare tempo e potrà facilitare a vita quotidiana delle persone, anche considerando che la nostra società è caratterizzata da un aumento della non autosufficienza, aspetto che rende ancora più importante il ruolo che le farmacie possono svolgere in campo assistenziale».

**Come funziona il servizio.** Con la nuova legge le farmacie diventano quindi dei punti di accesso al sistema Cup (Centro unico prenotazioni), grazie a una postazione dedicata

attraverso la quale i cittadini possono prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento del ticket e ritirare i relativi referti.

La procedura prevede le seguenti fasi: informativa e raccolta del consenso, riconoscimento dell'assistito, prenotazione, servizio di pagamento, spedizione e ritiro dei referti. Non sono incluse nel servizio, però, le prestazioni prescritte su ricettario non del Servizio sanitario nazionale, gli esami di laboratorio ad accesso diretto, le urgenze di primo e secondo livello e le prestazioni per cui sia chiaramente indicata sull'applicazione collegata al sistema Cup una diversa modalità di prenotazione.

**Il prossimo passo: le convenzioni.** Perché la legge possa essere attuata pienamente,

però, sarà prima necessario che farmacisti e governi regionali firmino una serie di convenzioni senza le quali le novità previste dai decreti rimarranno soltanto sulla carta. In primo luogo, il rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, scaduta nel 2001 e in regime di proroga, che regola i rapporti tra le farmacie e il Servizio sanitario, dettando regole uniformi valide su tutto il territorio nazionale. In secondo luogo, occorrerà procedere agli accordi integrativi regionali che stabiliranno le modalità attuative dei singoli servizi.

«L'organizzazione dei servizi sul territorio», prosegue Mandelli, «è di competenza regionale, quindi ciascuna amministrazione deciderà quali servizi attuare e come organizzarli e retribuirli. In pratica, la materia è rinviata all'imminente trattativa sulla convenzione».

L'avvio sarà graduale: «Non si tratterà di una partenza con lo starter», prosegue Mandelli, «perché i tempi di implementazione, al di là dell'aspetto normativo e della trattativa, dipendono anche da fattori materiali, per esempio l'esistenza di un sistema informativo regionale, il tutto facendo i conti con la situazione economica attuale». Una situazione diversa da quella dei due precedenti decreti sulla farmacia dei servizi. «In questo caso», prosegue Mandelli, «il discorso è leggermente diverso in quanto le prestazioni di piccola diagnostica e anche quelle infermieristiche prevedono una sorta di doppio binario: l'erogazione a carico del Servizio sanitario e l'erogazione su base privata, cioè con pagamento diretto del paziente. Quest'ultima strada è già percorribile dal momento della pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* dei decreti applicativi, e già alcune farmacie si sono avvalse di questa possibilità, mentre la via dell'erogazione a carico del Ssn ricade nelle competenze regionali seguendo l'iter che ho descritto in precedenza».

Occorrerà un po' di pazienza



insomma, anche se le organizzazioni che rappresentano le farmacie hanno già espresso soddisfazione per quanto ottenuto fino a qui. «Ritengo che con il rinnovo della convenzione nazionale e con i successivi accordi integrativi regionali», afferma Racca, «si potrà rendere omogeneo su tutto il territorio italiano un sistema che per ora è presente a macchia di leopardo, quindi attivo solo in alcune regioni, come la Lombardia, o in qualche Asl locale. Il cammino però è iniziato e spero che potrà essere presto univoco su tutto il territorio nazionale». Inizialmente saranno le farmacie a sostenere l'investimento. «Naturalmente», conclude Mandelli, «è in sede di convenzione che si potranno prevedere meccanismi di compensazione o agevolazioni».

—© Riproduzione riservata—

## La normativa

<b>Decreto legge del 16 dicembre 2010 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011</b>	Prevede la possibilità di eseguire in farmacia alcune prestazioni analitiche che rientrano nell'ambito dell'autocontrollo (ad esempio test per glicemia, colesterolo e trigliceridi; test di ovulazione; test di gravidanza, e così via)
<b>Decreto legge del 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011</b>	Prevede la possibilità di usufruire di prestazioni professionali da parte di infermieri e fisioterapisti in farmacia o a domicilio
<b>Decreto legge dell'8 luglio 2011 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011</b>	Permette di prenotare visite specialistiche, di effettuare il pagamento del ticket e il ritiro dei referti direttamente in farmacia

## Altroconsumo denuncia prezzi alle stelle

Farmaci senza ricetta più cari rispetto a quelli venduti sotto prescrizione medica e con costi che possono variare sensibilmente da un punto vendita all'altro. Lo rivela un'indagine di Altroconsumo che ha visitato 145 punti vendita (tra cui 109 farmacie, 20 parafarmacie e 16 ipermercati) di medicinali da banco in dieci città: Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Verona e Torino. Secondo l'associazione dei consumatori, inoltre, il prezzo dei medicinali di automedicazione è salito quest'anno del 4% per tutti i canali di vendita.

Dall'inchiesta risulta anche che per le famiglie fare acquisti negli ipermercati

è la scelta più conveniente, visto che il risparmio può arrivare fino al 17,9%. Ma esistono differenze di prezzo anche tra farmacie e parafarmacie: in queste ultime è possibile ottenere in media un risparmio del 2,4%. Negli ultimi anni poi i prezzi delle confezioni di molti medicinali sono saliti alle stelle.

Secondo Altroconsumo la liberalizzazione del mercato dei farmaci senza ricetta non è sufficiente visto che rappresentano una fetta ridotta del totale (circa il 10%); mentre per ottenere un reale abbassamento dei prezzi secondo l'associazione sarebbe necessario estendere la liberalizzazione anche ai farmaci di fascia C con ricetta.

[ L'INTERVENTO ]

# “I numeri sbagliati che danno le farmacie”

**ROMITI (MNLF): “LA FINLANDIA E LA SVEZIA HANNO IL MAGGIOR NUMERO DI ABITANTI PER PUNTO VENDITA, MA ENTRAMBE SONO SCARSAMENTE POPOLATE E HANNO UNA BASSISSIMA DENSITÀ DI POPOLAZIONE PER KM QUADRATO**

Le lettere del presidente Federfarma Annarosa Racca e del presidente di Fofi Andrea Mandelli pubblicate la scorsa settimana su Affari & Finanza meritano un risposta. Gli emendamenti finalizzati a disapplicare lo svolgimento della professione di farmacista e “suggeriti” da quella che giustamente viene definita la casta per eccellenza, i farmacisti titolari di farmacia, non sono per niente in linea con quanto sostenuto dalla Corte Costituzionale e tantomeno con la Corte di Giustizia Europea. Chi afferma il contrario mente sapendo di mentire.

La Corte Costituzionale è un organo costituzionale di garanzia e, come tale, non può esprimersi nel merito delle scelte di politica economica di Parlamento e Governo. Per la corte il profilo rilevante è quello della legittimità costituzionale. Allo stesso modo compito della Corte di Giustizia europea è accertare che non esistano punti di contrasto tra le legislazioni nazionali e il Trattato delle Comunità Europee. I due organi istituzionali non fanno apprezzamenti di sorta e difatti non li hanno fatti alla normativa che regola in maniera monopolista la distribuzione delle farmacie in Italia.

Spetta alla politica e non a tali organi fare le riforme, così come più volte hanno suggerito Antitrust e Commissione Europea per niente favorevoli all'attuale assetto normativo sulla distribuzione del farmaco.

E' vero che esiste un po' di confusione, come afferma Mandelli, tra ingresso nella professione e titolarità di una

farmacia. Ma come verrebbe definito un sistema che dopo aver fatto studiare un medico e aver chiesto un periodo di tirocinio, gli dicesse: “Figliolo da ora in poi puoi fare il dipendente a vita, perché se anche hai delle capacità ti è negata la libera professione”. Noi definiamo questo sistema monopolio, casta, corporazione.

Per quanto riguarda il fatto che il numero delle farmacie in Italia sia perfettamente in linea con la media UE, affermato da entrambi gli autori degli interventi, viene alla mente la poesia di Trilussa e su quanti hanno realmente mangiato polli. La Finlandia e la Svezia, tanto per fare due esempi, hanno il maggior numero di abitanti per farmacia, ma sia la Finlandia che la Svezia, scarsamente popolate, hanno una bassissima densità di popolazione per Km quadrato per il semplice fatto che una buona parte del territorio è disabitato (Finlandia 16 abitanti per Km2, Svezia 21 abitanti per Km2, Italia 199 abitanti per Km2). Vogliamo parlare poi di Estonia, Lettonia, Lituania e Irlanda?

A Milano nelle ore di punta c'è il 59,83% di popolazione in più rispetto ai residenti tra pendolari, studenti e non residenti, a Bologna il 68,9%, a Firenze il 65,54%, a Bari il 43,35% e così via.

Portare giustificazioni a difesa dei propri privilegi è comprensibile, ma pensare che tutti credano alle favole appare veramente troppo.

Il problema in realtà è quello che vuole fare la politica, se innescare processi virtuosi di crescita dell'economia redistribuendo in maniera eguale opportunità, oppure continuare a difendere privilegi e monopoli e condannare il Paese ad un declino inesorabile.

*Fabio Romiti - V. Presidente Movimento Nazionale Liberi Farmacisti*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

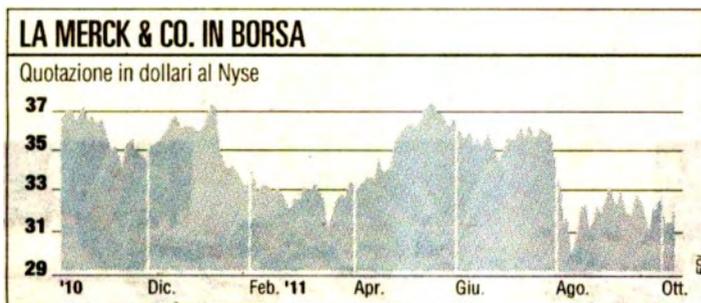


# Big pharma, Merck sceglie la ricerca dell'Idi

## I PROTAGONISTI



Il presidente e Ceo di Msd Italia, **Pierluigi Antonelli** (1) e il presidente dell'Idi, **Franco Decaminada** (2): i due gruppi hanno avviato una joint-venture per proseguire insieme la ricerca nei nuovi prodotti e nelle tecnologie più avanzate come la pelle artificiale



**IL NUMERO DUE DEL MONDO PUNTA SULLA DERMATOLOGIA E FIRMA UN ACCORDO CON L'ISTITUTO ROMANO PER VENDERNE I PRODOTTI E CONTINUARE INSIEME LE SPERIMENTAZIONI**

**Silvia Maria Busetti**

L'americana Merck & Co. è diventata con l'acquisizione all'inizio dell'anno scorso della Schering-Plough il secondo gruppo farmaceutico mondiale dopo la Pfizer, con 90 mila dipendenti (di cui 15 mila in R&D), 46 miliardi di fatturato 2010, 11 miliardi (pari al 24% delle vendite) investiti in ricerca e presenza in 140 Paesi. Con l'acquisizione è diventata forte in un settore per essa relativamente nuovo, la dermatologia, che è anche uno dei comparti farmaceutici a più veloce crescita. Perciò ha avviato un'attenta opera di *scouting* a livello mondiale alla ricerca di partner in grado di valorizzare questo settore di attività. E alla fine la scelta è caduta su un gruppo italiano, l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata (Idi), che vanta un altissimo numero di pubblicazioni in questo settore. L'Msd Italia, così, filiazione italiana della Merck & Co. a sua volta un gruppo da 1900 dipendenti e 900 milioni di fatturato 2010, ha così stretto un accordo con l'Idi che si estende dalla collaborazione nella ricerca all'espansione commerciale dei prodotti dell'Idi inizialmente nel nostro Paese e successivamente in tutta Europa e in Canada.

