

Rassegna del 15/02/2010

TEMPO - Missionaria in camice bianco - Collacciani Marino	1
TEMPO - In Italia 2.000 bambini colpiti ogni anno - ...	2
TEMPO ROMA - Solidarietà. Raccolta fondi per bimbi malati di tumore - ...	3
METRO - Tumori pediatrici nel mirino - ...	4

Missionaria in camice bianco

325

Casi di bimbi malati A Baghdad

Seguiti e curati dal 2006 a oggi grazie ai teleconsulti settimanali istituiti tra il Dipartimento de la Sapienza e la capitale irachena

36

Medici Iracheni

Specializzati in oncoematologia hanno seguito i corsi tenuti dalla prof. Anna Maria Testi: oggi possono relazionarsi con Roma

54

I Centri Aieop

Capaci di garantire in Italia identiche forme di intervento dal Nord al Sud con assoluta uniformità di diagnosi e di protocollo terapeutico

Dal 2003 la oncoematologa ha avviato un progetto a sostegno del Paese arabo

Marino Collacciani
m.collacciani@iltempo.it

■ C'è una missionaria in camice bianco, con una collana a forma di stetoscopio al collo e una straordinaria voglia di «auscultare» i bisogni della gente indifesa dinanzi alla malattia. Ha pensato di farlo con i bambini affetti da tumore, visto che Anna Maria Testi di professione fa l'oncoematologo. Ed è responsabile del reparto pediatrico di Ematologia del Dipartimento di Biotecnologie cellulari dell'Università La Sapienza di Roma. L'abbiamo intervistata sullo sfondo della VIII Giornata mondiale contro il cancro infantile che si celebra oggi. Pochi come lei in Italia possono interpretare compiutamente il senso di questa ricorrenza, essendo dal 2003 impegnata in prima fila al fianco dei bambini iracheni malati di tumore.

Professoressa Anna Maria Testi, quale senso si può dare a questa Gior-

nata?

«Quello dell'impegno. Infatti, se è vero che i risultati per la cura dei tumori infantili nei Paesi occidentali sono in continuo miglioramento, è altrettanto vero che tali dati riguardano solo il 20% dei bambini colpiti in tutto il mondo. Come dire, bisogna lavorare per eliminare la quota restante dell'80 per cento».

L'Italia si è fatta trovare pronta?

«Assolutamente sì. La Aieop (Associazione italiana di ematologia e oncologia pediatrica, ndr) con i suoi 54 centri accreditati garantisce gli stessi standard di diagnosi e cura per tutti i bambini che si ammala di tumore. C'è un'assoluta uniformità di diagnosi e in questo modo un bambino che si ammala al Sud ha la stessa cura di quello affetto dal male al Nord. Non a caso l'Italia può essere orgogliosa di vantare una delle migliori strutture in Europa operanti sul territorio».

Come è nata l'idea di por-

Obiettivo

**«Assistere l'80%
di bambini oncologici
senza cure nel mondo»**

tare aiuto ai bambini oncoematologici in Iraq?

«Dopo la cosiddetta "fine" della guerra, dal reparto di Ematologia de La Sapienza abbiamo avviato una serie di contatti con Baghdad e nell'agosto nel 2003 ho effettuato una missione sponsorizzata dalla Ong Intersos».

Qual è stato il primo passo?

«Ho cercato di ridare avvio alle lezioni universitarie per i medici oncoematologi iracheni: vi hanno partecipato 36 colleghi e da lì è nata una collaborazione tra La Sapienza il centro di Baghdad presso il Children Welfare Teaching Hospital».

E quelli successivi?

«In un centro come quel-

lo c'era una maggiore incidenza di tumori infantili: la cosa ci ha permesso, tornando a Roma, di stilare il primo protocollo di cura per una particolare forma di leucemia per i bambini dell'Iraq, ispirato alle più moderne conoscenze in nostro possesso, ma adattate alla realtà».

Cosa intende per «adattare»?

«In Iraq mancano alcune importanti strumentazioni e anche la condizione igienica dei reparti non è delle migliori».

La situazione attuale?

«Oltre a quello di Baghdad, abbiamo attivato scambi di informazioni con altri due centri, al Sud (Bassora) e a Nord (Arbil): grazie a teleconsulti e teleconferenze riusciamo a monitorare la situazione che, nei casi di tumori infantili, è passata dal 10 al 40 per cento di sopravvivenza. Questo progetto è stato reso possibile grazie all'aiuto di TeleSpazio, Esa e Telbios, nonché col supporto del Ministero degli Esteri».



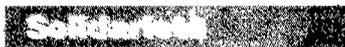
Oggi convegno in Campidoglio

In Italia 2.000 bambini colpiti ogni anno

■ In Italia ogni anno più di 2.000 bambini si ammalano di tumore, leucemie e tumori solidi. La speranza di guarigione è affidata ai progressi della ricerca. Oggi viene celebrata in 73 paesi nel mondo l'VIII Giornata mondiale contro il cancro infantile, indetta dalla Confederazione Internazionale delle Organizzazioni di genitori di bambini affetti da tumori e leucemie. «In Italia circa il 60% dei bambini colpiti dai tumori al sistema nervoso centrale può guarire, ma con effetti collaterali pesanti e permanenti. Il nostro obiettivo è dare speranza di vita al restante 40%», ha detto Pasquale Tulumiero, presidente della Fiagop Onlus (Federazione Italiana delle associazioni di Genitori di Bambini onco-ematologici).

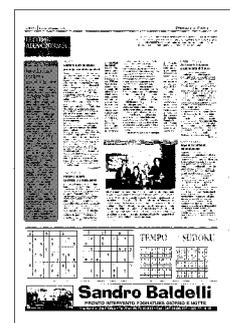
Per questo Fiagop Onlus ha indetto un concorso pubblico per l'assegnazione di una Borsa di studio biennale sui tumori pediatrici cerebrali (il bando scade il 7 maggio, si può scaricare dal sito www.fiagop.it), e promuove un convegno in programma oggi a Roma (9,30, sala della Protomoteca in Campidoglio, dalle ore 9.30), con l'obiettivo analizzare questo tema e sottoporre all'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni il complesso quadro delle problematiche che affliggono le famiglie dei bambini malati. Al convegno sarà presentata anche la campagna «L'Amore Cur»: dal 15 al 21 febbraio si potranno inviare sms solidali al numero 45504, per raccogliere i fondi necessari a finanziare la borsa di studio.





Raccolta fondi per bimbi malati di tumore

■ In Italia ogni anno più di 2.000 bambini si ammalano di tumore, leucemie e tumori solidi. La speranza di guarigione è affidata ai progressi della ricerca. Viene celebrata oggi in 73 paesi nel mondo l'VIII Giornata mondiale contro il cancro infantile, indetta dalla Confederazione Internazionale delle Organizzazioni di genitori di bambini affetti da tumori e leucemie. «In Italia circa il 60% dei bambini colpiti dai tumori al sistema nervoso centrale può guarire, ma con effetti collaterali pesanti e permanenti. Il nostro obiettivo è dare speranza di vita al restante 40%», spiega in una nota Pasquale Tulimiero, presidente Fiagop onlus (Federazione Italiana delle associazioni di Genitori di Bambini oncoematologici). Per questo Fiagop Onlus ha indetto un concorso pubblico per l'assegnazione di una Borsa di studio biennale sui tumori pediatrici cerebrali (il bando scade il 7 maggio e si può scaricare dal sito www.fiagop.it), e promuove un convegno oggi dalle 9.30 nella sala Protomoteca in Campidoglio, con l'obiettivo di sottoporre all'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni il complesso quadro delle problematiche che affliggono le famiglie dei bambini malati. Al convegno sarà presentata anche la campagna «l'Amore Cura»: dal 15 al 21 febbraio si potranno inviare sms solidali al numero 45504, per raccogliere i fondi necessari a finanziare la borsa di studio.



Tumori pediatrici nel mirino

ROMA In Italia ogni anno più di 2.000 bimbi si ammalano di tumore e leucemie. La speranza di guarire è affidata ai progressi della ricerca. Oggi si celebra in 73 paesi l'VIII Giornata mondiale contro il cancro infantile, indetta dalla Confederazione Internazionale delle Organizzazioni di genitori di bambini affetti da tumori (Figop onlus).

Per l'occasione è stato indetto un concorso per

60

la percentuale di bambini colpiti dai tumori al sistema nervoso centrale che oggi può guarire, anche se con effetti collaterali pesanti e permanenti. «Il nostro obiettivo è dare speranza di vita al restante 40%», spiegano dalla Figop.

assegnare una Borsa di studio sui tumori pediatrici cerebrali (www.fia-gop.it). Da oggi al 21 febbraio si possono inoltre inviare sms solidali al numero 45504. ● **ADNKRONOS**



Rassegna del 15/02/2010

MATTINO - Tumori, tre seminari sulla prevenzione - Cennamo Cristina

1

Medicina Gli incontri promossi dall'Istituto Pascale

Tumori, tre seminari sulla prevenzione

La strategia: coinvolgere i medici di base per le prime informazioni

Cristina Cennamo

La prevenzione del cancro alle ovaie? Comincia dal medico di famiglia, parola di Stefano Greggi, direttore della Ginecologia Oncologica dell'Istituto dei tumori di Napoli e promotore di una serie di incontri organizzati dall'Ircss presso l'ospedale Pascale, uno dei principali centri d'eccellenza

d'Italia. Il primo incontro si è tenuto lo scorso sei febbraio, alla presenza di cinquanta specialisti che si sono confrontati a lungo sullo stesso ed unico obiettivo: prevenire questa gravissima malattia che andrebbe diagnosticata fin dal suo insorgere. Il secondo dei tre appuntamenti in calendario avrà luogo adesso il prossimo sei marzo, mentre l'ultimo avrà luogo sempre al Pascale il 27 dello stesso mese. Le tre tavole rotonde serviranno quindi a tentare di costruire un più proficuo rapporto di collabora-

zione tra i medici di base e la ginecologia del territorio in un'area geografica di elevato disagio sociosanitario. Aiutare, insomma, il paziente a non arrivare troppo tardi alla scoperta di un tumore. Evitare, al tempo stesso alla sanità pubblica i costi di esami spesso inutili.

