

Rassegna del 23/11/2009

NAZIONE MASSA CARRARA - La diocesi mette in guardia sulla "Ru486" - Grassi
Stefania

1

L'INCONTRO

La diocesi mette in guardia sulla «Ru486»

PAROLE «FORTI» al convegno «Ru486: così prevale il diritto del più forte». Semplice l'assunto dei relatori dell'incontro voluto dall'Ufficio per la pastorale della famiglia della diocesi: «L'embrione è un innocente che non va ucciso». Poi si può anche discutere del caso specifico, di questa stranota ma in fondo poco conosciuta pillola, resta il fatto che l'aborto non va bene.

«L'efficacia abortiva della Ru è del 90, 95 per cento. Il farmaco è sospettato di dare effetti malformativi». Ancora: «In pochi sanno che le pillole, sono in realtà, tre: due si assumono subito, una terza a distanza di tre giorni ed è proprio questa la responsabile delle contrazioni uterine che portano all'espulsione del feto: 29 morti sono state causate da questo tipo di farmaco, che provoca enormi emorragie».

Si rifà invece a un'enciclica di Papa Giovanni Paolo II, Marco Baleani, docente di teologia morale e bioetica, nella quale si citavano gli sforzi della comunità nella ricerca di metodi abortivi chimici. «Il Papa è stato profetico e perché non abbiamo deciso di affrontare questo tema in canonica, ma nella sala di rappresentanza di un Comune? Perché noi cristiani siamo responsabili di noi stessi e della società: dobbiamo ricordare che la Ru486 provoca un aborto, che l'aborto è sempre l'uccisione di un innocente, che produce scomunica». Bruna Massa, del Centro di Aiuto alla vita ha ricordato l'opera di sostegno che esso offre alle madri che hanno difficoltà, per motivi economici e sociali, a portare a termine una gravidanza e Chiarella Lagomarsini, insegnante dello Zaccagna ha precisato l'importanza, per i giovani, di riflettere su sesso e amore: «Il sesso non è un balocco — la chiosa di Don Raffello Piagentini — è persona: se si gioca male, poi si perde».

Stefania Grassi

ARTE NAZIONALE
MASSA-CARRARA

ARTE NAZIONALE
MASSA-CARRARA

Arta natalizia contro la crisi
5 ore e 30' di diretta giornaliera dalle 10.30 alle 11.00 per darvi ancora più informazione regionale in tempo reale

sempre prima,
sempre più diretta!

1925
30

IL PRIMATO CHE NASCE DAI FATTI

Salute: l'utilità del Ministero

di Pasquale Spinelli

Il passaggio alle Regioni della gran parte delle competenze in materia di Sanità ha fatto pensare, in un recente passato, che non ci fosse bisogno di un Ministero che si occupasse esclusivamente della Salute, ma fosse sufficiente inglobare la Sanità nel grande Ministero del Welfare. Questa esperienza, che sembrava poter dare sufficienti garanzie di una buona gestione, ha mostrato sempre di più di essere perfettibile. E l'occasione per il ritorno, ormai prossimo, di un Ministero della Salute è venuta dalla emergenza influenzale, nella quale il ruolo di coordinamento di una struttura centrale è realmente indispensabile. Ma se si considera la disparità della situazione economica della Sanità nelle diverse regioni e i delicati rapporti tra il Governo centrale e quelli regionali ci si rende conto che anche, e principalmente, è in materia di Sanità che l'utilità del Ministero della Salute s'impone.

E' sotto gli occhi di tutti: tranne in poche Regioni definite virtuose, i conti della Sanità non tornano e per ogni Regione più o meno gravemente "anemizzata" c'è una ricetta che, pur promettendo spesso miracoli, non raccoglie, alla fine, i risultati voluti. Adoperarsi per far quadrare i conti credo sia un compito essenziale del Governo centrale, non tanto e non solo per questioni di Bilancio, quanto per le differenze che le disponibilità di risorse fanno ricadere poi sulla qualità e sull'equità delle prestazioni. Una regione che si trova in grave deficit non ha possibilità di innovare; deve pensare a pagare i debiti e a far fronte agli stipendi. Il principio di equità, insito nel nostro sistema sanitario - e che ne fa uno dei migliori al mondo -, va assolutamente mantenuto e protetto.