L'Idi, oltre 50 anni di storia, è ormai ben più che l'Istituto di Monti di Creta ben noto ai romani. È un gruppo che possiede sei fra ospedali e residenze assistenziali per

anziani (uno dei quali in Albania) e soprattutto un Laboratorio di ingegneria tissutale e fisiopatologia cutanea all'avanguardia in ricerche quali la "pelle artificiale" nonché la preparazione di numerosi preparati dermatologici. È qui che si svilupperà la collaborazione con la Msd. «La parte più importante della partnership riguarda la possibilità di future sinergie in Ricerca e Sviluppo dirette al co-sviluppo di molecole di grande rilievo terapeutico come oncolitici ed antitumorali, e anche nell'area di rigenerazione tissutale e di biotecnologia cellulare. Terapie avanzate che dovrebbero portare a preparati su base cellulare per gravi patologie degenerative croniche», spiega Pierluigi Antonelli, presidente e amministratore delegato di Msd Italia. «Dal nostro Laboratorio di ingegneria tissutale verranno prodotti di lembo di pelle da cellule staminali con cui si riuscirà a trattare le grandi patologie dermatologiche quali melanoma e psoriasi», aggiunge il presidente di Idi Farmaceutici, Franco Decaminada. «Le cellule saranno capaci di ricostituire, rigenerare, riparare o sostituire tessuti umani oppure ristabilirne le funzioni biologica e fisiologica. L'accordo con il secondo gruppo farmaceutico mondiale ci rende orgogliosi di essere tra coloro che esportano l'eccellenza della ricerca italiana».

L'incidenza e la complessità delle patologie e disordini legati alla pelle sono in aumento, tanto che i farmaci dermatologici occupano il decimo posto nella spesa farmaceutica nazionale, con circa 650 milioni di euro (9,5% della spesa estetica ha il suo valore economico. Malgrado la crisi economica, il mercato cosmetico italiano è in crescita continua. Nel 2010 la spe-

sa ha raggiunto i 9,3 miliardi. È la farmacia a dimostrare la maggior dinamicità registrando il miglior incremento di vendite (+3,3%) con una spesa aggiuntiva di 42,4 milioni. Il settore cosmetico ha 5 classi di prodotto (capelli, viso, corpo, igiene personale, igiene della bocca) che superano i 100 milioni e coprono l'84% del mercato in Italia. Altre categorie (trucco, cofanetti, mani, profumi uomo e donna, dermoigienici bambini), occupano il 16%. Le previsioni 2011 dicono che il valore della produzione italiana di cosmetici salirà del 6% sul 2010.

Tornando al farmaceutico, Idi e Msd insieme dispongono di farmaci che coprono quasi tutte le patologie dermatologiche. Msd ha in *pipeline* una ventina di molecole in fase avanzata di sviluppo, e Idi - il cui giro di affari è cresciuto del 26% negli ultimi due anni - è l'unica azienda in Europa che ha all'interno importanti ospedali dermatologici anche per numero di posti letto, il che consente di sviluppare farmaci in stretta connessione all'attività clinica ospedaliera. A livello globale Merck è stata giudicata da Forbes quest'anno la miglior azienda in termini di farmaci messi a disposizione del paziente: 56 nuove molecole approvate negli ultimi 60 anni, che diventano 87 con i farmaci di Schering-Plough. In Italia ha in corso più di 100 sperimentazioni cliniche che coinvolgono 630 centri e 6000 pazienti, e sostiene progetti importanti di responsabilità sociale: il progetto Dream della Comunità di S. Egidio per curare l'Aids in Africa e i progetti nel settore dell'oftalmologia in Africa con l'Amos (Associazione medici oculisti per l'Africa).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lavoro certo per i professionisti sanitari non medici. Ed è boom di iscrizioni ai corsi di laurea

# Dal fisioterapista al logopedista l'occupazione sfiora il 100%

Pagine a cura

DI BENEDETTA PACELLI

**L'**occupazione «in corsia» ha una strada preferenziale. Sarà per colpa (o merito) di un'Italia over 60 o di un culto del corpo che non ha età, fatto sta che per infermieri, fisioterapisti ma anche igienisti dentali, podologi e logopedisti il lavoro è certo. Lo stesso vale per medici che, nonostante blocchi del turnover e tagli alla sanità, non si trovano, per colpa di un paradosso: con il numero chiuso sono stati arruolati nelle facoltà di medicina meno aspiranti dottori di quelli di cui c'è bisogno e, soprattutto, ci sarà bisogno nel giro di qualche anno. Insomma a conti fatti le professioni sanitarie, secondo l'analisi della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie (effettuata incrociando i dati di Almalaurea e del Consorzio Cilea Stella - Statistiche su tema laureati & lavoro in archivio online), ad un anno dalla laurea sfiorano praticamente il 100% dell'occupazione e rimangono ben salde sul podio, più di altri profili di studio. E i giovani mostrano di saperlo visto che si sono presentati in oltre 120 mila per un totale di 27 mila posti per tutti i 22 profili che fanno capo alle professioni sanitarie di area non medica. In sostanza un posto ogni quattro candidati. Ed è proprio questo uno dei nodi irrisolti per i giovani candidati: grazie al numero chiuso delle lauree, alla forte specializzazione e a una domanda elevata di operatori della sanità, spesso dalle università escono meno figure professionali di quante

ne richiama il mercato.

**Chi sono i professionisti dell'area sanitaria non medica.** Ma chi sono i professionisti dell'area? Oltre ai profili per i quali è sempre stata necessaria la laurea (biologo sanitario, chimico, fisico sanitario) rientrano oggi anche quattro distinte categorie professionali: le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, quelle sanitarie riabilitative, le professioni tecnico-sanitarie, a loro volta articolate in area tecnico-diagnostica e in area tecnico-assistenziale e infine le professioni tecniche della prevenzione.

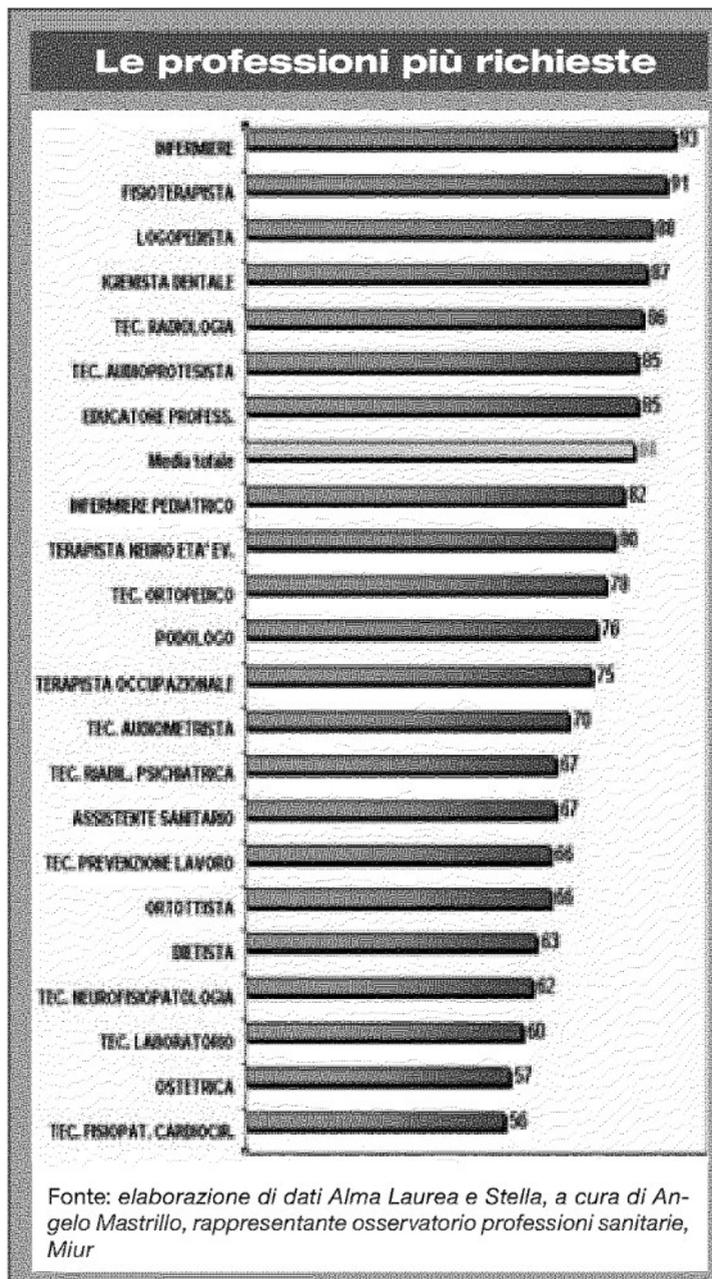
**Chi lavora di più.** Non importa se in qualità di operatore sanitario in un ospedale come infermiere o logopedista e fisioterapista nello studio proprio: i professionisti del ramo sanitario sono degli specialisti molto richiesti seppure con alcune differenze tra i diversi gruppi disciplinari e tra le diverse regioni d'Italia. A un anno dalla laurea, lavora il 93% degli infermieri, il 91% dei fisioterapisti e l'88% dei logopedisti ma «solo» il 62% dei tecnici di neurofisiopatologia e il 60% dei tecnici di laboratorio. Analizzando i dati riportati si scopre, comunque, che anche la professione che può essere considerata ultima in classifica con un 56% di percentuale di occupati, cioè il tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria, ha un'occupazione superiore a quella che i dati Almalaurea collocano al secondo posto di un'ideale classifica generale che fa capo al gruppo disciplinare dell'insegnamento con un 41% di media di occupati a un anno dal titolo. E non solo

perché va considerato anche che, sempre secondo i numeri, il tasso occupazionale delle professioni sanitarie sale al 95% nel corso dei successivi 3 anni dal conseguimento del titolo. La maggior parte di questi, poi, lavora immediatamente senza proseguire l'università. Se, infatti, quasi tutti i laureati degli altri gruppi disciplinari proseguono gli studi nella specialistica, quelli delle professioni sanitarie continuano per solo il 3,2%.