«I medici di base - spiega Greggi - hanno un ruolo fondamentale nel campo della prevenzione poiché sono i primi interlocutori dei pazienti. A loro spetta il compito di individuare un caso a rischio e quindi di indirizzarlo verso esami e specialisti. Non a caso i tre corsi di approfondimento sono stati sollecitati da alcuni rappresentanti della associazione della medicina generale».

I tre convegni sono incentrati sulle problematiche della pratica clinica, l'applicabilità dei modelli preventivi e dei protocolli diagnostico-terapeutici nelle tre principali neoplasie del tratto genitale femminile: il carcinoma ovarico, endometriale e del collo uterino..

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per i debiti Asl pignoramenti dal 1° marzo

Roberto Turno

ROMA

Milleproroghe amaro per le regioni con extradeficit sanitari e agrodolce per le aziende creditrici. I governatori con i conti in rosso di Asl e ospedali, che speravano di ottenere altri tre anni per l'attuazione dei loro piani di rientro dal debito, con il maxi emendamento al decreto 194 non hanno avuto alcuna proroga sul filo di lana dei programmi di risanamento ma hanno dovuto incassare invece lo sblocco dal 1° marzo dei pignoramenti che Finanziaria 2010 e «Patto salute» avevano appena congelato per un anno intero. Un'autentica gelata per i bilanci regionali, su cui adesso si scaricheranno pagamenti esecutivi per diversi miliardi di euro: soltanto in Campania si calcolano somme per 1,7 miliardi. Mentre le imprese creditrici, che attendono anche da più di due anni il saldo delle fatture, incassano la vittoria di principio contro una norma di dubbia costituzionalità, ma nei fatti non avranno subito indietro le somme loro dovute.

La retromarcia del Governo sui pignoramenti rispetto a quanto deciso in dicembre con la manovra, e concordato con le regioni nel «Patto per la salute 2010-2012», sposta insomma indietro le lancette dei conti sanitari. Anche con un risvolto a suo modo paradossale, visto l'inutile pressing tentato anche da Palazzo Chigi per rispettare l'accordo con i governatori: alla fine ha prevalso il fumus di incostituzionalità che pesava sulla norma. Come inutile s'è rivelata la protesta sotto traccia esercitata in Senato dalle regioni: il mancato rispetto del «Patto», a questo punto, verrà fatto valere in altre sedi per ottenere a compensazione finanziamenti in più, considerato che si dà ormai per persa la partita per riuscire a cambiare il milleproroghe alla Camera da qui al 28 febbraio, giorno della sua decadenza.

Le imprese creditrici espri-

mono un atteggiamento di contenuta soddisfazione. Spiega Angelo Fracassi, presidente di Assobiomedica: «Ovviamente siamo contenti che Governo e Parlamento si siano resi conto che il blocco dei pignoramenti per 12 mesi era una decisione assurda e incostituzionale, che non avrebbe certo risolto i problemi delle regioni sotto piani di rientro». Il blocco viene ora ridotto a due mesi, e dunque dal 1° marzo non ci sarà più alcuno stop: «Il danno per le imprese si riduce drasticamente e si evitano altri contenziosi che sicuramente si sarebbero aperti - aggiunge Fracassi -». Si poteva evitare quella misura punitiva già quando Confindustria e Assobiomedica si fecero vigorosamente sentire durante la discussione della Finanziaria.

Dalla Campania, forse la regione più esposta con i creditori tra quelle con piani di rientro, è subito partita la protesta. Anche il sub commissario per la sanità, Giuseppe Zuccatelli, ha messo in guardia: «L'abolizione della norma è un grave scivolone. Il blocco-pignoramenti serviva a liberare risorse per poter pagare immediatamente i debiti di tutti i fornitori. In questo modo si renderà ancora più problematico, se non impossibile, pagare i debiti, sia quelli vecchi che i nuovi, favorendo le banche e gli isti-

so le imprese per 4,613 miliardi e tempi medi di rimborso di 259 giorni per prodotti biomedicali. Ma attenzione: la Calabria paga dopo 784 giorni, la Campania dopo 641, il Molise ne impiega 619. In fondo alla lista ci sono tutte le regioni con extradeficit sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Crediti a lungo termine

Regione	Stima scoperto dispositivi medici	Giorni ritardato pagamento
V.d'Aosta	6.380	131
Piemonte	360.617	230
Liguria	99.890	154
Lombardia	253.131	104
Trentino A. Adige	22.715	75
Veneto	349.571	216
Friuli	33.857	75
Emilia R.	402.692	252
Toscana	288.337	197
Marche	56.771	106
Umbria	34.295	117
Abruzzo	91.098	177
Molise	87.750	619
Lazio	649.408	352
Campania	766.825	641
Basilicata	25.035	143
Puglia	425.075	357
Calabria	333.848	784
Sicilia	201.301	215
Sardegna	125.301	292
Nazionale	4.613.898	259

DIETROFRONT

Il blocco era stato deciso nel «patto sulla salute» così da dare ossigeno per le regioni alle prese con il deficit

tuti legali». Tra spese legali e interessi bancari, la Campania paga circa 300 milioni l'anno.

Intanto continua a segnare tempesta il barometro dei ritardi del Ssn nei rimborsi ai fornitori. Le ultime elaborazioni di Assobiomedica indicano a fine 2009 uno scoperto ver-



SCIENZE

Viehbacher: Sanofi leader ma non grazie ai vaccini

L'azienda, tramite la sua divisione Pasteur, ha venduto dosi antivirali per 3,4 miliardi di euro nel solo ultimo trimestre 2009, una crescita del 64% sullo stesso periodo 2008

Il capo di Sanofi-Aventis "Siamo i primi in Europa e non per merito dei vaccini"

Incontro con Chris Viehbacher, Ceo del secondo gruppo farmaceutico mondiale dopo l'americana Pfizer: "Abbiamo diversificato con le acquisizioni, continuando a investire anche in questi anni così difficili"

Il bilancio-record del 2009, secondo il Ceo, è dovuto alla campagna di acquisizioni

VALERIO MACCARI

Parigi

«I vaccini anti-influenzali non sono stati l'antidoto alla crisi», dice l'amministratore delegato della Sanofi-Aventis, Christopher Viehbacher. «Il vero motore del nostro sviluppo sono state le acquisizioni: rimarca il numero uno del primo gruppo farmaceutico europeo - che non abbiamo smesso di realizzare, investendo massicciamente, neanche nei periodi più bui della crisi». Sta di fatto che il gruppo nel 2009 ha registrato un fatturato complessivo in crescita del 17,9% a 29,3 miliardi di euro. Di questi, in effetti, il segmento vaccini ha toccato quota 280 milioni di dosi vendute, per un fatturato di 1,062 miliardi di euro, una crescita di oltre il 60%. Protagonisti di questo boom sono stati ovviamente gli anti-pandemici, che da soli nel 2009 hanno totalizzato vendite per 465 milioni.

Il programma di trasforma-

zione sta procedendo bene. I risultati che abbiamo ottenuto dimostrano che le acquisizioni portano valore aggiunto e, soprattutto, che non si può costruire un business solo sui tagli dei costi». Chris Viehbacher, da circa un anno Ceo del gigante farmaceutico francese Sanofi Aventis, è palesemente soddisfatto. E i dati trimestrali della società, che ha presentato dalla sala congressi dell'Hilton di Parigi, gli danno ragione.

Nonostante la crisi e la crescente competizione dei farmaci generici, la Sanofi-Aventis, primo gruppo europeo e secondo nel mondo solo all'americana Pfizer, non solo è andata bene, ma ha fatto anche meglio di quanto prevedessero gli analisti. E nell'ultimo quarto del 2009 ha registrato un aumento del 10,4% degli utili netti (adesso a quota 1,8 miliardi) e un incremento del 3,8% delle vendite, arrivate a 7,36 miliardi contro i 7,09 dello scorso anno.

Un trimestre positivo, giusto sigillo di un anno 2009 che, nonostante le paure ed incertezze iniziali, si è dimostrato più che solido: il fatturato di Sanofi è cresciuto del 6,3% a 29,3 miliardi di euro, gli utili netti a 8,4 miliardi (+17,9%), mentre il reddito operativo si è attestato intorno agli 11 miliardi, in rialzo del 14,2% rispetto allo scorso anno.

La pandemia H1N1, ovvia-

mente, ha contribuito a spingere in alto i conti: la Sanofi Pasteur, l'unità che si occupa di vaccini, ha registrato nell'ultimo quarto

A 360 gradi la diversificazione, dalle medicine per animali fino ai prodotti dietetici

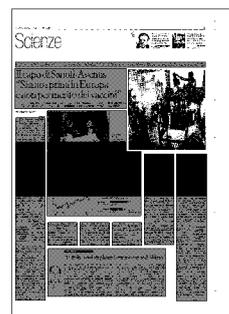
H1N1.