C'è, poi, la formazione di quanti, medici e non medici, si occupano di salute. Finalmente, dopo una lunga fase sperimentale, è al varo, infatti, il grande progetto dell'educazione continua, cui non può mancare una cabina di regia centralizzata, costituita da un Ministero della Salute autorevole. Occorre che garantisca standard formativi in tutto il Paese, considerando anche la sempre più numerosa presenza di operatori sanitari stranieri che provengono da percorsi di formazione diversi dai nostri. Ancora una volta, non si possono avere disparità che ricadano sulla funzionalità generale del sistema salute.

La peculiarità della professione medica, inoltre, - anche se il riordino delle professioni è appannaggio del Ministero di Grazia e Giustizia ed è allo studio della Comunità europea - esige l'impegno di un Ministro della Salute nel regolarizzare il rapporto tra professionisti, Ordini e cittadini.

Infine, si pensi alla Ricerca, senza la quale non vi può essere una buona sanità. Le spetta una particolare attenzione, perché molte scoperte oggi vengono dall'estero e spesso da ricercatori italiani trasferiti: che si crei o no la tanto auspicata Agenzia, il Ministero deve giocare il suo ruolo. Può bastare?



LINEA DI CONFINE

MARIO PIRANI

Il conflitto di interessi che devasta la sanità



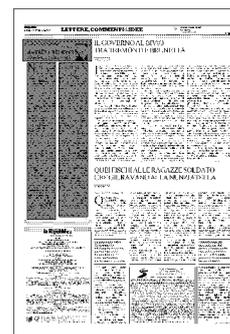
Nel disegno di legge sulla «governance» sanitaria la maggioranza propone la piena libertà dei medici di lavorare, ad un tempo, per il pubblico e per il privato. Andrebbe bene per i professionisti più intraprendenti, ma malissimo per il Servizio sanitario nazionale e per i cittadini, dai più poveri ai mediamente benestanti che usufruiscono anch'essi di un Ssn, qualificato come il secondo al mondo ma anche penalizzato da molti difetti e sprechi. Tra questi il famigerato «intra moenia», (entro le mura) che dovrebbe consentire ai medici del Ssn di svolgere, in spazi ricavati all'interno delle strutture pubbliche, una residua attività privata. Ma in quasi nessun ospedale questi spazi vi sono. Cosa accade allora?

In linea di principio lo Stato paga le prestazioni di tutte le strutture pubbliche e di quelle private ma accreditate attraverso una convenzione col Ssn. La differenza è che gli ospedali pubblici sono di sua proprietà mentre le strutture accreditate sono di proprietà privata. Il cittadino sceglie la struttura che preferisce e lo Stato rimborserà l'una o l'altra. In base a questo schema i medici dell'ospedale pubblico sono pagati dallo Stato e sono suoi dipendenti. I medici della struttura privata accreditata sono pagati dal proprietario della clinica. Elementare buon senso vorrebbe che i medici dell'ospedale pubblico possano lavorare solo nell'ospedale pubblico e i medici della clinica privata solo nella struttura privata. Fin qui sembra tutto semplice. Invece, poiché lo Stato non è in grado di garantire spazi e servizi idonei per svolgere una attività «privata» intra moenia, le varie Asl hanno identificato spazi (cliniche, studi, ecc.) completamente privati (quindi non accreditati) dove i medici pubblici possono svolgere attività para-privata (intra moenia allargata). Il sistema ha avuto tre effetti: I) ha salvato molte cliniche private dal fallimento (infatti il decreto che lo istituì è stato chiamato il «decreto salva cliniche»); II) ha per-

messo ad Asl e Regioni di percepire una tangente sull'attività para-privata dei medici pubblici (attualmente di circa il 20%), con conseguente perdita di interesse ad adeguare le proprie strutture; III) i medici pubblici che operano in intra moenia allargata perdono ogni incentivo a far funzionare le strutture pubbliche a fronte di una attività privata più fiorente.