**Le differenze regionali.** Per quanto riguarda le differenze territoriali geografiche è evidente la differenza tra Nord-Sud: rispetto al tasso medio occupazionale all'84% a un anno dal diploma, il Nord è al 91%, il Centro a 81% e il Sud al 75%. In particolare le migliori performance occupative al Nord si riscontrano in Piemonte (93%) Liguria, Veneto e Lombardia con un 92%, Friuli e Sardegna (91%), Emilia Romagna (89%) e Toscana (84%). Sotto la media comunque alta invece sono Abruzzo (82%), Umbria (80%) Lazio e Sicilia (77%) Puglia (75%) Campania (74%) e con il 63% Calabria.

**I guadagni.** Ma a quanto ammontano i guadagni di questi professionisti? Con una laurea in professioni sanitarie, anche se freschi di diploma, se portano a casa circa 1.400 euro, contro una media italiana di 1.033 euro e di 930 euro mensili netti guadagnati dagli occupati nel settore farmaceutico. Se poi si sceglie un lavoro in ospedale o in clinica si può guadagnare mediamente il 30% in più.





## *Cinque anni di attesa per la regolamentazione*

Sembrava quasi fatta. E invece alla vigilia della svolta il disegno di legge (n. 1142) che istituisce gli ordini e le professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, si è di nuovo arenato tra le sacche delle politica. Dopo aver incassato il via libera dalla commissione competente i primi di agosto, infatti, il testo che, a metà settembre, avrebbe dovuto incassare un «semplice» via libera dai senatori di Palazzo Madama, poi passare alla Camera dei deputati e secondo la maggioranza diventare legge stato entro la fine dell'anno. Ma nulla di fatto e la regolamentazione di quell'esercito di circa 600 mila professionisti della salute non inquadrati in un ordine può ancora aspettare. Sono oltre cinque anni che le categorie interessate attendono questo provvedimento quando la legge n. 43/2006 aveva conferito una delega al governo (mai attuata e più volte scaduta) per la nascita di una serie di albi per 22 professioni sanitarie. Categorie affini ma regolamentate in modo diverso: gli infermieri, le ostetriche e i tecnici sanitari di radiologia medica sono, infatti, già aggregati in collegi provinciali e federazioni nazionali, mentre le restanti sono costituite in associazioni. Per i primi, quindi, si tratta di trasformare i loro collegi in ordini, per i secondi, invece, di dargli una rappresentanza istituzionale attualmente inesistente. Per realizzare gli obiettivi il disegno di legge dispone l'istituzione di cinque ordini: infermieri, ostetriche, operatori della riabilitazione, tecnici di radiologia medica, tecnici sanitari e della prevenzione, definendo nello stesso tempo anche le regole di funzionamento degli ordini: l'istituzione degli albi presso i rispettivi ordini, la costituzione di una Commissione disciplinare a livello regionale competente a giudicare sulle infrazioni degli iscritti, i principi ai quali si

devono ispirare gli statuti. E infine stabilisce i requisiti necessari per accedere all'iscrizione e le condizioni che portano alla cancellazione dall'albo.



## Contro la fame di infermieri si attinge all'estero

Solo ora mancano all'appello almeno tra i 50 mila e i 60 mila infermieri. E nei prossimi anni la situazione potrebbe diventare drammatica: più del 10% di questi professionisti, così come dei medici, andrà in pensione. Come se non bastasse, poi, alla carenza cronica di operatori sanitari, si aggiunge la riduzione dei posti messi a disposizione: per l'anno in corso, infatti, il ministero dell'università assegna 15.781 posti ai corsi di laurea in infermieristica, -3,4% dell'anno precedente. Il risultato? Per sopperire alla carenza, ed evitare che

il sistema sanitario nazionale collassi, si ricorre ad operatori sanitari non italiani che già oggi rappresentano il 28% del personale infermieristico. Basta spuntare le *Gazzette Ufficiali* per rendersi conto di quanti decreti di riconoscimento vengono approvati dal ministero della salute per l'esercizio della professione in Italia da parte di professionisti extracomunitari, in particolare indiani, rumeni e peruviani. Il punto di partenza è che gli infermieri, a livello comunitario, hanno una loro direttiva di riferimento. Tant'è che per esercitare la professione bastano 4.600 ore di formazione per far scattare il riconoscimento automatico della qualifica in tutti i Paesi. Con la revisione, però, del testo della direttiva europea sul riconoscimento delle qualifiche professionali (36/05) arriveranno una serie di modifiche. La prima prevede di innalzare il titolo di scolarità per tutti a 12 anni, anche in quei paesi in cui il minimo è fissato a 10 anni, la seconda invece punta a verificare che il professionista abbia una padronanza della lingua del paese ospitante.



*Estesa al settore privato la disciplina dei dipendenti pubblici sulla giustificazione delle assenze*

# Malattia lunga, il certificato è doc

## Per prognosi oltre i dieci giorni occorre il medico dell'Ssn

La nuova mappa	
<b>Certificazioni in via telematica</b>	Dal 14 settembre il datore di lavoro privato non può più chiedere al proprio lavoratore l'invio della copia cartacea dell'attestazione di malattia, ma deve prenderne visione avvalendosi dei servizi resi disponibili dall'Inps
<b>Quando serve il certificato doc</b>	Le malattie superiori a dieci giorni e gli eventi successivi al secondo (in un anno) vanno giustificati con certificazioni rilasciate unicamente da medici dell'Ssn
<b>Quando è possibile il certificato su carta</b>	Le assenze di malattia per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o diagnostiche possono essere giustificate con certificazione anche su carta rilasciata da medico o struttura privata
<b>La visita fiscale si chiede online</b>	Dal 1° ottobre le richieste di visita medica di controllo devono essere inoltrate mediante canale telematico. Fino al 30 novembre le richieste inviate mediante i canali tradizionali vengono considerate validamente presentate ai fini degli effetti giuridici previsti dalla normativa in materia. Dal 1° dicembre il canale telematico diventa esclusivo

*Pagina a cura*  
**DI CARLA DE LELLIS**

**P**er la malattia lunga serve un certificato medico «doc». Nei casi di assenza superiori ai dieci giorni, infatti, il lavoratore deve munirsi di certificato rilasciato da un medico del servizio sanitario o convenzionato. Il vincolo, finora vigente per gli impiegati statali, è stato esteso al privato dal Collegato lavoro. E vale non solo in caso di lunghe malattie (superiori a dieci giorni), ma per le infermità oltre la seconda in un anno.

**Malattia online.** La novità scaturisce dal processo di uniformazione dei regimi previsti per i dipendenti pubblici e quelli privati in ordine alle certificazioni di malattia. Unificazione che ha portato, dal 14 settembre, all'entrata in vigore di un'unica disciplina sulla trasmissione in via telematica dei certificati medici all'Inps. La necessità di un certificato «doc» già vigente per i dipendenti pubblici e ora estesa ai privati scaturisce proprio da questa equiparazione.

**Regime unico.** La legge n. 183/2010 (Collegato lavoro), nel completare questo processo di unificazione, ha fatto un

rimando integrale ed esplicito all'articolo 55-septies del dlgs n. 165/2001, ossia al T.U.

sul pubblico impiego. Ciò ha comportato, evidentemente, l'entrata in vigore di un unico regime per i dipendenti sia del settore pubblico che privato, anche per quanto concerne gli aspetti sanzionatori riferiti ai medici del Ssn o con esso convenzionati. Successivamente, con l'entrata in vigore (dal 6 luglio) del dl n. 98/2011, è arrivata un'ulteriore innovazione: «Nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici l'assenza è giustificata mediante la presentazione di attestazione rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privata, che hanno svolto la visita o la prestazione».

**Quando serve una certificazione «doc».** Il Collegato lavoro ha stabilito che, per garantire un quadro completo e univoco delle assenze per malattia nei settori pubblico e privato, nonché un efficace sistema di controllo, dal 1° gennaio 2010 (termine poi slittato al 14 settembre scorso, per il solo settore privato), in tutti i casi di assenza per

malattia dei dipendenti di datori di lavoro privati, per il «rilascio» e la «trasmissione» della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del dlgs n. 165/2001. E proprio questo rinvio normativo a determinare, per il settore privato, la necessità di ricorrere a una certificazione «doc» in alcune situazioni. Nel dettaglio è nei casi di assenza per malattia superiori a dieci giorni e comunque nei casi di eventi successivi al secondo nel corso dello stesso anno solare che anche per il lavoratore del settore privato è divenuto obbligatorio produrre, al datore di lavoro, idonea certificazione rilasciata unicamente dal medico del Ssn o con esso convenzionato. Fa eccezione a tale regola l'assenza di malattia per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o diagnostiche per le quali la certificazione giustificativa può essere rilasciata anche da medico o struttura privata.



*Smart card al via in Puglia ed Emilia Romagna. Ma la sostituzione non è avvenuta ovunque*

# Carta dei servizi, la risposta regionale arriva in ordine sparso

Pagina a cura  
DI SIBILLA DI PALMA

**L**e prossime a partire saranno Emilia Romagna e Puglia, che seguiranno la strada già battuta da Lombardia, Toscana, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia. La sostituzione, a scadenza, della tessera sanitaria con la nuova Ts-Cns (Carta nazionale dei servizi) comincia a farsi strada, anche se il censimento condotto da *ItaliaOggi Sette* mostra che molte regioni sono ancora indietro.

**Cos'è la Carta nazionale dei servizi.** La Ts-Cns è una tessera sanitaria dotata di banda magnetica e di un microchip per mezzo del quale svolge anche la funzione di Carta nazionale dei servizi, permettendo di accedere alle funzionalità messe a disposizione dalla pubblica amministrazione tramite internet. La carta consente, inoltre, di garantire sicurezza nell'identificazione dell'utente nell'accesso ai servizi online.

**Come attivarla e a cosa serve.** Per accedere ai servizi interattivi disponibili via web occorre richiedere un codice di accesso personale (pin), recandosi con la tessera e un documento in corso di validità presso uno degli sportelli delle aziende sanitarie locali abilitati al rilascio. A quel punto, inserendo la carta nel lettore di smart card collegato al computer, oppure presso gli sportelli polifunzionali dislocati sul territorio, è possibile accedere ai dati sanitari presenti nel proprio fascicolo sanitario elettronico, effettuare richieste di certificazioni e prestazioni, pagamenti dei servizi pubblici, accesso ai referti medici, scegliere o revocare il medico di base. La carta viene inviata direttamente dall'Agenzia delle entrate all'indirizzo di residenza in prossimità della scadenza della vecchia tessera.