Ma non è stato solo l'allarme pandemia (e il conseguente acquisto di vaccini da parte dei governi) a trainare la crescita. Secondo Viehbacher, a pagare sono state soprattutto le 33 partnership e acquisizioni fatte da Sanofi nell'ultimo anno. Una strategia di spesa, fortemente evoluta dal Ceo, per avviare un "programma di trasformazione" della Sanofi Aventis, che mira a "diversificare i nostri settori di business, e a investire in acquisizioni, più che tagliare i costi, per proteggere il nostro business". E in effetti le acquisizioni sembrano aver dato buoni risultati, soprattutto nei segmenti Emerging Markets (+19%), Consumer Health Care (+26,8%) e Diabetes (+19,4%).

«I risultati ottenuti nel 2009 - spiega Viehbacher - dimostrano le solide basi gettate da Sanofi nel corso dell'anno attraverso la ristrutturazione e, soprattutto,

con l'investimento di 6,6 miliardi di dollari in nuove partnership e acquisizioni».

Investimenti importanti, che hanno permesso di ottenere buoni risultati soprattutto nei mercati emergenti e nel seg-



mento legato al diabete. Adesso siete in trattative con la Merck & Co per un merger delle sezioni Animal Health delle due compagnie. La politica di acquisizioni continua anche nel 2010?

«Saremo attivi, sì, ma soprattutto attraverso piccole acquisizioni. Takeover di dimensioni minori rendono più semplice l'integrazione di una nuova società all'interno del gruppo. Ma se si presentasse l'opportunità, non ci faremmo spaventare da operazioni di grande portata».

Ma qual è l'obiettivo di queste acquisizioni?

«Quello che vogliono gli investitori da noi è poter contare su una società stabile. Ma in questo business è impensabile ottenere sempre gli stessi margini da un prodotto, soprattutto a causa della concorrenza dei farmaci generici. Le acquisizioni servono proprio a diversificare gli interessi della Sanofi Aventis, in modo tale da garantire, da un lato, l'introduzione di nuovi trattamenti in sostituzione di prodotti il cui brevetto sta per scadere. E, dall'altro, nuove opportunità in settori che prima non erano parte del core-business».

Come il mercato dei generici, con l'acquisizione del gigante slovacco Zentiva.

«Un successo: le vendite di generici del quarto trimestre sono salite a 333 milioni di euro, con un incremento del 253%. E questi risultati riflettono proprio l'acquisizione non solo di Zentiva, ma anche di Kendrick e Medley nel secondo trimestre del 2009. La nuova piattaforma dei generici Sanofi Aventis ha triplicato il valore delle vendite: 1 miliardo di euro nel 2009».

Continuerete a focalizzarvi sui generici?

«Abbiamo appena firmato tutti gli accordi necessari per stabilire una nuova joint venture di Consumer Health Care con la cinese Minsheng Pharmaceutical Group. Sarà dedicata principalmente a vitamine e minerali, il mercato più ampio di generici in Cina. Ma abbiamo intenzione di espanderci anche in altri settori. La sanità pubblica, ad esempio, costituisce un settore di grande

interesse per noi. Attualmente, nella graduatoria mondiale, siamo al quinto posto. Ma abbiamo buone prospettive di crescita grazie ai nostri progetti per sbarcare negli USA. Un altro mercato chiave, per noi, è quello costituito dai paesi emergenti. Siamo già primi nel mercato brasiliano, secondi in Russia e terzi in Cina, e abbiamo intenzione di solidificare le nostre posizioni. Inutile dire, poi, che continueremo a concentrarci sul diabete. Spesso è sottovalutata, ma è la vera pandemia di questo secolo: ogni anno il diabete viene diagnosticato a più di 1 milione di persone. E noi, con il nostro Lantus, il farmaco leader mondiale nel trattamento insulinico, siamo pronti ad aiutarli».

A proposito di pandemie, con il crollo di casi di H1N1 il flusso proveniente dalle vendite di vaccini potrebbe presto asciugarsi. Il governo francese, ad esempio, ha ridotto gli ordini.

«Nei primi 4 mesi del 2010 le vendite di vaccini - non solo per l'H1N1 - rimarranno su livelli più o meno simili a quelli del 2009. Bisogna considerare che in una pandemia, dopo la prima grande diffusione, segue sempre una fase di stallo, a cui si sussegue spesso una riacutizzazione. È una fase meno grave della prima, perché alcuni si sono già ammalati e perché molte vaccinazioni sono già state fatte. Senza contare che sebbene l'emergenza pandemia si sia sgonfiata in Europa, nel resto del mondo ci sono Paesi che stanno proseguendo la campagna di vaccinazione. E non solo contro l'H1N1. In India, ogni anno, nascono milioni di bambini. E noi abbiamo la migliore offerta di vaccini pediatrici, per aiutarli a sconfiggere malattie potenzialmente mortali prima ancora che queste li colpiscano. Per questo i vaccini sono il mio business preferito: ci permettono di agire prima ancora del male».

L'accordo con la cinese Minsheng per potenziare la produzione di generici



A sinistra,
Chris
Viehbacher,
Ceo di Sanofi
Aventis

LA SCHEDA

Il maggior gruppo europeo risultato di fusioni a catena

IL GRUPPO francese è stato creato nel 2004 dalla fusione di Sanofi-Synthelabo e di Aventis. La prima era a sua volta il risultato della fusione delle filiali farmaceutiche dei gruppi L'Oréal (Synthelabo) e Total (Sanofi). Aventis era il frutto di una serie di fusioni fra gruppi francesi (Rhône-Poulenc e Roussel-Uclaf), tedeschi (Hoechst), statunitensi (Rorer, Marion) e inglesi (Fisons).

I principali farmaci

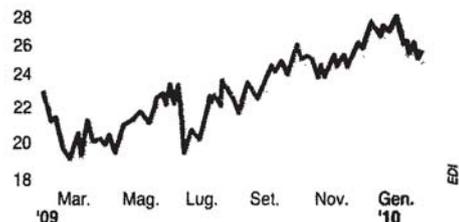
Fatturati in milioni di euro; 2009

Lantus	3.080
Lovenox	3.043
Plavix	2.623
Taxotere	2.177
Aprovel	1.236
Eloxatin	957
Apidra	137

EDI

Sanofi-Aventis in Borsa

Euro a Parigi



EDI

Il bilancio della Sanofi-Aventis

Fatturato (in milioni di euro)	20.506
Utile netto (in milioni di euro)	8.471
Utile per azione (in euro)	6,49
	1,37

■ 2009
■ IV trim '09
EDI

LA NOVITA'

“In Italia pronti a triplicare il centro ricerche di Milano”



Daniel Lapeyre

POCHI tagli e molti investimenti. La ricetta del Ceo di Sanofi Aventis si applica anche a Sanofi Aventis Italia. Nel periodo 2010-2013, la Sanofi investirà nel nostro Paese 320 milioni di euro, per rinforzare le strutture di attività industriale e di Ricerca & Sviluppo. Con i suoi 3.100 collaboratori, di cui 1400 nei 5 stabilimenti di Garessio, Origgio, Anagni, Scoppitto e Brindisi, la Sanofi è una delle maggiori realtà nel settore farmaceutico italiano. Da noi vengono prodotti Enterogermina e Maa-lox, poi esportati in 55 paesi. Come per la casa madre francese, il 2009 è stato un anno positivo per Sanofi Italia con un fatturato di 1,51 miliardi di euro (erano 1,48 nel 2008) e un export di 303,7 milio-

ni (288,5 milioni nel 2008). Dice Daniel Lapeyre, capo di Sanofi Italia: «Il gruppo crede nell'Italia non solo come Paese industriale ma come sistema in grado di sviluppare ampi e complessi progetti di ricerca». A beneficiare degli investimenti non saranno solo gli stabilimenti produttivi, ma anche quelli di ricerca. «L'apprezzamento e la fiducia accordata dall'azienda nei confronti dell'Italia ci fa ben sperare». Nel centro ricerche di Milano, che attualmente impiega 70 fra ricercatori e personale vario, il gruppo conta di triplicare i dipendenti entro pochi anni. «E l'idea sarebbe, magari, di cogliere l'occasione per far tornare a casa alcuni dei cervelli fuggiti via dal nostro Paese».

Pharma. Nel 2009 più ricavi e utili - Cala l'indebitamento

Recordati cresce con l'estero e guarda a nuove acquisizioni

Stefano Carrer

«L'unico mercato europeo in cui un nostro nuovo prodotto non è stato ancora lanciato perché non ammesso al rimborso è quello italiano. Una situazione che non manca di suscitarmi imbarazzi in altri paesi: ci chiedono come mai nel mercato di casa non sia presente la nostra ultima specialità **farmaceutica**, l'associazione fissa tra lercanidipina ed enapril». Giovanni Recordati, a.d. dell'omonimo gruppo, porta un esempio di come il mercato nazionale finisca per rappresentare un freno più che una leva alle prospettive di sviluppo di una azienda italiana. Non a caso nel 2009 le vendite all'estero della **Recordati** hanno superato per la prima volta il 70% del totale (+10,6% a 534,8 milioni). Il bilancio annuale si è chiuso, in linea con le attese, con ricavi in crescita dell'8,4% a 747,5 milioni di euro e un profitto netto di 110,6 milioni (+10,1%). Per il 2010, le previsioni sono inri-

dimensionamento a circa 700 milioni di ricavi e 95 di redditività netta, in quanto si faranno sentire in pieno gli effetti della scadenza del brevetto sulla lercanidipina (ai quali la nuova formulazione cerca in parte di rimediare).