Se le forze politiche nazionali e regionali avessero a cuore la sanità dovrebbero proporre una svolta radicale. Basterebbe copiare il modello francese. I medici pubblici dovrebbero lavorare solo negli ospedali dello Stato senza alcuna possibilità di esercitare fuori dalla struttura ospedaliera. Potrebbero scomparire subito anche le liste di attesa. Ovviamente per far questo bisogna rivedere alcuni punti fondamentali. È ovvio che se gli stipendi dei medici pubblici rimangono quelli di adesso (un dirigente medico specialista di I livello con 5 anni di anzianità percepisce 2200 euro mensili) non si va da nessuna parte. Bisogna equiparare gli stipendi italiani a quelli dei medici pubblici francesi, tedeschi e inglesi (circa da 2 a 4 volte quelli italiani). Secondo, bisogna creare incentivi di produttività oggettiva (numero di prestazioni, giornate di ricovero, indici di performance, etc). Terzo, è necessario rendere lo stipendio flessibile anche in base alle capacità del singolo professionista e non pagare tutti allo stesso modo, dal grande chirurgo che ogni ospedale vorrebbe avere, al sanitario di un piccolo nosocomio di provincia con scarsa esperienza. Il nostro contratto nazionale con gli stipendi uguali in tutta Italia è quanto di meno meritocratico possa esserci.

In sintesi, la possibilità di migliorare il Ssn c'è se si ha il coraggio di affrontare il nodo degli interessi corporativi. Solo in questo modo si può creare una vera competizione tra pubblico e privato-accreditato mettendo fine a un conflitto di interesse a paragone del quale persino quello di Berlusconi impallidisce.



Scoperte in Norvegia. Resistenza al Tamiflu segnalata da Usa e Gran Bretagna

Prime mutazioni del Virus A L'Oms: ma il vaccino funziona

Il virus dell'influenza A avrebbe subito una mutazione associata a sintomi più gravi della malattia. La segnalazione di tre casi «mutati» (con due decessi) viene dalle autorità sanitarie norvegesi, secondo le quali «la mutazione potrebbe avere effetti sulla capacità del virus di penetrare più in profondità nel sistema respiratorio, causando perciò una malattia più grave». In Galles e negli Usa segnalati 9 pazienti resistenti al Tamiflu.

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, il vaccino resta efficace. Accenti tranquillizzanti anche dal ministero italiano della Salute: «la mutazione non incide sull'efficacia né del vaccino né degli antivirali».

A PAGINA 23

Bazzi, De Bac, Pappagallo

La pandemia Gli esperti: ancora nessuna preoccupazione. In Galles e negli Usa 9 pazienti resistenti al Tamiflu

Influenza, virus mutato in Norvegia

Identificato in tre pazienti, due sono morti. L'Oms: il vaccino funziona

68

I decessi

in Italia.
Di cui 25 in Campania, 7 in Lombardia ed Emilia R.

6.770

I morti

nel mondo:
4.800 negli Stati Uniti,
350 in Europa
(dati Oms)

MILANO — Il virus dell'influenza A sta mutando: l'ultima segnalazione arriva dalla Norvegia, dove una variante dell'H1N1 è stata identificata in tre pazienti, due dei quali sono deceduti e uno è in gravi condizioni. Ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità rassi-

cura: non si tratta di cambiamenti che interferiscono con l'efficacia del vaccino, attualmente raccomandato, e neppure con i farmaci antivirali.

La possibilità che il virus dell'influenza cambi la sua carta di identità non deve stupire (basti pensare che un virus produce 100 mila copie di se stesso in dieci ore e le probabilità che vada incontro a mutazioni, durante queste moltiplicazioni, sono elevatissime), ma deve allarmare. Perché ci sono mutazioni e mutazioni. Ce ne sono di insignificanti, come quelle che per ora sono state identificate in Norvegia, ma anche in Brasile, Giappone, Ucraina, Cina, Messico e Stati Uniti che non interferiscono con la capacità del virus di aggredire l'uomo e di procurargli guai, e ce ne sono di più pericolose: come quelle che fanno diventa-

re i virus più contagiosi, capaci cioè di passare più rapidamente da persona a persona; più letali, capaci cioè di provocare infezioni gravi e potenzialmente mortali nei pazienti, oppure più resistenti a farmaci e vaccini, il che significa maggiori probabilità di infezione per un gran numero di persone e di complicanze conseguenti all'infezione, tipo polmoniti gravi.