**Emilia Romagna pronta a partire dal mese di novembre.** In occasione del rinnovo delle tessere sanitarie, quindi, le regioni e le province autonome possono richiedere al ministero dell'economia e delle finanze di

consegnare ai cittadini la nuova carta. Un servizio già sperimentato da Lombardia, Toscana, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia e che sta procedendo a piccoli passi anche nelle restanti regioni italiane. La Lombardia ha anche attivato Motorhome, un servizio che si muove sul territorio regionale per illustrare ai cittadini le funzionalità della carta, che finora è stata distribuita gratuitamente a circa 10 milioni di cittadini lombardi. In Emilia Romagna, invece, la nuova smart card sarà inviata agli assistiti a partire dal mese di novembre. «Noi abbiamo seguito un percorso diverso da Lombardia e Toscana», afferma Anna Darchini, dirigente Ausl di Imola, «dove il servizio è attivo già da parecchio tempo, quindi abbiamo cercato di costruire prima i servizi e poi abbiamo valutato di distribuire le carte. Abbiamo in questo senso colto l'occasione che ci è stata fornita e inizieremo da novembre con la distribuzione, ma in maniera progressiva, quindi partendo dai cittadini con la tessera in scadenza, secondo gli accordi presi con il ministero».

Quella che verrà attuata dalla regione è quindi una modalità di distribuzione graduale, che interesserà un numero di circa 20 mila cittadini al mese per quest'anno e per il prossimo. La maggior parte delle tessere sanitarie in Emilia Romagna arriverà a scadenza infatti nel 2014. «La tessera», prosegue Darchini, «arriverà con una lettera informativa, in cui verranno evidenziate le potenzialità della card. La tessera va poi naturalmente attivata recandosi presso lo sportello dell'azienda sanitaria locale che fornirà il codice di pin code». Tra i servizi di cui il cittadino potrà disporre, sono previsti la consultazione del proprio fascicolo sanitario personale, il pagamento online per le prestazioni ambulatoriali, mentre è ancora in fase di sperimentazione il

servizio di prenotazione Cup.

**Anche in Puglia l'avvio del servizio.** Diverso il caso della Puglia, dove le tessere sanitarie sono giunte a scadenza per la maggior parte nel corso del 2010, per cui la quasi totalità dei cittadini pugliesi ha già ricevuto la tessera standard, priva del microchip necessario per svolgere le funzioni anche di Carta nazionale dei servizi. La prossima riemissione è, quindi, prevista nel 2016. Tuttavia, la minoranza di assistiti con la tessera in scadenza, riceverà, già a partire da questo mese, direttamente dall'Agenzia delle entrate la nuova card, che riporterà anche la dicitura di Carta regionale dei servizi con il logo della regione Puglia.

«La distribuzione delle nuove tessere», afferma Tommaso Fiore, assessore alla sanità della regione Puglia, «avverrà per mezzo posta ordinaria da parte dell'Agenzia delle entrate, e riguarderà tutti i cittadini man mano che la vecchia tessera giungerà a scadenza. Nell'ultimo trimestre di quest'anno e nel 2012 la distribuzione riguarderà meno del 5% degli assistiti pugliesi». Anche in questo caso per accedere ai servizi interattivi disponibili online è necessario richiedere il pin, cioè un codice di accesso personale, recandosi con la tessera e un documento di identità presso uno degli sportelli abilitati al rilascio, la cui attivazione in Puglia è prevista entro fine anno.

«A causa della mancata distribuzione in tempi brevi della card a tutti i cittadini pugliesi, stiamo predisponendo nell'ambito del progetto "Portale della salute" un sistema per l'identificazione dei cittadini e la distribuzione di credenziali di accesso in rete (username e password), alternativi all'utilizzo della Ts-Cns», conclude Fiore. Non appena quindi il sistema entrerà a regime, i cittadini pu-



gliesi potranno accedere al «Portale della salute» e utilizzare i servizi interattivi disponibili, tra cui la possibilità di scegliere e revocare il medico di base, di verificare le esenzioni a cui si ha diritto e di accedere al proprio fascicolo sanitario elettronico.

—© Riproduzione riservata—

## La Carta nazionale dei servizi (Ts-Cns) in sintesi

<b>Cos'è</b>	È una normale tessera sanitaria dotata però di un microchip che le permette di svolgere anche la funzione di Carta nazionale dei servizi e di accedere, quindi, alle funzionalità messe a disposizione dalla pubblica amministrazione tramite internet
<b>Come attivarla</b>	La carta viene inviata direttamente dall'Agenzia delle entrate all'indirizzo di residenza in prossimità della scadenza della vecchia tessera. Per accedere ai servizi interattivi disponibili online occorre richiedere un codice di accesso personale (pin), recandosi con la tessera e un documento in corso di validità presso uno degli sportelli delle Aziende sanitarie locali abilitati al rilascio
<b>A cosa serve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accedere ai dati sanitari presenti nel proprio fascicolo sanitario elettronico</li> <li>➤ Richiedere certificazioni e prestazioni</li> <li>➤ Effettuare pagamenti dei servizi pubblici</li> <li>➤ Accedere ai referti medici</li> <li>➤ Scegliere o revocare il medico di base</li> </ul>
<b>In quali regioni è già attiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ È già attiva in Lombardia, Toscana, Sicilia e Friuli-Venezia Giulia</li> <li>➤ È in fase di avvio in Puglia dal mese in corso e partirà in Emilia Romagna da novembre</li> </ul>

**Malpractice**

# La diagnosi precoce salva anche il medico

■ Doppio richiamo della Cassazione ai medici. Con due distinte sentenze depositate la scorsa settimana, la quarta sezione penale ha posto l'accento sulla necessità di non perdere tempo quando si ha a che fare con determinati sintomi. In un caso (sentenza 36602) rigettando il ricorso di un pediatra ritenuto responsabile dell'omicidio colposo di una piccola affetta da neoplasia ovarica. Perché avrebbe dovuto, sostiene la Corte, se non diagnosticare, almeno disporre una serie di approfondimenti e indagini specialistiche alla piccola, visitata fino a 20 giorni prima del ricovero.

Nell'altro caso (sentenza 36603), la Cassazione ha ritenuto irrilevante, ai fini della individuazione della responsabilità del sanitario, la circostanza che la malattia si manifesti molto più tardi rispetto al suo radicarsi. Nella fattispecie, la paziente (costituitasi parte civile nel processo penale) si era rivolta alla ginecologa per aver sentito un nodulo al seno. La specialista l'aveva rimandata a casa tranquillizzandola. Alcuni mesi più tardi alla donna era stato riscontrato un carcinoma già metastatizzato.

**N. T.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## INTERVENTO

# Sanità, serve più confronto per razionalizzare i costi

## IL PROBLEMA

Le modalità di stesura dei bandi per i servizi complementari rischiano di danneggiare imprese e collettività

di **Alessandro Trapani**

È divenuto oggi obbligatorio - e dato quasi per scontato - parlare di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica e, in particolare, ciò vale per il comparto sanitario, notoriamente dissestato e poco efficiente.

Ma quando questo imperativo diventa taglio cieco e indiscriminato dei costi, chi ne paga le conseguenze è soprattutto l'utente del servizio sanitario, che vede compromesso il livello qualitativo e quantitativo dei servizi e delle condizioni ambientali in cui viene a trovarsi.

Per questo motivo, le modalità di stesura dei bandi di gara dei servizi complementari, che alcune Regioni stanno recentemente adottando secondo questa logica, rischiano di creare un enorme danno alla collettività e allo sviluppo economico.

Si tratta di una situazione che Assosistema, l'Associazione che rappresenta in Italia le aziende del sistema industriale integrato di servizi tessili e medici affini, sta osservando in questi mesi in prima persona e che rischia inoltre di minare alla base la continuità imprenditoriale di un settore che vale nel complesso oltre 4 miliardi di euro di

fatturato e dà lavoro a migliaia di occupati.

Alcune recenti gare, come avvenuto a esempio nella Regione Lazio, indette per l'acquisizione del servizio di sanificazione del tessile, hanno visto l'indiscriminata e distorta attuazione, di fatto, del criterio del massimo ribasso del prezzo, pur richiedendo il mantenimento di elevati requisiti tecnico-qualitativi e organizzativi.

Di fronte all'indiscutibile e condiviso obiettivo di razionalizzazione della spesa sanitaria, ciò che risulta particolarmente critico è la scelta - questa volta discutibile - di procedere semplicemente ad un taglio drastico dei prezzi, senza aver effettuato una preliminare analisi del bisogno reale sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi dei prodotti e dei servizi oggetto della fornitura.

La sola mancanza di un lavoro a monte di ricerca, di analisi e pianificazione del bisogno di consumo - nonché l'assenza di un dialogo con gli operatori del settore che conoscono in profondità gli aspetti tecnici - ha portato in alcuni casi paradossalmente ad adottare soluzioni addirittura più costose, benché fossero sostituibili con altre tecnologicamente più innovative ed economiche.

È oggi a rischio la stessa sopravvivenza della categoria delle imprese fornitrici, che negli ultimi anni ha investito massicciamente in tecnologie all'avanguardia e in risorse umane per garantire aspetti molto delicati quali la sicurezza igienica dei prodotti tessili

e il controllo costante della biocontaminazione.

In questo contesto, a peggiorare le cose, la categoria sta inoltre sopportando con grossi sacrifici il crescente ritardo del pagamento dei corrispettivi, pur garantendo sempre e ciononostante lo stipendio ai propri dipendenti, tutti a tempo indeterminato e prevalentemente donne.

Deve quindi riprendere a pieno regime l'interlocuzione tra il soggetto pubblico che ha necessità di acquistare un servizio alle migliori condizioni tecnico-qualitative e chi quel servizio lo produce: soltanto con il confronto preventivo su razionalizzazione dei costi, recupero delle efficienze e risparmio nell'approvvigionamento è possibile pensare ad un sistema sanitario che possa proiettarsi verso un futuro sostenibile, centrato sulle esigenze dei pazienti e sull'inderogabilità della tutela collettiva.

Occorre quindi che la fusione delle reciproche conoscenze e il confronto di idee tra imprese e istituzioni tornino ad essere un elemento centrale per far ripartire il nostro Paese. È da qui che si deve iniziare, avvicinando con la forza del dialogo interessi solo apparentemente contrapposti.

*Presidente Assosistema*



# Cancro, se lo conosci vinci il Pulitzer

L'oncologo indiano Siddhartha Mukherjee ha pubblicato una "biografia" del male che si legge come un romanzo

**OCCIDENTE E ORIENTE**  
«Ciò che conta non è l'origine ma l'efficacia di una terapia, che sia chemio o meditazione»  
**NIENTE AMBIZIONI LETTERARIE**  
«Come Primo Levi: ha scritto alcuni libri bellissimi, ma si è sempre definito un chimico»

## Colloquio

”

ALESSANDRA IADICICCO

**E'** un esempio straordinario di comunicazione scientifica. Ma il libro del dottor Siddhartha Mukherjee - il grande oncologo indiano che, nato a Delhi 41 anni fa, ha studiato a Stanford, Oxford e Harvard ed è professore e ricercatore alla Columbia University - non è un trattato né un manuale sul cancro. Impostato come «una storia», presentato come «la cronaca di una malattia antica» - l'autore risale indietro fino a quattro millenni e mezzo fa per raccontarne le origini e le prime terrifiche apparizioni -, definito nel sottotitolo come «una biografia», *L'imperatore del male* (Neri Pozza, pp. 736, €19) si legge ed è stato scritto come un appassionante romanzo. Non per niente ha vinto il Premio Pulitzer 2011.