Più positiva appare la situazione patrimoniale e il basso livello dell'indebitamento (19,7 milioni), il che - secondo Giovanni Recordati - consente alla società di «guardarsi intorno» alla ricerca di occasioni di ulteriore espansione sui mercati esteri o intermini di acquisizione di prodotti. Tuttavia l'ingegnere sottolinea la necessità di «tenere sotto controllo la struttura dei costi aziendali, che andrebbe sotto pressione se ci dovessero essere riduzioni dei prezzi in Italia»: in questo caso, non esclude una maturazione delle spese di ricerca e sviluppo, che nel 2009 sono ammontate al 9,3% dei ricavi. Recordati appare pessimista sulle prospettive della ricerca e dell'occu-

pazione in Italia nella farmaceutica: non si stupisce certo della decisione di Glaxo di chiudere Verona nel quadro dell'abbandono di un intero settore di ricerca e paventa il rischio di eventuali rimedi che potrebbero creare «carrozzoni» con oneri pubblici e senza futuro. La ricerca Recordati si svolge in gran parte in Italia e riguarda comparti in cui appare possibile sviluppare prodotti di nicchia che - se pure non potranno dare i risultati di un prodotto come la lercanidipina - saranno anche meno esposti alla pressione dei generici. Il timore di Recordati è che in Italia, dopo un periodo di relativa bonaccia (per cui le vendite sono cresciute del 4,5% nel 2009), arrivino pesanti interventi di controllo della spesa pubblica: «Le aziende **farmaceutiche** italiane non chiedono incentivi o sostegni, ma un quadro di riferimento certo almeno per 2-3 anni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Senato, contraffatti il 60% dei farmaci on-line

ROMA - La contraffazione **farmaceutica** costituisce un fenomeno ridotto in Italia grazie al sistema di farmacie che è efficiente, ma circa il 60% dei farmaci che circolano on-line sono contraffatti. Lo ha sottolineato il vice presidente di **Farminindustria**, Emilio Stefanelli nell'indagine conoscitiva che la Commissione Igiene e Sanità sta conducendo sulla contraffazione e sull'e-commerce farmaceutico. Rilevata l'azione

di contrasto efficacemente condotta in Italia dai dicasteri competenti, dall'Agenzia delle dogane, dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla stessa **Farminindustria**, Stefanelli ha sostenuto che la soluzione migliore sarebbe data dalla regola in base alla quale nessun principio attivo prodotto in siti al di fuori dell'Europa può essere introdotto se non è prima verificato dalle agenzie preposte.



Sanità. L'assistenza ai 500mila immigrati senza permesso è costata 60 milioni nel 2009, 120 euro a persona

Cure «faticose» per i clandestini

Agli irregolari spettano le prestazioni essenziali, ma le Asl vanno in ordine sparso

PAGINA A CURA DI

Rosalba Reggìo

■ Sessanta milioni di euro. È questo il costo sostenuto nel 2009 per garantire assistenza sanitaria agli immigrati senza permesso di soggiorno. Importo che, diviso per 500mila (il numero stimato di clandestini presenti in Italia) si traduce in una spesa annuale di 120 euro per ogni irregolare. Per avere un'idea delle proporzioni, il costo di una singola ecografia.

Il codice magico che dovrebbe aprire le porte degli ospedali e degli ambulatori italiani agli irregolari si chiama Stp: «Straniero temporaneamente presente». Dovrebbe. Perché se in teoria l'accesso è facile, nella pratica il percorso è un labirinto in cui strutture "aperte", disponibilità individuali e realtà di volontariato si intrecciano a disinformazione, diffidenza, disapplicazione della norma.

La legge prevede che agli immigrati clandestini e indigenti vengano assicurate, «nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e siano estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva» (Testo unico sull'immigrazione, articolo 35, comma 3, del Dl 286/98).

Le applicazioni della norma - da regione a regione, da città a città, da ospedale a ospedale - raccontano però storie radicalmente diverse tra loro. Succede così che nelle Marche e in Piemonte siano stati creati degli ambulatori "dedicati", mentre in Lombardia il canale privilegiato resta il pronto soccorso. Che in una stessa azienda ospedaliera tre strutture su quattro rilascino con difficoltà Stp, mentre una lo prevede in maniera fluida. Che a Milano ci siano strutture aperte alla pratica Stp e strutture respingenti.

«Da qualche anno ormai, a Milano - spiega Pietro Massarotto, presidente del Naga, associazione di volontariato che offre assistenza sanitaria e legale agli immigrati irregolari - su sei

grandi strutture ospedaliere, solo il Policlinico rilascia il codice Stp in modo lineare. Una seconda, il San Paolo, lo fa a singhiozzo, mentre le altre quattro, il più delle volte, rendono il percorso complicato, se non inaccessibile».

«Il problema più grande non riguarda le patologie urgenti - racconta Fabrizio Signorelli, medico volontario e chirurgo presso l'Azienda ospedaliera di Legnano - che vengono trattate abitualmente dal pronto soccorso, ma tutte le altre problematiche "essenziali" che, se trascurate, possono aggravarsi. Per queste sono necessari esami specifici che gli immigrati difficilmente riescono a fare. Spesso, infatti, vengono trattati al pronto soccorso e dimessi senza Stp, con l'indicazione "si consiglia gastroscopia". Non avendo il medico di base, e non ricevendo dall'ospedale la richiesta di esame sul ricettario rosso, è ovvio che non abbiano accesso al servizio».

«La legge riconosce il diritto a cure urgenti ed essenziali - puntualizza Carlo Nicora, direttore sanitario dell'Ospedale Niguarda di Milano - a fronte di un evento acuto e per un tempo determinato. In presenza di una patologia cronica, se si garantisce l'assistenza, si genererebbe un problema per il sistema sanitario perché, di fatto, si estenderebbe a tutti l'assistenza gratis. Al nostro pronto soccorso si cura chiunque arrivi con un problema, ma se l'intervento è risolutivo il codice Stp non viene consegnato al paziente, proprio per non aprire gratuitamente l'assistenza sanitaria a tutti».

Un prassi, questa, che però non sembra in linea con quanto indicato dalla regione. «Il codice Stp vale sei mesi - spiega Carlo Zocchetti, della direzione generale Sanità della Lombardia - e le Asl e gli ospedali sono tenuti a consegnarlo ai pazienti. Succede però che, in alcuni casi, le norme non siano ben conosciute e che le informazioni date dalla regione non arrivino agli operatori sul campo. La Lombardia, per spiegare in sintesi le linee guida, non ha aperto ambu-

latori "dedicati" ma ha assegnato al pronto soccorso l'assistenza di queste persone. Per non gravare troppo sulle strutture di emergenza, però, ha invitato le Asl a valutare progetti sperimentali di assistenza, anche ricorrendo alla collaborazione con associazioni non profit».

In alcune regioni il processo è stato inverso, i volontari hanno creato le strutture per poi passarle in gestione alle Asl. «Nel 2003 abbiamo cominciato ad aprire ambulatori dedicati agli Stp - racconta Alessandra Tramontano, di Medici senza frontiere - I primi progetti sono partiti nel Lazio, in Sicilia, in Calabria, in Puglia e in Campania e prevedevano medici e mediatori culturali. Contestualmente abbiamo cominciato a collaborare con le Asl, alle quali abbiamo progressivamente passato le consegne. Le crescenti difficoltà economiche, però, hanno impoverito le strutture che nel tempo hanno perso il mediatore, figura fondamentale per superare problemi linguistici e culturali».

«In campo sanitario la Toscana è all'avanguardia - spiega Simone Fusaro, dirigente medico del presidio ospedaliero di Carrara e volontario della Mezzclara di Pisa, associazione che si occupa di salute dei migranti -, ma sull'Stp c'è grande difformità. Ci sono strutture attrezzate con personale amministrativo che registra gli Stp, e strutture che non lo rilasciano per nulla, ambulatori in cui lo si ottiene, ma solo per gravi patologie».

E basta muoversi tra le realtà del volontariato per avere una conferma di questo "ordine sparso": storie di immigrati con fratture che, dopo il gesso, faticano a trovare strutture disponibili a rimuoverlo; o con ferite cucite, per le quali togliere i punti diventa un'estenuante avventura. Ma anche luoghi di eccellenza dove professionismo ed empatia convivono quotidianamente.

SALUTE E INTERPRETAZIONI

La norma nazionale di tutela viene applicata in maniera diversa anche tra strutture della stessa azienda ospedaliera

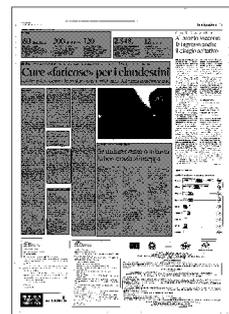
IL NUMERO MAGICO

Cos'è l'Stp?

■ È un codice alfanumerico, rilasciato dalle Asl o dalle strutture ospedaliere, valido sei mesi e rinnovabile, che dà accesso ai ricoveri urgenti e non e in regime di day-hospital, alle cure ambulatoriali e ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, anche se continuative, per malattie o infortunio

Chi lo può richiedere?

■ Il cittadino immigrato senza permesso di soggiorno, che non possiede risorse economiche sufficienti, e che necessita di cure urgenti ed essenziali, per malattia e infortunio



All'ospedale Niguarda di Milano

Al pronto soccorso fa ingresso anche il disagio abitativo

■ La malattia degli immigrati senza permesso di soggiorno si chiama intossicazione da monossido di carbonio. È figlia della povertà e del degrado e si "trasmette" attraverso bracieri improvvisati o scaldabagni da rottamare.