«Il virus a Rna (l'Rna è il codice genetico del virus, diverso dal Dna dell'uomo, ndr), come quello dell'influenza — commenta Alessandro Zanetti, igienista all'Università di Milano e responsabile dell'Osservatorio per l'influenza della Regione Lombardia — vanno incontro a mutazioni perché non hanno



gli enzimi cosiddetti "correttori di bozze". In altre parole, modificano, moltiplicandosi, il loro patrimonio genetico. Queste mutazioni possono via via accumularsi, ma perché abbiano ripercussioni importanti sui pazienti, devono interessare proteine che hanno a che fare con la resistenza ai vaccini, oppure con altre proteine o enzimi che hanno a che fare con la capacità del virus di moltiplicarsi, di infettare l'uomo e di provocare un'infezione più o meno grave».

La mutazione «norvegese», dunque, non sembra preoccupare gli esperti. Ma il senatore pd Ignazio Marino ha chiesto subito al governo dettagli clinici sui pazienti norvegesi per sapere se erano stati vaccinati.

Intanto l'effervescenza del virus ha già provocato qualche caso, per ora limitato, di resistenza agli antivirali. Le ultime segnalazioni arrivano dalla Duke University americana di Durham nel North Carolina: quattro pazienti sono risultati resistenti a uno dei due antivirali in commercio, il Tamiflu; altri cinque sono stati segnalati in Galles: è per questo che i farmaci vanno riservati a casi selezionati e non devono essere somministrati in maniera indiscriminata.

L'influenza A continua a colpire in tutto il mondo: il numero di decessi, segnalati finora dall'Oms è di 6.770, 68 in Italia. È stato accertato che la bambina di quindici mesi morta a Catanzaro due giorni fa è l'ultima vittima italiana del virus. In Francia è invece morta una donna incinta alla 38ma settimana dopo essersi sottoposta al vaccino anti-pandemico. In Italia prosegue la distribuzione dei vaccini alle Regioni: entro la fine di dicembre è prevista la consegna complessiva di 10 milioni di dosi.

Adriana Bazzi

abazzi@corriere.it

Se si esagera con l'antivirale

di MARIO PAPPAGALLO

Una mutazione attesa. Ecco perché gli esperti di pandemie non volevano che il nuovo virus circolasse molto. In tre casi norvegesi è stata individuata. Probabilmente è la stessa che ha causato dei morti in Ucraina e in Brasile. E secondo la Sanità pubblica norvegese potrebbe «avere effetti sulla capacità del virus di penetrare più in profondità nel sistema respiratorio, causando perciò una malattia più grave». Per fortuna non riguarda gli antigeni (frammenti di virus) selezionati per la creazione del vaccino. Quindi, il potere preventivo della vaccinazione resta al momento intatto. Così come l'efficacia dei farmaci anti-virali. Anche in questo caso, però, il sistema comincia a «scricchiolare» là dove si è abusato del Tamiflu come prevenzione: negli Stati Uniti e in Gran Bretagna. Nello Stato della North Carolina quattro persone sono risultate positive a un tipo di virus A H1N1 resistente al farmaco. I casi sono stati registrati presso il Centro medico della Duke University, a Durham, nelle ultime sei settimane. Altri cinque casi in Galles. I medici stanno verificando se vi sono state mutazioni tali da rendere inefficaci i medicinali. Il timore è ora quello di ritrovarsi con un virus più aggressivo in caso di seconda ondata pandemica: in febbraio-marzo secondo gli scenari. Ed è ora, forse, di cambiare i messaggi: bisogna porre l'attenzione su quanti finiscono in assistenza respiratoria. Quasi sempre giovani e in buona salute prima di incappare nel virus: 241 solo in Italia.



Il rapporto sugli ospedali

Per un'operazione nel Lazio si aspetta il doppio che in Friuli

Diana Alfieri

Roma Diminuiscono nel nostro paese i ricoveri ospedalieri. In Italia, infatti, nel corso del 2008 i ricoveri all'interno dei confini nazionali sono stati più di 12 milioni, l'1,7 per cento in meno rispetto all'anno precedente. Mentre le giornate di degenza sono state pari a circa 76 milioni, un valore inferiore dello 0,9 per cento rispetto al 2007.