«Non mi sono preoccupato di scegliere un genere letterario», precisa Mukherjee con schietto pragmatismo da scienziato. «Ho scritto il libro che secondo me andava scritto. Soprattutto mi premeva chiarire ai miei pazienti e a tutti

coloro la cui vita, o quella di parenti e conoscenti, è stata sfiorata dal cancro, contro che cosa ci troviamo a combattere».

Obiettivo raggiunto. Il libro funziona come un'iniziazione. Se all'inizio ci si confronta con i *rumours*, le dicerie, i pregiudizi, il senso comune sul conto del male, «alla fine il lettore», osserva Mukherjee con soddisfazione, «si sarà impadronito senza accorgersene del lessico più appropriato, i termini medici più avanzati, le argomentazioni più sofisticate per partecipare al dibattito contemporaneo sul cancro». Saprà di che cosa si tratta quando si parla di antioncogeni, divisione cellulare e traslocazione genetica, nodulectomia, tamoxifene e trial randomizzato. Conoscerà i nomi che hanno permesso di «evocarlo»: *karkinos*, ovvero «granchio», come lo chiamò Ippocrate nel 400 a.C.; *onkos*, cioè «massa», «carico»; *tumor*, «rigonfiamento», «tumefazione»... «In un certo senso la malattia non esiste finché non siamo d'accordo che esista», nota Mukherjee citando Charles Rosenberg, «finché non le diamo un nome e reagiamo alla sua presenza».

Per chi ne è colpito è qualcosa di ben più oscuro e totalizzante che un ospite indesiderato da esorcizzare con un nome. Carla Reed per esempio, 30 anni, maestra d'asilo, madre di tre bambini, paziente afflitta da leucemia acuta che Mukherjee ancora borsista incontrò al Massachusetts General Hospital, si avvide dai primi segnali, ancora non riconosciuti né diagnosticati come sintomi, che «qualcosa di grave, anzi di catastrofico, stava crescendo dentro il suo corpo». Il medico (e autore), chiamato sul cercapersone non appena ci furono i risultati dei primi esami del sangue, corse all'ospedale e guardò verso le finestre in alto «immaginando

Carla seduta in una stanza del 14° piano, paurosamente sola». Mukherjee, che l'avrebbe affiancata nella lotta «solitaria, individuale, contro un male celato dentro noi stessi», si accorse «con malinconia che c'era qualcosa di automatico, di provato e riprovato nella mia compassione. Mi sembrava di starmi lentamente abituando alla morte», scrive.

Sono questi passaggi che fanno del suo libro un capolavoro. Ponderoso, con le sue quasi 750 pagine, ma tutt'altro che scoraggiante. Di certo non conduce a un lieto fine: «Volutamente ho evitato di concludere narrando di chi "è guarito"». Ma dà adito a speranze: «Sarebbe una conquista trasformarlo in una malattia cronica. Decisive sono le ricerche che la prossima generazione approfondirà sulla mappa dei geni». Per il resto, con realistica durezza, bandisce censure, sventa paure irrazionali. Demistifica l'idea di un nemico contro cui combattere una guerra totale: «A scanso di accanimenti terapeutici si privilegia la reazione del singolo organismo al farmaco». Sfata ottimistiche semplificazioni, in fatto di diete, sport, astensione dal fumo preventivi e definisce «ormai obsoleta la divisione tra prevenzione e terapia». Smonta, lui che è indiano di nascita e opera nei centri di ricerca degli Stati Uniti, la contrapposizione tra medicina orientale e occidentale: «Ciò che importa davvero non è la provenienza, ma l'efficacia di una terapia, che si tratti di chemio o di meditazione. E non è affatto vero che la scienza d'Occidente non si occupi in primo luogo dell'essere umano, del singolo individuo».

Mukherjee raccomanda la massi-



ma cautela nel gestire le cause o le ricadute psicologiche della malattia: «“Ero stressata, perciò mi sono ammalata”, ho sentito dire a pazienti che si autoaccusavano retrospettivamente. Ma se il male è nei tuoi geni non hai scampo». Si schermisce di fronte a complimenti al suo talento narrativo: «Ho un passato da lettore», dice. «Non ho ambizioni letterarie. Non ho mai pensato di essere uno scrittore. Prenda Primo Levi, ha scritto libri tra i più belli ch'io abbia mai letto, ma si è sempre definito un chimico». Cita appunto Levi per dimostrare che «cancro» non è affatto un sinonimo di morte: «sopravvissuto ai campi di sterminio, tornato nella sua Torino, diceva che tra le caratteristiche del Lager c'era la capacità di cancellare l'idea stessa di una vita al di fuori e al di là di esso. Con quella perdita, scriveva Levi, arrivava una morte morale e spirituale che credo si possa risparmiare ai malati. Una mia paziente, colpita da cancro all'utero dodici anni fa, vive ancora e non ha mai lasciato il suo lavoro. Un'altra, un cancro alla mammella scoperto otto anni fa, ha nel frattempo avuto tre nipotini. Il cancro ci mette brutalmente di fronte alla nostra mortalità. La morte ci appartiene e non possiamo eliminarla. La malattia, invece, si può transcendere per continuare a vivere».

## IN PILLOLE

► **Antitumorali****Bersagli molecolari proteggono il seno**

Aumenta il numero delle donne che vince il tumore al seno. «In un followup a cinque anni dalla diagnosi sopravvive l'85% delle pazienti». Lo ha affermato Edith Perez, Mayo Clinic, sede di Jacksonville, Florida, al meeting internazionale sui nuovi farmaci per il tumore del seno, all'Istituto Regina Elena di Roma. «Oltre alla chemio e ormonoterapia — spiega l'oncologo Francesco Cognetti — ricerca punta a farmaci molecolari che centrano il bersaglio preciso dei recettori».



## L'INTERVISTA

L'appello di Veronesi  
«Donne puntate  
sulla prevenzione»

N. SIMONETTI A PAGINA 7 &gt;&gt;

## LOTTA AL CANCRO

LE STRATEGIE PER AFFRONTARLO

## RITARDI SUL GENOMA

«Il colpo d'ariete definitivo che ci attendevamo non è arrivato. Abbiamo ancora poche molecole intelligenti»

## «NESSUNA SPERANZA DA CUBA»

«La cura non funziona, sono fantasie». Apertura sugli Ogm: «Il mondo deve accettare che la genetica entri, con debita misura nella vita»

## Veronesi: terapie sempre più umane

Appello dell'oncologo alle donne: contro i tumori puntate sulla prevenzione

## SCHITTULLI

«Più guarigioni, grazie a  
diagnosi anticipate e  
progressi di tecnica»

## NICOLA SIMONETTI

● «Dai trattamenti massimamente tollerabili al minimo trattamento efficace ed accettabile, questa la rivoluzione, in campo di terapia dei tumori, che si è realizzata negli ultimi 30 anni. Inoltre, progresso - ci dice il prof. Umberto Veronesi, a Lecce, per la prolusione alle giornate oncologiche salentine (direttori dr Sergio Cinieri e Vito Lorusso, segr. org. Agorà) - nelle diagnosi anticipate e nell'attenzione ai riflessi psicologico-sociali che la malattia ha sui malati».

«Il colpo d'ariete definitivo che ci attendevamo dall'applicazione delle conoscenze sul genoma umano non ha potuto esserci. In 11 anni, siamo riusciti ad avere molecole "intelligenti" capaci di colpire al cuore la cellula tumorale. Ma esse si contano sulle dita di una mano. Processo ancora lungo e che non ci soddisfa in termini di tempo».

## Quindi, segniamo il passo?

«No. Abbiamo, intelligentemente, percorso una scorcioia praticando la strada, di-

mostratasi valida, della diagnostica molecolare per giungere a diagnosi anticipate e, quindi, a terapie sempre più efficaci. Riusciamo a riconoscere i marcatori molecolari. Il tumore manda in giro frammenti microscopici di RNA (microRNA) che rappresentano il fattore occulto che porta il cattivo messaggio cui la cellula si deve inchinare e deviare dalla norma divenendo cancerosa. Oggi riusciamo ad individuare questa "micro lettera" dell'alfabeto abnorme ed impedirle di scrivere la parola cancro. Se il suo riconoscimento avviene prima che essa proceda e, quindi, eseguiamo una diagnosi precocissima, le possibilità di terapia efficace sono enormemente aumentate e, per esempio, nel tumore mammario, si può giungere a guarigioni dell'85-90% e, se interveniamo ancor prima che l'iniziale nucleo tumorale divenga palpabile, si può sfiorare il 100 per cento».

## Cosa fare?

«L'efficacia del nostro intervento, più che sul medico, è nelle mani della donna stessa. Essa deve convincersi di sottoporsi ad ecografia, ogni anno, dopo i 30 anni di età ed a mammografia do-



po i 40 anni».

Il prof. Schittulli, quale presidente della Lega Tumori, oltre che nella pratica privata che egli continua a svolgere intensamente e bene, porta avanti questo messaggio che deve raggiungere ogni donna: alcune ore (poche) ogni anno sono da riservare agli esami (non invasivi) che salvano la vita.

«La mia casistica - dice Schittulli - continua ad aumentare e, progressivamente, grazie a diagnosi anticipate e progressi di tecnica, riscontro guarigioni fino a qualche anno fa insperate. Purtroppo, non tutte le donne, colpa anche delle non ottimali disponibilità delle strutture, praticano, con regolarità, gli esami consigliati che portano a diagnosi anticipata».

«Vantaggi non solo da diagnosi anticipata ma - dice il prof. Veronesi - anche dalla terapia che si è fatta più a misura umana. Io lanciai, tra incredulità ed avversioni (ci fu chi mi tolse il saluto), la prima sfida, per quanto riguarda il cancro mammario, nel 1969, quando, in sede OMS a Ginevra, proposi di sperimentare la lobectomia (poi chiamata "quadrantectomia") cioè solo di un lobo della mammella invece della sua asportazione totale. Ottenni, a mala pena che si iniziasse la sperimentazione ed ebbi ragione. I risultati si sovrapponevano (confermati anche da un lavoro di ricercatori USA) e la donna conservava il proprio seno. Il dogma della mutilazione non fu più tale. Il giorno successivo alla pubblicazione della mia comunicazione scientifica il titolo a 6 colonne del New York Times faceva conoscere anche al mondo non medico questa conquista. Oggi almeno 150.000 donne all'anno, nel mondo, salvano il proprio seno colpito da tumore».

«Non ci bastava - continua Veronesi - miravamo e miriamo a preservare il più possibile il patrimonio anatomico e funzionale dell'organo colpito dal cancro. Ed è stata, così, la volta del contrasto all'altro dogma, in vigore sin dal 1880, dell'asportazione dei linfonodi tributari del tumore. Perché asportare, con decisione aprioristica, queste

formazioni così importanti anche per la difesa immunitaria? Con esame poco invasivo si può individuare il primo della catena dei linfonodi ascellari e, se esso risultasse invaso, asportare la catena stessa, altrimenti che resti al proprio posto. Assoluzione controllata anche per i linfonodi mammari. Di questa tecnica ha beneficiato anche il trattamento dei melanomi».