È quanto emerge dai numeri del pronto soccorso dell'ospedale Niguarda di Milano. La grande struttura ospedaliera - 4.100 operatori, di cui 750 medici e oltre 2.000 tra infermieri, ostetriche e tecnici sanitari e della riabilitazione - nel 2009 ha registrato 2.848 codici Stp. Un campione significativo che racconta molto del fenomeno dell'immigrazione clandestina. «La metà degli intossicati da monossido che arrivano da noi - spiega Daniele Coen, primario del pronto soccorso del Niguarda - è data da immigrati. Si tratta dell'evidenza di un disagio abitativo legato all'utilizzo di scaldabagni rotti o bracieri improvvisati. Non mancano poi malati con problemi psichiatrici o di somatizzazione, spia di una condizione di disadattamento».

Ma qual è il profilo dell'immigrato malato? «Nella maggioranza dei casi si tratta di persone con problemi chirurgici o traumatologici. Difficile riscontrare patologie più gravi, come quelle cardiologiche e polmonari, tipiche degli italiani. Gli stranieri presenti nel paese, infatti, sono molto più giovani della media nazionale. Tra i casi che arrivano al pronto soccorso, quindi, solo il 12% viene ricoverato, contro il 17% dei residenti».

Una buona fetta delle prestazioni sanitarie riguarda l'infanzia: infezioni respiratorie, faringiti, dissenterie. Numerosi i codici bianchi - situazioni

non gravi - che sono la conseguenza della mancanza del medico di base. «Una scelta obbligata, quindi, per gli irregolari, quella di venire al pronto soccorso. Facilitata anche dall'ampia accessibilità: giorni lavorativi e festivi, 24 ore su 24».

Figli del fenomeno delle recenti immigrazioni sono anche i casi, minori e non allarmanti, di tubercolosi. Si tratta soprattutto di cittadini provenienti dai paesi dell'Est, come Russia e Ucraina, o dall'America Latina, soprattutto paesi andini. Il paese più rappresentato al pronto soccorso, comun-

LA «FOTOGRAFIA»

In crescita i casi psichiatrici e le intossicazioni da monossido di carbonio dovute a scaldabagni rotti o bracieri improvvisati

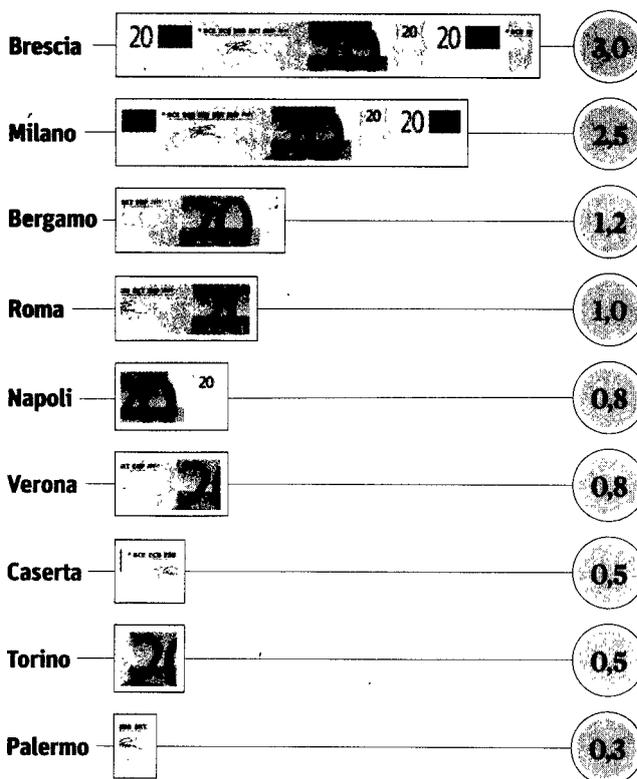
que, è l'Egitto. Ma sono tanti anche i brasiliani, i peruviani, i marocchini, i russi e i cinesi.

«Nonostante la grande varietà di nazionalità il problema della lingua non esiste. Se non si tratta di urgenze, i malati arrivano di solito accompagnati da connazionali che parlano italiano. Negli altri casi utilizziamo un sistema di interpretariato telefonico: tre linee collegano il medico, il malato e l'interprete. Per i pazienti che vengono ricoverati, invece, arriva un mediatore culturale». Ma il fenomeno dell'immigrazione ha portato nelle strutture d'emergenza un'altra, insolita, attività. «Non sono rari i casi di donne che partoriscono al pronto soccorso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il peso sui bilanci

Costi degli Stp nel 2008 nelle grandi città (dati in milioni)



Servizio sanitario

Le cure gratis? Preferisco pagare

di Roberto Satolli

Ci voleva lo sguardo da fuori di un economista svizzero e di un epidemiologo che lavora all'Imperial College di Londra, con l'aiuto di un ricercatore «nostrano» della Bocconi, per metterci sotto il naso una verità sul nostro servizio sanitario che ogni cittadino italiano conosce benissimo. Sulla carta tutte le cure essenziali (tranne quelle che riguardano i denti) sono garantite a tutti come gratuite o al massimo col pagamento di un ticket. In realtà, quando si ha bisogno di una visita o di un esame importanti, e non si vuole aspettare troppo o si preferisce essere sicuri di poter scegliere un medico o un chirurgo particolare, che si fa? Ma lo sanno tutti, suavia: si chiede un appuntamento «privato», con uno specialista del Ssn che pratici anche la libera professione e il gioco è fatto. Basta pagare.

Tre seri ricercatori come Gianfranco Domenighetti, Paolo Vineis e Carlo De Pietro hanno voluto fare i pignoli e hanno chiesto a mille cittadini italiani, scelti a caso, se avevano mai pagato totalmente di tasca loro per una prestazione medica, esclusi i farmaci, che avrebbero potuto ottenere gratis o a minor costo dal Ssn. E si sono sentiti rispondere di sì da quasi l'80% degli interpellati, e nel 60% dei casi era successo negli ultimi due anni. Per avere un termine di paragone hanno ripetuto le stesse domande a mille cittadini britannici e le risposte positive sono state solo il 20%, con il 10% negli ultimi due anni.

Come si spiega una differenza tanto vistosa tra due Paesi che hanno entrambi un sistema che si dichiara universalista, equo, di accesso gratuito e finanziato con il fisco? Nei due terzi dei casi il motivo per cui i cittadini avevano fatto ricorso al pagamento privato era il desiderio di evitare le lunghe attese. Ed è su questo punto che i ricercatori, pubblicando i loro risultati sull'*European Journal of Public Health*, trovano la differenza cruciale.

La Gran Bretagna una decina di anni fa ha puntato su incentivi e concorrenza per i medici e le istituzioni, senza però creare un «mercato» dell'assistenza. E così facendo in pochi anni si è ottenuta una drastica riduzione, pari all'85%, delle attese superiori ai 6 mesi. Nello stesso periodo in Italia si è invece scelto di concedere a tutti i medici che lavorano in ospedale di svolgere anche un'attività libero professionale all'interno del servizio sanitario, la cosiddetta intramoenia, col risultato di creare una via privilegiata di accesso alle cure per chi sia disposto a pagare di tasca propria. In Italia non esiste un monitoraggio delle liste d'attesa, ma sulla base dei dati disponibili i ricercatori ritengono che si stiano sempre più allungando. Ed è logico che sia così, in quanto di fatto i cittadini che pagano godono di una precedenza, creando una disparità d'accesso difficile da giustificare sul piano dell'equità.

Quello che gli autori non dicono è che le cose sono destinate a peggiorare se, come è stato annunciato, la pratica dell'intramoenia verrà completamente deregolata, consentendo ai medici del servizio pubblico di fare attività privata anche fuori dal proprio ospedale senza più alcun vincolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il reportage

Nel campus dei ricercatori Glaxo "La nostra vita sospesa senza lavoro"

DAL NOSTRO INVIATO

ROBERTO MANIA

VERONA — «E' la prima volta che vi parlo dopo la notizia che ha devastato il cuore e la mente di ognuno di noi e ha cambiato la nostra vita». Sono le 12 e 10 di venerdì quando Emilangelo Ratti prende la parola nell'auditorium del Centro ricerche della GlaxoSmithKline alla periferia di Verona, ai bordi dell'autostrada Serenissima Milano-Venezia. Ad ascoltarlo c'è buona parte dei 550 ricercatori che vi lavorano. A Verona è giorno di festa: è il "Venerdì Gnacolor", l'antico carnevale con carri e maschere per il centro storico. Ma qui c'è un'altra atmosfera.

Ratti, jeans, camicia verdolina botton down con colletto sbottonato dal quale sbucca la canottiera bianca, è il capo della Divisione sulle Neuroscienze che la multinazionale britannica del farmaco (99 mila dipendenti nel mondo con un fatturato di circa 30 miliardi e utili in crescita dell'11%) ha deciso di chiudere entro l'anno. Costa troppo fare ricerca sulle cure per le malattie mentali e troppe sono le incognite legate alla sperimentazione, mentre gli azionisti vanno sempre remunerati secondo gli obiettivi. Per Big Pharma la malattia è un business come un altro. Si sa. E poi i generici stanno erodendo sempre più i margini di profitto. Per l'industria mondiale del farmaco è in atto una violenta ristrutturazione. Allora si chiude, se non c'è un ritorno sicuro sugli investimenti. In Italia, ma anche ad Harlow, a nord di Londra; e poi in Croazia, in Polonia, in Canada. Non si torna indietro. Ratti, che comanda anche a Harlow (2.400 persone), lo dice senza giri di parole ai suoi ricercatori, che da una settimana hanno la certezza — come lui, d'altronde — che saran-

no licenziati. Qui vengono da tutta Italia e da tutto il mondo. Ci sono 17 nazionalità: americani, indiani, coreani, egiziani, spagnoli, olandesi, francesi, tedeschi e altri ancora. Per oltre l'80% sono laureati: biologi, chimici, farmacisti. Il 20% circa è diventato una "coppia Gsk", cioè si sono sposati traricercatori e messo su famiglia. Questo è l'unico centro di ricerca integrata in Italia. Questo è un luogo di eccellenza. Il fiore all'occhiello di Verona dal 1990. Ma ora è un caso nazionale, per i posti di lavoro che salteranno, per gli effetti che avrà sull'indotto tradizionale (i fornitori di pipette, solo per fare un esempio) e quello soft (le università), per la perdita di valore in tutto il sistema produttivo.