Fanno eccezione a questa tendenza i reparti per i lungodegenti, che accrescono il numero delle dimissioni, con un incremento del 3 per cento, e quelli per i neonati sani, che segnano un incremento del 2,2 per cento. Un trend in diminuzione, dunque, che va in direzione di quel proces-

SPESE Diminuiscono in Italia le degenze nelle strutture pubbliche. Le più virtuose Toscana e Friuli

so di deospedalizzazione auspicato a più riprese dal governo e dal ministero della Salute, e che dovrebbe portare a rivalutare in primo luogo ruolo e funzione del territorio, grazie a un coinvolgimento sempre più forte dei medici di famiglia.

I dati in possesso del ministero della Salute, che fanno riferimento a un'analisi preliminare del 2008 e che emergono dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo, copertura intorno al 95%), mettono in risalto anche che il tasso di ospedalizzazione 2008 è di poco inferiore a 195 ogni mille abitanti, in diminuzione rispetto al 198 del 2007 e al 209 del 2006. In tal senso la riduzione più evidente si registra nella percentuale degli acuti, che passa, per il ricovero ordinario, da 131 per mille abitanti del 2007 a 128 del 2008, e per il ricovero diurno da 60 a 58 per mille abitanti. Ma

COMPITI Si abbattano i costi. Saranno quindi sempre più coinvolti e utilizzati i medici di base

come negli anni precedenti, continua a resistere una certa variabilità regionale nella composizione del ricovero tra modalità diurna e ricovero ordinario e nei volumi di prestazioni. Se infatti le regioni più virtuose sono la Toscana e il Friuli Venezia-Giulia, complessivamente sotto i 150 per mille abitanti, in Campania, Lazio, Abruzzo, Molise e Sicilia i tassi di ospedalizzazione per acuti sono superiori o prossimi a 200 ogni mille abitanti, nonostante anche in queste Regioni si registri «un importante processo di de-ospedalizzazione». Sostanzialmente stabile risulta poi la degenza media, ferma a 6,7 giorni, con differenze regionali che oscillano tra i 6,26 giorni della Campania e i 7,76 giorni della Provincia Autonoma di Trento. Mentre la degenza media pre-operatoria, considerata un indice dell'efficienza organizzativa delle strutture, rimane praticamente stabile (1,97 giorni nel 2008, contro 1,99 giorni nel 2007). I valori più elevati si registrano nel Lazio (2,59 giorni), nel Molise (2,58) e in Liguria (2,47), quelli più bassi, invece, si osservano nelle Marche (1,37) e in Friuli Venezia-Giulia (1,53).

Sostanzialmente stabili anche i tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco, considerati dei validi indicatori per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale. In leggera diminuzione, infine, è l'incidenza dei parti cesarei, in Italia particolarmente diffusi. La percentuale sul totale dei parti è pari al 38,3 per cento, contro il 38,5 per cento del 2007. I valori massimi si registrano in Campania (61,9%), Sicilia (52,9%) e Puglia (47,9%).

NUMERI

12 milioni

Sono stati 12 milioni i ricoveri all'interno dei confini nazionali nel corso del 2008. Le degenze in strutture ospedaliere diminuiscono. Risultano essere infatti l'1,7 per cento in meno rispetto all'anno precedente

76 milioni

Sono state 76 milioni le giornate di degenza, un valore inferiore dello 0,9 per cento rispetto al 2007. Fanno eccezione a questa tendenza i reparti per i lungodegenti che accrescono il numero delle dimissioni, con un incremento del 3 per cento e quelle per i neonati sani che segnano un incremento del 2,2 per cento

1,97 giorni

La degenza media pre-operatoria, considerata indice dell'efficienza delle strutture, rimane praticamente stabile (1,97 giorni nel 2008, contro 1,99 giorni nel 2007). I valori più elevati si registrano nel Lazio (2,59 giorni), nel Molise (2,58) e in Liguria (2,47), quelli più bassi, invece, nelle Marche (1,37) e in Friuli Venezia-Giulia (1,53)

38,3 per cento

In diminuzione l'incidenza dei parti cesarei, in Italia particolarmente diffusi. La percentuale sul totale dei parti è pari al 38,3 per cento, contro il 38,5 per cento dell'anno precedente, il 2007. I valori massimi si registrano in Campania con una percentuale del 61,9 per cento, Sicilia (52,9 per cento) e Puglia (47,9 per cento)



Stati Uniti. Raggiunti in senato i 60 suffragi per mandare al voto, dopo mesi di stallo, il provvedimento di riforma