«Ci siamo resi conto anche che, per molte donne - aggiunge ancora Veronesi - le sedute di radioterapia da eseguire dopo l'intervento, per i costi e per le difficoltà di spostamento diventano proibitive. La irradiazione della parte (minima dose e sua concentrazione sulla lesione) durante l'intervento chirurgico risolve il problema poiché la donna non avrà bisogno di ulteriori appuntamenti con il radiologo».

#### Ricerche in corso?

«Riconosciamo, oggi, il capovolgimento delle nostre conoscenze sulla biologia dei tumori. La novità è rappresentata dall'ipotesi provata che, nel tumore, agiscono, quali rigeneratori di elementi morti, le cellule staminali. Queste perpetuano la malignità e pilotano la metastasi e la recidiva. La eventuale presenza, nel linfonodo asportato, di una o più cellule staminali, indica che si va verso la progressione clinica (metastasi). Nel caso contrario, no problem e quei linfonodi possono essere risparmiati. Non siamo più pessimisti per il futuro».

#### Aggiunge speranza l'anticancro di Cuba?

«Da quel che si sa, indirettamente, non funziona. Non c'è stata ricerca. Ogni 5-10 anni qualcuno improvvisa un anticancro, privo di studi e di prove. Sono fantasie».

#### Quale ruolo peggiorativo della salute possono avere gli OGM?

«Il mondo deve accettare che la genetica entri, con debita e controllata misura, nella vita. Le piante modificano, in 20-30 anni, alcune caratteristiche migliorative. Con la genetica bastano pochi minuti ed è subito migliorata. Nel mondo, 160 milioni di ettari di terreno sono coltivati ad OGM. Non sono da demonizzare».

## Lotta ai tumori Il nuovo Rapporto dell'Osservatorio civico sul federalismo sanitario

# Nell'assistenza oncologica disparità da regione a regione

**F**armaci antitumorali non disponibili in alcune regioni; posti letto per la radioterapia concentrati soprattutto in Lombardia, Toscana e Lazio; acceleratori lineari utilizzati nella cura del cancro presenti, secondo gli standard europei, solo in 6 regioni. E poi, ancora differenze, da regione a regione, sul fronte della prevenzione e delle cure palliative, con carenze maggiori al Sud. Non tutti i cittadini hanno uguali diritti se si ammalano di tumore, segnala un recente rapporto dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità, nato su iniziativa del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva per valutare la capacità dei servizi sanitari regionali di garantire risposte adeguate ai bisogni di salute, attraverso gli occhi degli stessi cittadini.

«Di fatto, ogni regione si organizza come vuole e come può — osserva Francesca Moccia, coordinatrice nazionale del Tribunale per i diritti del malato —. Ancora non è capillare quella Rete oncologica che, secondo il Documento tecnico di indirizzo del Ministero della Salute 2011-2013, rappresenta un requisito fondamentale per consentire ai malati di tumore un uguale accesso alle cure su tutto il territorio nazionale. E i pazienti sono spesso costretti a spostarsi da una regione all'altra per avere l'assistenza di cui necessitano».

Secondo il rapporto dell'Osservatorio sul federalismo in sanità, le disparità regionali iniziano già sul fronte della prevenzione. I programmi di screening contro il cancro a cervice uterina, mammella e colon retto, infatti, funzionano bene in Toscana, Veneto, Emilia-Romagna e Umbria. Riescono a coinvolgere la popolazione residente, secondo gli standard definiti dal ministero della Salute, le regioni Lombardia, Molise e Basilicata. La prevenzione risulta in-

vece essere carente in Liguria, Lazio, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Secondo i dati raccolti dal rapporto, anche l'accesso ad alcuni farmaci antitumorali è diverso da regione a regione. «Li puoi trovare in una regione e non in un'altra: dipende dal loro inserimento nei Prontuari farmaceutici regionali» spiega Francesca Moccia. Regioni come Molise, Basilicata e Valle D'Aosta non includono alcuni farmaci antitumorali nei loro prontuari, rendendo di fatto questi medicinali inaccessibili agli ammalati; altre regioni, in primo luogo Umbria, Veneto, Molise ed Emilia-Romagna, pongono dei limiti all'uso di alcuni preparati rispetto alle indicazioni dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. E ancora, in altre regioni, come Puglia ed Emilia-Romagna, alcune medicine sono erogate dal Servizio sanitario solo su richiesta motivata per il singolo paziente.

Differenze notevoli si registrano anche rispetto alla presenza di apparecchiature tradizionalmente utilizzate nella cura del cancro. E il caso degli acceleratori lineari (LINAC): solo 6 regioni rispettano lo standard ottimale europeo che è di 7-8 acceleratori su un milione di abitanti. Molto al di sotto dello standard europeo è attualmente la Calabria, seguita dalla provincia di Bolzano, Sicilia, Sardegna, Campania e Puglia.

Il rapporto dell'Osservatorio sul federalismo in sanità ha esaminato anche la situazione delle cure palliative. Se Lazio, Basilicata, Puglia, Molise, Marche, Emilia-Romagna e Sardegna hanno realizzato e attivato almeno un posto letto per il trattamento palliativo dei malati terminali ogni 56 deceduti a causa di tumore, come prevede il Decreto ministeriale n.43 del 22 febbraio 2007, sono invece tuttora ben al di sotto dello standard indicato la Sicilia, la Calabria, la Campania, l'Abruzzo e la Toscana.

Anche per il monitoraggio del dolore dei malati di tumore e l'inserimento dei dati in cartella clinica la situazione è a macchia di leopardo; anzi, spesso le differenze emergono tra le Asl di una stessa regione. Questo aspetto dell'assistenza risulta funzionare meglio nella provincia autonoma di Trento, in Sicilia, Marche, Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana. La maglia nera, secondo il rapporto, spetta invece a Lazio e Liguria che non hanno adottato alcuna forma di monitoraggio. In Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna il dolore in cartella clinica si monitora solo in alcune aziende sanitarie o per l'assistenza domiciliare, come in Abruzzo.

«Le differenze strutturali esistenti tra le regioni sono state spesso legittimate, ma il federalismo non può essere utilizzato come un alibi per giustificare gravi carenze danno dei malati» conclude la coordinatrice del Tribunale dei diritti del malato.

**Maria Giovanna Faiella**

### Anche buone pratiche

## Trasferte rimborsate

Al Tribunale per i diritti del malato arriva anche qualche segnalazione di "buone pratiche" messe in atto dalla Regioni. In Sardegna, per esempio, è previsto un rimborso delle spese, in base al reddito, per i pazienti oncologici che devono raggiungere centri di cura che distano più di 15 chilometri dalla loro abitazione. Inoltre, sempre in Sardegna, chi soffre di oncoemopatie e i pazienti che hanno subito un trapianto ricevono un assegno integrativo, che anche in questo caso è commisurato al reddito del malato.



# TELETHON

## SPECIALE

**Rendiconto 2011.** In occasione della presentazione del bilancio la charity chiama a collaborare, dopo l'industria **farmaceutica**, anche le autorità sanitarie

# Soldi che rendono bene

Telethon impiega il 77,4% dei fondi raccolti per la ricerca - Nel 2010 per gli studi clinici sono serviti 28 milioni

### PROGETTO CONDIVISO

L'Aifa e gli enti preposti devono aiutare questo tipo di trial non solo economicamente, ma semplificando le norme di **Agnese Codignola**

Nel 2010 Telethon ha raccolto, da donazioni di privati e di soggetti istituzionali, più di 35 milioni di euro. La domanda, cui l'associazione risponderà il 17 ottobre, alla presentazione del bilancio (chiuso quest'anno in anticipo rispetto al passato) è: come vengono impiegati tutti questi denari? «Nel tempo - spiega Francesca Pasinelli, direttore generale di Telethon - l'investimento è stato differenziato nei diversi ambiti della ricerca, che oggi è sempre più traslazionale. All'inizio della sua attività, infatti, l'associazione si è concentrata sulla comprensione di malattie che allora erano oscure e terribili, delle quali quasi nessuno si occupava, data l'esiguità relativa dei soggetti coinvolti. I risultati conseguiti in quei primi fondamentali studi hanno però aiutato a prospettare prima, pianificare e condurre poi, studi focalizzati sulle possibili terapie, fino ad arrivare alla situazione degli ultimissimi anni, che ha visto l'ingresso di altri soggetti per rendere le cure messe a punto a livello sperimentale fruibili da parte di tutti».

Oggi Telethon impiega il 77,4% dei fondi raccolti per la ricerca, il 16,7% per le raccolte fondi e il 5,9% per i costi di funzionamento generale, e la sua evoluzione si capisce molto bene se si osservano le cifre relative a due periodi chiave: il triennio 1991-1994 e quello 2008-2011. All'inizio, infatti, Te-

lethon spendeva il 33,9% dei fondi per identificare il difetto genetico, ma oggi quel tipo di studi assorbe l'8,9% del denaro complessivo. Per quanto riguarda gli studi sul meccanismo che determina la malattia, invece, la situazione è variata di meno, perché sovente molto resta ancora da capire, anche quando il gene alterato è noto: per questo si è passati dal 56,7 al 45,8 per cento. Ciò che è cambiato sensibilmente sono invece tutte le fasi successive: lo studio di strategie terapeutiche in vitro richiedeva un modesto 0,7% all'inizio degli anni Novanta, ma oggi tale valore è del 10,3%, mentre la ricerca preclinica in vivo, cioè sugli animali, che assorbiva anch'essa lo 0,7%, oggi consuma il 13,8% del budget. Infine lo spettacolare balzo della ricerca clinica, quella che si compie sui malati: è passata dal 2,3 al 15,2 per cento. «Questi dati - commenta Pasinelli - per noi sono molto importanti, perché documentano meglio di tanti discorsi che cosa si possa conseguire con un impegno costante, con l'attenzione alla qualità della ricerca e con il controllo della spesa».

In questi anni, in effetti, i ricercatori targati Telethon hanno pubblicato lavori di altissimo profilo scientifico, come dimostrano indici oggettivi come il *citation index* delle pubblicazioni, o il confronto con i grandi centri di ricerca di tutto il mondo. Ciò ha fatto acquisire al marchio, per così dire, una credibilità che è poi servita per instaurare un dialogo anche con soggetti diversi da quelli naturali, come è avvenuto, per esempio, nel caso dell'accordo con GlaxoSmithKline, siglato nel 2010. «In quel caso - spiega Pasinelli - abbiamo ricevuto un finanziamento di circa 10 milioni di euro per studiare in particolare sette malattie; l'azienda

ha voluto non solo dare una mano a un ente che giudicava evidentemente in grado di gestire al meglio il denaro, ma anche stabilire un rapporto di collaborazione su protocolli terapeutici che oggi sono ottimizzati per condizioni molto specifiche ma che domani potrebbero, con le opportune modifiche, essere adottati anche in malattie che colpiscono un numero più grande di pazienti».