Dal 4 febbraio, da quando Slaoui Moncef, direttore mondiale della ricerca della Gsk, "il marocchino" come lo chiamano per ripicca i ricercatori, ha annunciato che, «unfortunately», il Centro chiude i battenti, il Campus veronese (c'è anche un asilo per i figli dei dipendenti) vive una sorta di vita sospesa. Nessuno se l'aspettava. Qui c'è uno dei tassi di imprenditorialità tra i più elevati d'Italia, non le piccole aziende del nord-est ma le medie internazionalizzate del lombardo-veneto; qui la crisi è arrivata ma ha colpito meno che in altre zone, la cassa integrazione è cresciuta del 612% contro il 790% del Veneto; qui, prima della recessione, la disoccupazione non superava il 4%.

Ma queste cifre non cambiano i contorni del caso Glaxo. All'assemblea Ratti parla per poco più di mezz'ora. Dice che bisogna «avere il coraggio di guardarsi allo specchio». E da lì ripartire per il futuro, «senza la coperta arancione protettiva di Gsk». Insomma: ciascuno deve rimettersi in giocolo sul

mercato forte delle proprie conoscenze e della propria esperienza.

Prende la parola Davide e spiega che lui viene da Tivoli, che è stato sradicato e che, come altri, ha fatto propria la realtà di Verona. Ora non ha altra scelta: «Venderò la mia casa sulla quale ho un mutuo e andrò da un'altra parte. Il mio specchio l'ha rotto Gsk». Applausi. Paolo è il responsabile della Divisione Information Technology, parla di «catastrofe collettiva», dice di sentirsi dentro «un tunnel in cui non si capisce quale sia la realtà e quale l'illusione». Roberto ha 48 anni si domanda come si possa pensare al futuro «dal niente».

Luciana Romanelli lavora da 22 anni alla Glaxo. Cinquantenne di Ferrara, laurea in Biologia, è sposata con un ricercatore tedesco che la Glaxo ha licenziato nella precedente ristrutturazione: «Il 4 febbraio è stato il nostro "11 settembre". Una cosa indescrivibile. Sono stata due notti a piangere. Non ho pensato al futuro, non posso pensare che la ricerca chiuda. Questo della Glaxo era l'ultimo baluardo della ricerca applicata». Il marito della Romanelli ha 51 anni e non ha più trovato un lavoro. Ora tocca a lei cercarne un altro: «Nel mio campo, alla mia età, escludo di poter trovare una nuova occupazione. Siamo troppo, troppo specializzati. Mi adatterò al territorio».

La colpa dell'angoscia che si è impadronita del Campus qui a Verona è anche dei topi. Ma non è un'abattuta. E' che iratti (con la "r" minuscola) non si ammalano come gli umani di depressione, ansia, sindrome bipolare. Ratti la racconta, con passione dello scienziato, come «la scarsa predittività dei modelli animali».

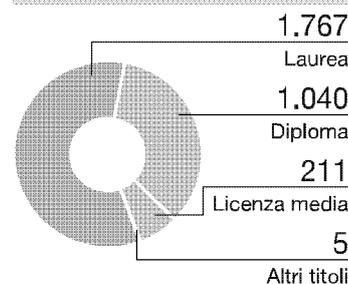
Questo è il problema per i ricercatori e per Big Pharma perché - dall'intuizione del ricercatore per arrivare poi alla pastiglia - ci vogliono 15-20 anni, almeno 1,3 miliardi di dollari e la probabilità di fallire è alta. Bisogna cambiare prospettiva: trovare i "marcatori" certi della depressione e degli altri disturbi della psiche. Ma forse non è proprio più tempo di ammalarsi delle patologie del benessere. Anche questa è la Grande Depressione, quella economica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I lavoratori di Glaxo

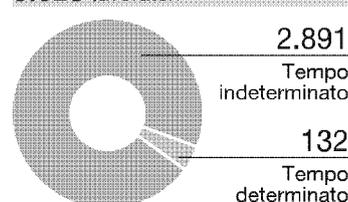
Scolarità

3.023 lavoratori

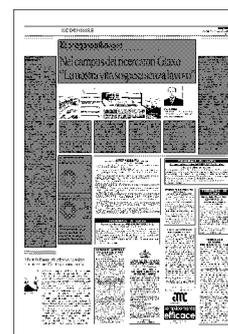


Tipologia contrattuale

3.023 lavoratori



Costa troppo fare ricerca sulle cure per le malattie mentali e troppe sono le incognite



Curare la comunicazione

Il medico e l'impaziente

di **Gilberto Corbellini**

Il problema di come comunicare le informazioni medico-sanitarie per promuovere la salute individuale o di una popolazione è qualcosa di relativamente recente. Prima che la ricerca e la clinica medica diventassero efficaci, i medici praticavano una comunicazione consolatoria o strumentale, che non si preoccupava di rispettare i valori e le preferenze dei pazienti. Oggi che i medici dispongono di conoscenze e tecniche mai così affidabili e avanzate, e l'autonomia decisionale del paziente è diventata quasi un dogma nel contesto occidentale, la comunicazione tra medico e paziente o la diffusione di informazioni sanitarie di pubblica utilità sono certo più facili. Anzi. La comunicazione della salute presenta interessanti, nonché illuminanti paradossi. Che finora sono stati esaminati e discussi soprattutto, salvo qualche nicchia poco ascoltata di medici e psicologi italiani, dalla letteratura specializzata o divulgativa anglosassone.

Ne emerge una rete complicatissima di interazioni tra soggetti e tra istituzioni, e che in parte si autogoverna per raggiungere livelli di efficacia adattati ai contesti culturali, e in parte viene modulata per ottenere specifici obiettivi. Se i tentativi di utilizzare funzionalmente questa rete non vengono praticati con competenza e responsabilità, quindi con consapevolezza delle dinamiche in gioco, ne possono conseguire risultati opposti a quelli desiderati. Come l'aggravamento fino a esiti tragici di una situazione medica a livello del singolo malato o di una popolazione.

Esempi dell'importanza della comunicazione rispetto alle questioni medico-sanitarie se ne potrebbero raccontare a centinaia. Cominciando dagli errori che sono stati fatti, rispetto alla recente vicenda dell'influenza H1N1. La confusione e le contraddizioni nella comunicazione in alcuni paesi occidentali, tra cui l'Italia, insieme alla penosa immagine di

irresponsabilità e disinformazione che la comunità dei medici italiani ha dato di se stessa, eludendo in massa la vaccinazione, suscitano un senso di paura per le conseguenze di eventuali emergenze pandemiche davvero serie. Rimane il fatto che la comunicazione in medicina e sanità pubblica è l'aspetto che maggiormente influenza il livello di soddisfazione da parte degli utenti delle prestazioni medico-sanitarie. Tutte le ricerche empiriche lo dimostrano, ed è stato più volte confermato che il tempo dedicato ai pazienti, la disponibilità all'ascolto e un atteggiamento sereno ed empatico del medico sono le variabili che maggiormente contano. In modo particolare, l'efficacia della comunicazione è la più sicura difesa contro il rischio di essere denunciati per negligenza dai pazienti. E con i tempi che corrono sarebbe il caso che i medici ne tenessero conto. E che, invece di interrompere il racconto del paziente dopo soli 18-23 secondi dall'inizio della conversazione, come dimostrano diversi studi empirici, fossero più disponibili all'ascolto.

Chi desideri documentarsi sui molteplici e tra loro connessi risvolti della comunicazione della salute può leggere un testo ritagliato sulla nostra realtà nazionale. Lo ha commissionato e prodotto la Fondazione Zoé. Dove "Zoé" sta per Zambon (importante gruppo farmaceutico nazionale) Open Education. Nata solo due anni fa, la Fondazione ha lo scopo di stimolare in Italia il dibattito pubblico sull'evoluzione delle idee di "salute, qualità della vita e benessere" e i significati che hanno assunto e possono assumere nei diversi contesti sociali e professionali. In pratica, intende ritagliarsi un ruolo tra le non numerose fondazioni **farmaceutiche** che producono cultura biomedica e sanitaria di qualità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

● «La comunicazione della salute. Un manuale», a cura della Fondazione Zoé, Cortina, Milano, pagg. 480, € 29,00.



I ricercatori emigrati

I numeri Sono oltre 2 milioni gli italiani iscritti all'Anagrafe dei residenti all'estero: il 44% proviene dal Centro-Nord

Il precedente Nel 2001 il ministro Letizia Moratti propose incentivi agli enti che agevolavano il rientro

A caccia dei cervelli in fuga

Un piano per favorire il ritorno nel nostro Paese: 75 mila euro per tre anni

RAFFAELLO MASCI
ROMA

Adesso ci riprova - a ranghi serrati di destra e di sinistra - un manipolo di irriducibili: Enrico Letta (Pd) e Stefano Saglia (sottosegretario Pdl), Maurizio Lupi e Silvano Moffa (Pdl), Laura Garavini e Alessandra Siragusa (Pd) e via elencano, sedici in tutto, di entrambi gli schieramenti. L'intento è quello di fare in modo che i cervelli in fuga non fuggano più e quelli che sono fuggiti trovino interessante tornare. Per questo hanno presentato un progetto di legge - che, per la verità, è vecchio di un anno, ma che solo una settimana fa è approdato in commissione Finanze alla Camera - con il titolo di «Incentivi fiscali per il rientro dei lavoratori in Italia».