Ma le aziende non sono gli unici partner che Telethon chiama a collaborare. L'associazione infatti, giunta ormai in diversi casi alle soglie della sperimentazione clinica di terapie innovative o arrivata già oltre alla messa a punto di protocolli riconosciuti a livello internazionale come quello della cura dei bambini affetti da immunodeficienza congenita (i bubble boy colpiti da Ada-Scid), ha bisogno del pubblico, come sottolinea il Direttore: «Le autorità come l'Aifa e gli enti preposti - spiega Pasinelli - devono aiutare questo tipo di studi clinici con semplificazioni normative: non ha senso applicare tout court a situazioni così particolari le regole che valgono per i trial per esempio di **farmaci** per l'ipertensione; inoltre devono sostenere economicamente la conduzione degli studi clinici, come sta facendo Telethon, che nel 2010 ha devoluto a questa parte del lavoro 28 milioni di euro. Per capire di che cosa parliamo, basta pensare che la sperimentazione sulla leucodistrofia metacromatica, da sola, è costata circa 12 milioni di euro, e prima che sia conclusa richiederà altro denaro».

È evidente che, da sola, nessuna Onlus come Telethon ce la può fare, quando si tratta di somministrare una terapia a tutti coloro che ne hanno bisogno, così come è evidente che non è

# TELETHON

## SPECIALE

**Strategia.** Sfruttare il capitale di conoscenze

### Bisogna arrivare il prima possibile al letto del paziente

*La ricerca nell'ambito dei disturbi monogenici ci offre l'opportunità di sviluppare approcci che potranno essere impiegati in altre aree terapeutiche*

■ Eccellenza, innovazione e sostenibilità. Bastano queste tre parole chiave nel mondo della ricerca del terzo millennio a spiegare il fil rouge che lega Telethon alla multinazionale **farmaceutica** GlaxoSmithKline (Gsk), in una partnership che è partita già nel 2004 ed è giunta al culmine con l'accordo del febbraio di un anno fa, quando l'azienda si è impegnata a sviluppare le ricerche di Telethon per giungere a una terapia genica per sette diverse malattie "scritte" nel Dna.

«Condividiamo con Telethon valori e visione - spiega **Luc Debruyne**, presidente e amministratore delegato di Gsk in Italia -. Eccellenza significa investire le risorse solo nelle persone e nei progetti migliori, che vengono seguiti fino al loro compimento, innovazione vuol dire non accontentarsi e arrivare a rispondere alle vere esigenze dei pazienti, sostenibilità indica che ciò che facciamo, scopriamo e sviluppiamo possa giungere il prima possibile al letto dei pazienti».

A dare ulteriore vigore a questo impegno condiviso ci

sono le scelte strategiche che da tempo ha scelto di perseguire, prima fra tutte quella di sfidare le complesse dinamiche del trattamento delle malattie rare attraverso un impegno che nasce molti anni fa. Se Telethon ha iniziato nel 1990 la lunga sfida per vincere con la forza della ricerca le malattie genetiche, la multinazionale ha dato il via agli studi in questo settore ben prima, individuando una serie di principi attivi che si stanno rivelando di grande utilità nella pratica clinica, a partire da nelarabina. Questo **farmaco**, oggi, viene impiegato nella terapia di due rare forme di leucemia, è stato infatti scoperto da una ricercatrice dell'azienda, Gertrude Elion, premio Nobel per la medicina nel 1988.

«Non molti sanno che dal 1983 a oggi Gsk è arrivata a sviluppare ben quattordici **farmaci** orfani, oggi a disposizione dei pazienti, ed è la prima azienda per numero di molecole rese disponibili in questo ambito - fa notare Debruyne -. E ancora oggi crediamo così tanto all'importanza di trovare nuove risposte alle patologie rare che, oltre all'accordo stretto con Telethon, lo scorso anno abbiamo riunito tutte le nostre attività in una sola Unità di ricerca per tutto il mondo. La struttura punta a lavorare su duecento diverse patologie e i nostri ricercatori, in collaborazione con Telethon

e gli altri studiosi che lavorano nel settore, cercano di indirizzare sforzi e investimenti negli ambiti in cui davvero si può fare la differenza e giungere a nuove cure».

Il mosaico di patologie genetiche su cui stanno lavorando gli esperti del centro di Gsk, peraltro, non è "bloccato" ma aperto al confronto con quanto la scienza propone. Per questo, pur se non è destinata a modificarsi la cifra delle malattie su cui si lavora, potranno esserci nuovi filoni da esplorare. Di certo c'è che l'accordo tra Gsk e Telethon per sconfiggere sette malattie genetiche rare è destinato a proseguire nel tempo, anche per le valenze scientifiche che presenta.

«Sicuramente l'ambito delle malattie monogeniche, come sono appunto quelle oggetto dell'accordo, è di primario interesse per l'Unità di ricerca sulle malattie rare di Gsk, anche perché ci offre l'opportunità di sviluppare un approccio che potrà poi essere impiegato anche in altre aree terapeutiche - conferma Debruyne -. Grazie alla nostra partnership, infatti, possiamo dare un'accelerata agli studi per portare le intuizioni dei ricercatori Telethon direttamente ai pazienti in tutto il mondo, ma riusciamo soprattutto a sviluppare linee di ricerca e piattaforme tecnologiche originali, che potranno poi essere trasferite, se neces-

sario, in altri ambiti. Questo significa non solo fare ricerca di altissimo livello, ma anche accrescere il capitale delle conoscenze, e quindi perseguire con grande attenzione quei valori che condividiamo con Telethon».

Proprio il valore della condivisione delle conoscenze per giungere all'obiettivo, peraltro, è ormai una pietra angolare della strategia di ricerca di Gsk, anche al di fuori dell'area delle malattie genetiche. Basti pensare ad esempio alla «Open Innovation Strategy», messa a punto per fornire risposta ai bisogni dei Paesi in via di sviluppo.

«Nel gennaio 2010 è stato creato a Tres Cantos, in Spagna, un'Open-lab indipendente con un fondo iniziale di 8 milioni di dollari, che punta a offrire a 60 ricercatori indipendenti l'opportunità di portare avanti i progetti di ricerca sfruttando strutture e competenze di Gsk - conclude Debruyne -. Con la stessa logica l'azienda ha creato un "patent pool" per rendere disponibili a tutti gli scienziati 800 brevetti per possibili cure delle malattie dimenticate gestite dall'ente indipendente Bio Ventures for Global e ha reso accessibile una "libreria" chimica di 13.500 molecole attive contro il *Plasmodium falciparum*, agente di una grave forma di malaria».

**Fe. Me.**

quello il suo ruolo: a questo devono pensare appunto aziende e autorità sanitarie. Nel frattempo, comunque, Telethon vuole intensificare gli sforzi di *fundraising* rivolgendosi a un pubblico più ampio, che non sia più solo quello tradizionale, televisivo, della maratona di dicembre, ma che sia fatto anche da persone che utilizzano altri strumenti e, in primo luogo, internet e social network. Anche in questo Telethon si evolve per avere sempre, come recita il titolo dell'incontro sul bilancio, "Azioni che rendono".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# TELETHON

## SPECIALE

**Terapia genica.** Il successo ottenuto nell'Ada-Scid ha trasformato per sempre l'approccio alle patologie rare aprendo la strada ad accordi per la fruibilità delle cure

### La formula per creare innovazione

Nuovi vettori virali e riscrittura del genoma potrebbero funzionare anche per trattare cancro e infezioni

*Le malattie genetiche fanno da apripista per sviluppare una tecnica di «gene editing» capace di correggere direttamente le mutazioni nelle cellule dei pazienti*

di **Francesca Cerati**

**T**radurre i risultati della ricerca biomedica in trattamenti e farmaci fruibili da tutti i pazienti affetti da malattie genetiche nel mondo. La *mission* di Telethon, che si basa su valori di eticità, trasparenza e merito verificabili nero su bianco, porta con sé un beneficio che va oltre la cura e va a vantaggio di tutti: occuparsi di terapia genica vuol dire anche innovare. Di conseguenza trovare la cura non è più il punto di arrivo, ma diventa un nuovo punto di partenza. Come è successo per l'Ada Scid, una rara immunodeficienza da cui sono guariti a oggi 14 bambini: il risultato ottenuto su questa malattia ha portato a un cambiamento epocale perché non solo ha confermato la validità della terapia genica, ma grazie alle competenze acquisite, ha reso possibile far avanzare verso la sperimentazione clinica la ricerca per altre malattie, e contemporaneamente ha favorito l'avvio di accordi - come quello con la big pharma GlaxoSmithKline (Gsk) - dedicati alla fruibilità delle future terapie.

«Grazie all'investimento lungimirante di Telethon è stato possibile creare negli anni una squadra multidisciplinare di ricercatori e clinici che hanno

avuto a disposizione tempo e risorse per mettere a punto non solo una terapia, ma una vera e propria piattaforma terapeutica applicabile a più malattie», commenta Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la terapia genica (Hsr-Tiget) di Milano dove è stata messa a punto la cura per l'Ada-Scid e oggi centro di riferimento per i ricercatori di tutto il mondo. Questa strategia è ora potenzialmente applicabile a molte altre malattie genetiche tra cui immunodeficienze primarie, difetti ereditari del metabolismo, malattie del sangue. «Per sei di queste siamo già al lavoro - dice Naldini -: due sono in sperimentazione clinica, mentre per le altre 4 abbiamo solidi dati di laboratorio e contiamo di testare l'efficacia della terapia genica nei pazienti entro pochi anni».

L'Hsr-Tiget ha ricevuto un primo finanziamento di 10 milioni di euro dopo l'accordo tra Telethon e Gsk per sviluppare la sperimentazione clinica. A oggi si sono sottoposti alla terapia genica quattro bambini affetti da leucodistrofia metacromatica e tre da sindrome di Wiskott-Aldrich. Per quanto riguarda invece la beta-talassemia e la mucopolisaccaridosi di tipo I, la ricerca è già in fase di preclinica avanzata e si stanno portando a termine una serie di validazioni necessarie per avviare la sperimentazione sull'uomo. Infine, gli esperimenti effettuati su modelli animali di leucodistrofia globoide e granulomatosi cronica hanno dimostrato l'efficacia dell'approccio terapeutico.

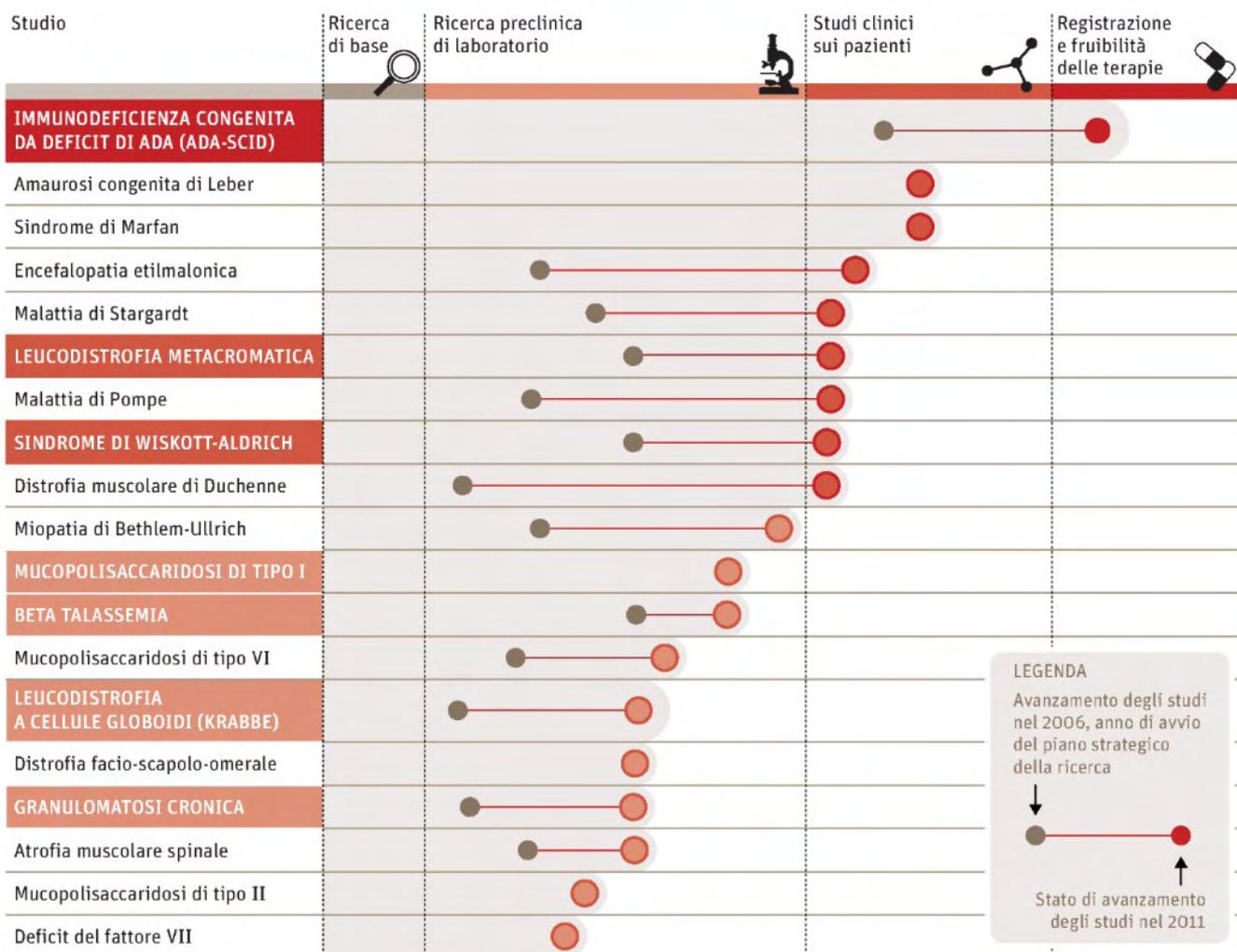
Ma c'è di più. L'Istituto studierà anche e più a fondo le cellule staminali, il «gene editing», cioè la riscrittura del genoma e il comportamento dei vettori virali che servono per somministrare i geni terapeutici. «Siamo i primi al mondo a sperimentare un vettore ottenuto da un lentivirus nelle cellule staminali del sangue. Se questo approccio dovesse funzionare abbiamo pronta una serie di sperimentazioni anche per altre patologie, compresa la beta-talassemia, oggi trattata con trasfusioni o trapianto da donatore - racconta Naldini -. Se i risultati con la terapia genica saranno positivi potremmo entrare in clinica già tra 1-2 anni».

Anche il fatto di ingegnerizzare le staminali ha un valore più ampio: in futuro si potrebbe impiegare la tecnica per renderle resistenti a un'infezione o a un farmaco. Quindi potenzialmente la terapia genica si sta sviluppando anche per funzionare in malattie più comuni come il cancro e le infezioni. Malattie genetiche come "apripista", dunque, anche per studiare e sviluppare «un approccio rivoluzionario che ci permette di "riscrivere" il genoma e correggere direttamente le mutazioni nelle cellule dei pazienti, ripristinandone così tutte le funzioni».

Insomma, la triangolazione tra una onlus, una multinazionale del farmaco e un centro d'eccellenza è la formula per creare innovazione, anche partendo da malattie di nicchia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il piano strategico per aprire nuovi orizzonti



Fonte:Telethon

### Le malattie dell'alleanza

*L'alleanza tra Telethon, l'Istituto San Raffaele Hsr-Tiget di Milano e GlaxoSmithKline riguarda lo sviluppo e la messa a disposizione dei pazienti della terapia genica per queste 7 malattie genetiche.*

#### Leucodistrofia metacromatica

Malattia genetica che colpisce il sistema nervoso per la mancanza di un enzima responsabile del riciclo di particolari sostanze, i sulfatidi: accumulandosi nel cervello, i sulfatidi distruggono la mielina e provocano la perdita progressiva delle capacità intellettive e motorie.

#### Ada-Scid o sindrome dei «bimbi in bolla»

Immunodeficienza dovuta alla mancanza di un enzima essenziale per la maturazione dei linfociti, le cellule deputate alla difesa dell'organismo da agenti esterni. Fin dalle prime settimane di vita comporta una eccessiva suscettibilità alle infezioni: anche un banale raffreddore può risultare fatale.

#### Anemia mediterranea o beta talassemia

Tra le più diffuse malattie ereditarie del sangue (300mila nuovi casi ogni anno nel mondo), è dovuta a un difetto nella produzione di beta-globina, una delle componenti dell'emoglobina. È caratterizzata da grave anemia, ingrossamento della milza, rallentamento della crescita.

#### Sindrome di Wiskott-Aldrich

Deficit immunitario dei linfociti in cui è coinvolta una proteina del funzionamento del citoscheletro, la struttura che dà forma e sostegno alla cellula. La malattia colpisce quasi soltanto i maschi e si manifesta nell'infanzia con eczema, disturbi della coagulazione, infezioni, diarrea, autoimmunità.

#### Leucodistrofia globoide o malattia di Krabbe

È dovuta alla mancanza di un enzima (galattocerebrosidasi), che determina una perdita progressiva della mielina e dalla comparsa nei vasi sanguigni nel cervello di corpi dalla forma globoide. La forma più comune (circa 90% dei casi) insorge nella primissima infanzia.

**Mucopolisaccaridosi 1  
o malattia di Hurler**

Malattia ereditaria dovuta al difetto in un enzima, l'alfa-L-iduronidasi, responsabile dello smaltimento dei glicosaminoglicani. Questo si traduce nell'accumulo di queste sostanze all'interno dei lisosomi, gli organuli cellulari deputati alla degradazione di varie molecole.

**Granulomatosi  
cronica**

Grave malattia del sistema immunitario, caratterizzata dall'incapacità dei globuli bianchi "spazzini" di uccidere alcuni microbi. Si manifesta fin dai primi anni di vita con un'estrema suscettibilità alle infezioni, talvolta letali. Sono stati finora identificati quattro diversi geni coinvolti.

# MENO MALATI DI TBC NEL MONDO

**Per la prima volta** negli ultimi vent'anni è diminuito il numero di nuovi casi e delle vittime. Merito di impegno e investimenti per il controllo

## Sinergie maligne

Malattia legata alla povertà, è stata potenziata dall'Aids

## Punti deboli

Batteri resistenti ai farmaci rendono le cure costose e meno efficaci

**CRISTIANA PULCINELLI**

cristiana.pulcinelli@gmail.com

**I**l numero di nuovi casi di tubercolosi nel mondo è diminuito per la prima volta negli ultimi vent'anni. Nel 2010 si sono ammalate 8,8 milioni di persone, moltissime per la verità, ma meno rispetto al 2005 quando la malattia ha colpito 9 milioni di persone. Ed è diminuito anche il numero di vittime: nel 2010 sono state un milione e quattrocentomila, meno del 2003 quando avevano raggiunto il picco di un milione e ottocentomila. È un punto di svolta per quello che è considerato il secondo big killer tra le malattie infettive dopo l'Aids. «È segno che l'impegno e gli investimenti per il controllo della tubercolosi hanno funzionato», ha commentato Mario Raviglione, direttore del dipartimento Stop Tb dell'Oms.

I motivi del successo sono vari, dicono all'Oms. A cominciare dal fatto che la Cina ha incrementato i finanziamenti per combattere la malattia raggiungendo così l'importante risultato di tagliare la mortalità dell'80% in vent'anni. Inoltre i paesi dell'ex Unione Sovietica e dell'America latina hanno messo in atto misure di prevenzione e cura migliori rispetto al passato. Infine, anche in Africa le cose vanno meglio, grazie ai finanziamenti dall'estero che hanno permesso di trovare e trattare le persone infette e anche grazie alla lotta all'Aids.

La tubercolosi, che un tempo era una malattia legata alla povertà, negli ultimi vent'anni è diventata un'emergenza planetaria soprattutto a causa dell'Aids. Le persone con Hiv infatti hanno una probabilità di ammalarsi di tubercolosi trenta volte più alta di chi non presenta il virus. E un quarto delle persone morte per tubercolosi l'anno passato avevano anche il virus dell'Aids.

L'altro grande problema emerso negli ultimi anni è quello dei batteri resistenti ai farmaci. Dei 12 milioni di persone che l'anno scorso vivevano con una tubercolosi attiva, circa 650.000 erano infette con un batterio resistente ad almeno due dei principali farmaci antitubercolari, una condizione che rende la cura molto meno efficace e molto più costosa.

L'importante risultato viene però ridimensionato dalle preoccupazioni per il futuro: «La storia insegna che non dobbiamo ritenerci soddisfatti. La comunità internazionale non deve percepire questo risultato come una cosa fatta», commenta Raviglione. Il problema è che molti paesi stanno tagliando i fondi per la lotta a questa malattia. In particolare l'Europa sembra essersi dimenticata della tubercolosi. «Senza gli investimenti degli Stati Uniti – prosegue Raviglione – avremmo una stagnazione nei prossimi anni». Per il solo 2012 si stima che nei ventidue paesi con un più alto numero di casi di tubercolosi la disponibilità di fondi per la lotta alla malattia sarà inferiore alle necessità di mezzo miliardo di dollari.

Al convegno sulla tubercolosi che si è svolto venerdì e sabato scorsi a Monza, Giuliano Gargioni del dipartimento Stop Tb dell'Oms ha segnalato che anche i fondi per il coordinamento globale della lotta alla malattia sono diminuiti costringendo a un taglio sia del personale nel centro di Ginevra che del personale impegnato sul campo. ●