Sono due milioni gli italiani, sottolineano i deputati, che si sono iscritti all'Anagrafe degli italiani residenti all'estero negli ultimi dieci anni, di cui il 44% proviene dal centro nord e ha un alto titolo di studio. Non tutti sono ricercatori o scienziati, ma molti (moltissimi) sono comunque dei talenti, tant'è che hanno trovato apprezzamento (e spesso benessere) all'estero. Attualmente il 2,3 per cento dei laureati lavora all'estero, e a fronte di un misero 0,3 dei laureati stranieri che sono da noi. I parlamentari che hanno firmato il progetto di legge, sottolineano che nel '99 - per dire un anno emblematico - il 7% dei laureati del Nord ha lasciato l'Italia, e nel decennio '90-'99 il numero delle fughe è quadruplicato.

Gli anni Novanta sono stati drammatici, su questo fronte. Tant'è il ministro Letizia Moratti affrontò già nel 2001 (e poi nel 2004) questo problema proponendo incentivi a chi fosse tornato e a chi - come azienda o università - avesse agevolato questo rientro. Ma l'effetto non fu quello sperato. Nel 2006 - anno in cui i provvedimenti cominciarono a dare frutti - rientrarono 500 ricercatori, ma concluso il contratto triennale che

veniva loro offerto, solo 40 sono rimasti perché hanno trovato un posto stabile. Gli altri o sono in attesa di rinnovo o hanno preferito fare marcia indietro.

All'origine di questa delusione c'è, soprattutto, il fatto che il sistema accademico e di ricerca italiano è ancora molto ingessato e baronale, ma anche il fatto che - forse - gli incentivi a chi offriva un contratto ai transfughi non erano così allettanti. Da qui l'idea, raccolta dal nuovo pro-

getto di legge, di dare incentivi forti (25 mila euro l'anno) e prolungati (per tre anni): un vero «scudo fiscale» che renda appetibile il rientro.

La norma, nell'intento dei legislatori, si applica a tutti i cittadini comunitari che hanno meno di 40 anni e che hanno risieduto continuamente per almeno 2 anni in Italia, che studiano, lavorano o che hanno conseguito una specializzazione all'estero, e ora decidano di fare rientro.

Un credito di imposta pari a 25 mila euro all'anno per tre anni verrà elargito in favore di quanti vogliono tornare per essere assunti come dipendenti. Il

bonus raddoppia per chi fa rientro al Sud o nelle isole. Un analogo incentivo riguarda anche chi inizia un'attività o un lavoro autonomo e, anche in questo caso, sarà doppio se l'attività è al Sud: 50 mila euro per i tre anni. Per quanto riguarda le imprese, saranno elargiti 500 euro al mese per ogni nuovo assunto e per tre anni, ma limitatamente alle regioni del Mezzogiorno o nelle isole.

I crediti di imposta ai lavoratori, dice il provvedimento, non comportano oneri, mentre per quelli dovuti alle imprese il limite viene fissato in 150 milioni di euro nel 2010. La copertura viene prevista attraverso la creazione di un Fondo di rotazione ad hoc, alimentato dal gettito reale delle imposte dirette dei soggetti coinvolti. Previsto anche un cofinanziamento da parte delle regioni.

BIPARTISAN

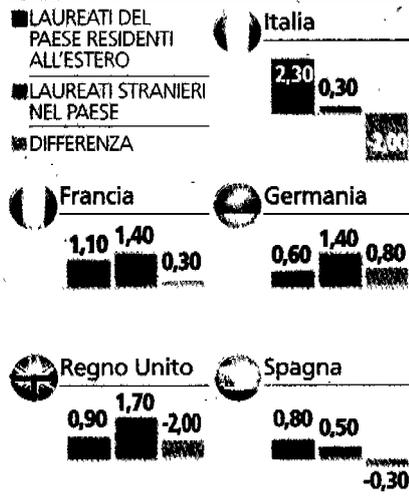
Il progetto di legge arriva da 16 parlamentari dei due schieramenti

LA NORMA

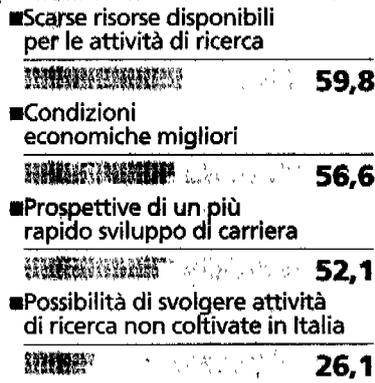
Si applica a tutti i cittadini comunitari con meno di 40 anni



I numeri



Motivi per lasciare l'Italia



DATI IN PERCENTUALE
Partners - LA STAMPA

Motivi per non tornare



Tendenze
CLAUDIA FERRERO
MILANO

Curarsi con i peccati di gola

I segreti della "nutraceutica": quando i cibi hanno lo stesso effetto dei farmaci
Una nuova scienza A Milano il primo congresso sugli alimenti e integratori per prevenire o ridurre le malattie croniche
Un mercato in crescita Dai probiotici agli Omega 3 le vendite aumentano di oltre il 15-20 per cento ogni anno

Vi sentite in colpa quando avete voglia di cioccolato? Rilassatevi, non siete sulla cattiva strada, le tavolette al cacao aiutano ad abbassare la pressione. Il pesce vi piace ma non riuscite a mangiarlo in gran quantità? Tranquilli, ci sono gli Omega 3 amici del cuore. E se siete preoccupati del tempo che passa, alcuni succhi di frutta aiutano a rallentare l'invecchiamento cellulare. Sono cibi, è integratori, che fanno bene al cuore, al sistema immunitario, alla pressione, come fossero dei farmaci. Insomma, è il caso di dire, mangia che ti passa. Siamo nel campo della nutraceutica, ovvero dei prodotti naturali e delle sostanze che oltre a dare calorie e energia, sono considerati utili alla salute. Un mercato in vorticoso ascesa, con vendite che crescono di oltre il 15-20 per cento ogni anno. Una scienza ancora bambina, un campo affamato di bravi ricercatori, perché da tante sostanze grezze c'è la forte speranza di arrivare ai farmaci di domani.

Intanto una svolta è arrivata dal primo Congresso Nazionale della Società Italiana di Nutraceutica che si è chiuso ieri a Milano. Centinaia di partecipanti e una lettura magistrale del premio Nobel Luc Montagnier sugli antiossidanti, con una novità che riguarda proprio il «suo» amato estratto fermentato di papaya: «Si sa che i diabetici fanno fatica a far cicatrizzare le ferite - ha detto il Nobel - ora ricercatori americani hanno dimostrato, al momento su modello animale, come l'estratto migliori le possibilità di curare le ferite».

Diciamoci la verità, già la parola, «nutraceutica», mette un po' a disagio: «Basta imparare a conoscerla. Tanto per cominciare ha due facce - spiega il presidente del Congresso, il professore Cesare Sirtori, preside della facoltà di Farmacia all'Università di

Milano - gli «alimenti funzionali» e gli integratori. Tra i primi abbiamo alcune superstar incontrastate, le proteine vegetali della soia, e più di recente quelle del lupino, per abbassare il colesterolo e la pressione arteriosa. Poi i derivati del latte che contengono piccoli frammenti proteici, ancora utili per la pressione, e una nuova star, il cioccolato amaro, in grado sia di ridurre la pressione sia di migliorare la risposta glicemica».

Quindi c'è la galassia integratori, più di «mille nuovi prodotti all'anno negli Usa»: «Qui spiccano i cosiddetti probiotici, miscele batteriche in grado di migliorare la funzione intestinale, ma anche di ridurre il dolore dell'intestino nel caso di patologie al colon». E gli eroici acidi grassi Omega-3, derivati dal pesce, che riducono i trigliceridi e «migliorano la prognosi in chi soffre di scompenso cardiaco». O ancora, sostanze come la glucosamina, strategica perché in grado di ripristinare, seppur parzialmente, la salute delle articolazioni colpite dall'artrosi.

Per una volta sembra che questi super alimenti mettano d'accordo tutti: chi li compra, perché li vede come sostanze naturali, innocue, dal gusto gradevole, in grado di prevenire o ridurre molte malattie croniche della vita quotidiana; i medici, per l'assenza di vincoli burocratici o limitazioni nella prescrizione. Senza contare che così si risparmia pure sull'uso di farmaci di sintesi, spesso costosi e da monitorare.

Semmai ora l'obiettivo è di passare l'esame dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare, con sede a Parma, in modo da poter aggiungere sul prodotto anche il suo valore terapeutico. Finora hanno ricevuto il via libera gli Omega 3 e i fitosteroli (molecole estratte da cereali, frutta, noci, mandorle, olio d'oliva) utili per contenere il colesterolo.

C'è di più, secondo gli esperti il far-

maco di sintesi è in crisi: «Negli ultimi dieci anni non è uscita una singola molecola innovativa di largo impiego - precisa il professor Sirtori - niente di nuovo per pressione, diabete, colesterolo, niente tra gli antinfiammatori. Ecco perché tanta attenzione verso i nutraceutici, da cui si spera possano emergere nuove sostanze attive. Magari da molecole già note, come i tripeptidi ipotensivi del latte, o le epicatechine del cioccolato, oppure ancora nascoste in miscele complesse».

I nutraceutici ci allungano anche la vita? «Ci fanno vivere meglio - conclude Sirtori -, aiutano tra l'altro a controllare le emozioni, a migliorare la memoria, ci rendono più felici». Vi pare no? »

L'ESPERTO

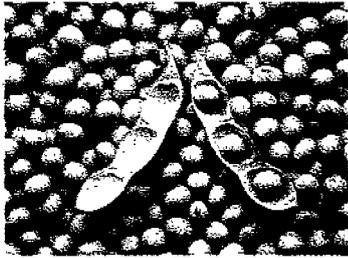
Il professor Cesare Sirtori:
«Dalle sostanze naturali nuove medicine del futuro»

GRADITI A TUTTI

Piacciono ai consumatori in quanto di gusto gradevole e tranquillizzano i dottori

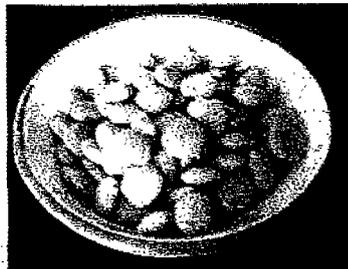


I migliori



Soia

LE **PROTEINE VEGETALI** DELLA SOIA SOTTO FORMA DI LATTI, FORMAGGI O PRODOTTI SIMILI ALLA CARNE, POSSONO FAR **ABBASSARE IL COLESTEROLO** DEL 10-15%. INOLTRE CONTIENE «FITOESTROGENI», UTILI CONTRO LE SINDROMI DELLA MENOPAUSA



Lupini

HANNO EFFETTI POSITIVI SUL COLESTEROLO (CADUTE DEL 10-15%) E SULLA **PRESSIONE**, CHE TENDE A NORMALIZZARSI IN CHI HA AUMENTI MODERATI. LI SI TROVA, OLTRE CHE AL NATURALE, NEI GELATI E IN ALCUNI ALIMENTI «SIMIL-CARNE»



Cioccolato amaro

STUDI DIMOSTRANO CHE IL **CACAO** IN POLVERE, RICCO DI FLAVONOIDI E PROCIANIDINE, PUÒ ABBASSARE LA **PRESSIONE** E MIGLIORARE LA **SALUTE CARDIACA**. BUONA ANCHE LA RISPOSTA GLICEMICA

Miti da sfatare



Ginkgo biloba

UNO STUDIO DELL'UNIVERSITÀ DI PITTSBURGH SU TREMILA PERSONE SOTTOLINEA COME NON SIANO STATE TROVATE PROVE CHE IL GINKGO RALLENTI IL **DECLINO COGNITIVO** NEGLI ANZIANI



Caffè

QUANTI STUDI: PER ALCUNI PRESERVEREBBE DA **MALATTIE DEGENERATIVE** COME L'ALZHEIMER. UN'ALTRA RICERCA ITALIANA MOSTRA CHE BASTA UN SOLO CAFFÈ PER RALLENTARE IL FLUSSO DI SANGUE AL CUORE



Tè verde

UNA MINIERA DI ANTIOSSIDANTI, HA FAMA DI «BRUCIAGRASSI», MA CERTO NON NE BASTA UNA TAZZA AL GIORNO: GLI STUDI FANNO RIFERIMENTO A UN CONSUMO QUOTIDIANO DI **ALMENO CINQUE TAZZE**



Spinaci

BRACCIO DI FERRO E I SUOI SPINACI HANNO CONQUISTATO IL MONDO, MA A TORTO: AD ESEMPIO PER AVERE LA STESSA QUANTITÀ DI FERRO CHE C'È IN UN ETTO DI CARNE, BISOGNEREBBE MANGIARNE **CINQUE CHILI**



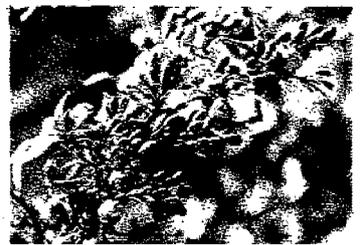
Ginseng

LA MAGICA RADICE È ANTINFIAMMATORIA E ANTI-STANCHEZZA, MA FATE ATTENZIONE A BRUCIARE L'ENERGIA CHE DÀ: IL RISCHIO È ESSERE IRREQUIETI E CON **LA TACHICARDIA**



Riso rosso

IN REALTÀ È UN FUNGO: IL **MONASCUS PURPUREUS**. FRA I COMPONENTI È STATA IDENTIFICATA LA «MONACOLINA K», CHE PRESENTA ANALOGIE CON LE STATINE USATE PER ABBASSARE IL **COLESTEROLO**



Berberina

È UN ALCALOIDE PROVENIENTE DALLA **IDRASTE CANADESE** (UNA PEONIA) CHE ATTIVA LA PRODUZIONE DI BILE. HA ATTIVITÀ **ANTIDIABETICA** E ANTIBATTERICA

LA CURIOSITÀ I FARMACI BIOTECH “COPIA”, UNA REALTÀ DA NON SOTTOVALUTARE

La cura delle più gravi patologie, come i tumori, passa attraverso i farmaci biotech. Ma questi non riescono a sfondare in Italia, anche per motivi di prezzo tanto che oggi nella penisola una minima quota della spesa **farmaceutica** è legata a medicinali biotecnologici, contro il 18 per cento circa della Germania. Per ridurre i costi si può pensare ai farmaci biosimilari, copie identiche del prodotto originatore, che stentano però ad affermarsi nonostante per la loro produzione esistano regole estremamente stringenti. «Gli interessi primari del sistema sanitario sono la salute e la sicurezza dei pazienti – spiega Pier Luigi Canonico, farmacologo e

preside della Facoltà di Farmacia di Novara. In questo senso, oggi i biosimilari sono studiati e valutati con grande attenzione dalle agenzie regolatorie europea (Ema) e nazionale (Aifa) hanno messo in atto delle procedure di autorizzazione all'immissione in commercio molto accurate». Diversi sono i biosimilari oggi disponibili, dall'ormone della crescita all'eritropoietina, cui si aggiunge ora anche Filgrastim, fattore di crescita cellulare utile nei trapianti di midollo. Solo il medico specialista, in ogni caso, ne può indicare l'uso sulla scorta delle condizioni del paziente e delle indicazioni ad un determinato trattamento.

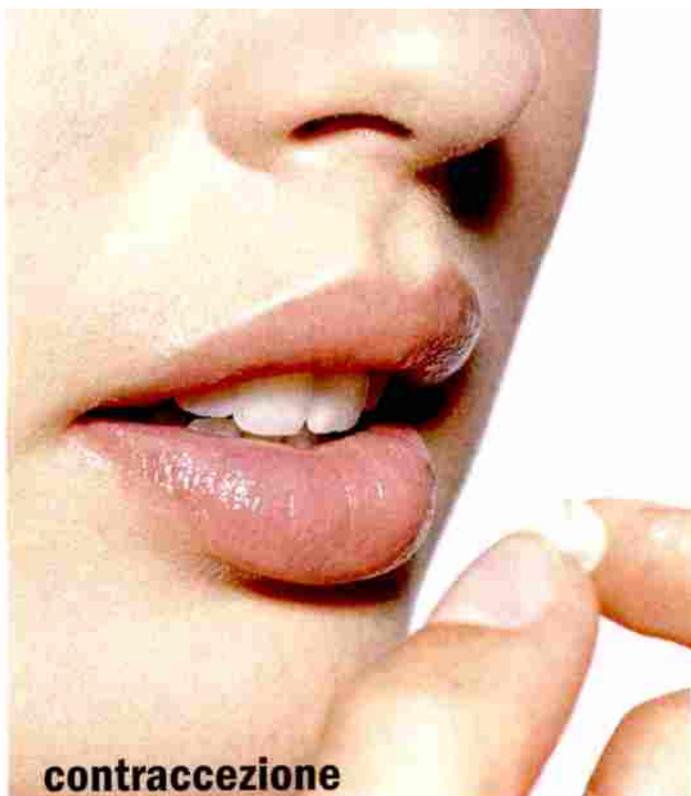


BEBÈ A RISCHIO SE LA MAMMA È MOLTO GIOVANE

Se la madre ha meno di 19 anni, aumenta il rischio di parto pre-termine, così come che il neonato nasca sottopeso. L'allarme arriva dalla Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), che segnala anche la crescita delle maternità under 19 (10mila l'anno, con un incremento dello 0,5 per cento in soli 12 mesi) soprattutto fra le fasce meno protette, in particolare tra le extracomunitarie. E indica la soluzione nella cultura della prevenzione e della contraccezione.

Marilisa Zito

Info: (www.sceglitu.it).



contraccezione

arriva la pillola dei 5 giorni dopo

Per porre rimedio a un rapporto sessuale a rischio gravidanza indesiderata, c'è la pillola del giorno dopo (levonorgestrel), che interviene sull'ovulazione impedendo il concepimento. Adesso, però, è in arrivo un prodotto con diverso principio attivo (ulipristal), che agisce fino a 120 ore (cioè cinque giorni dopo), con lo stesso meccanismo.

■ La nuova pillola è già stata approvata dall'Emea (Ente europeo per il controllo dei farmaci) e in America, dove la sperimentazione è avvenuta su 1.200 donne, ha dimostrato un'efficacia del 97,7%, senza particolari effetti collaterali. È prevedibile che, almeno in Italia, questo prodotto scatenerà un dibattito: considerando i tempi di assunzione, infatti, la sua azione potrebbe concentrarsi dopo la fecondazione e quindi bloccare l'impianto in utero di un ovulo già fecondato. Gli esperti dovranno valutare se, più che un contraccettivo, non sia il caso di considerarla una pillola abortiva.