Sulla sanità primo sofferto sì a Obama

SUL FILO DI LANA

Il capogruppo democratico, Reid, è riuscito a convincere i tre compagni di partito più recalcitranti a non bloccare il pacchetto

Mario Platero

NEW YORK. Dal nostro corrispondente

Harry Reid ce l'ha fatta: è riuscito a mettere insieme all'ultimo istante la maggioranza di 60 voti necessari a vincere il voto procedurale che autorizza il dibattito sulla riforma sanitaria. Il dibattito di ieri sulla mozione è stato epico, durato tutta la giornata, in un'insolita discussione di sabato, per poi andare al voto nella tarda nottata. Poche ore prima la leadership del senato guidata appunto da Reid aveva annunciato di aver avuto l'ok dell'ultimo senatore democratico ancora incerto, Blanche Lincoln, dell'Arkansas. Con tutti e 58 i democratici al senato a bordo, più due indipendenti che avevano già aderito alla mozione sul dibattito, Reid ha raggiunto la soglia critica dei 60 voti.

Anche se il voto di ieri è stato solo procedurale, per avviare il dibattito sul pacchetto piuttosto che per approvare il pacchetto, è comunque chiave. I 60 voti di ieri infatti impediranno durante la seconda parte dell'iter parlamentare il ricorso all'ostruzionismo da parte dell'opposizione. A questo punto, per passare il pacchetto forse entro le prossime tre settimane, Reid avrà bisogno soltanto della maggioranza semplice (51 voti), molto più agevole da mettere insieme. E potrà liberare alcuni compagni di partito che si confrontano con appuntamenti elettorali difficili per il novembre del 2010. Blanche Lincoln, dell'Arkansas ad esempio, resisteva proprio per non aggiungere rischi ulteriori alla sua candidatura già debole. E il problema

non riguarda soltanto lei.

I repubblicani infatti hanno prodotto spot televisivi in cui attaccano i senatori democratici in maggiore difficoltà guardando all'appuntamento elettorale del prossimo novembre 2010 criticandoli proprio per aver appoggiato il piano per la riforma sanitaria. Si aggiunga che la conferenza dei Vescovi americani si è mobilitata con tutta la sua potenza per riaccendere le polemiche sull'aborto che quasi fece dragliare il passaggio alla Camera. Ma Reid è riuscito nella notte tra venerdì e sabato a convincere prima due dei tre senatori democratici incerti, Mary Landrieu della Louisiana e Bob Nelson, del Nebraska, poi, ieri, si è unita la Lincoln. Come succede in questi casi, la partita diventa di scambio: la Landrieu ha dato il suo ok dopo aver ottenuto da Reid che nel pacchetto fossero 100 milioni di dollari per l'assistenza medica ai più poveri (Medicaid) in Louisiana. Il capo della maggioranza al senato si è così aggiudicato tutti e 58 i senatori democratici più gli altri due voti indipendenti fra cui il senatore Joe Lieberman ex candidato alla vicepresidenza con Al Gore. Non vi sarà però l'adesione di nessun repubblicano: Susan Collins, del Maine, sembrava disponibile ma si è tirata indietro.

La strategia di Reid è semplice, dopo aver ottenuto l'ok dei democratici "deboli" li libererà per il voto finale che richiederà solo una maggioranza di 51 voti. In quel modo i senatori democratici potranno rivendicare durante la campagna di aver votato sì per un semplice dibattito in nome della democrazia, ma di essersi poi opposti al pacchetto di riforma. Sia Nelson che Lieberman ad esempio hanno già detto che voteranno no se il pacchetto non verrà cambiato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La rinascita del biotech

Sembrava sconfitto dalla crisi, invece in America il venture capital torna sul settore

Rustichelli a pagina 29

Solo un anno fa, su 370 imprese la metà aveva un'autonomia di cash pari a pochi mesi: oggi sono tutte di nuovo super capitalizzate e agguerrite

America, la rinascita del biotech

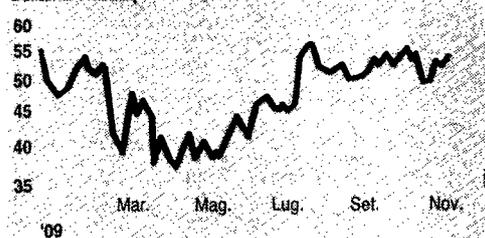
La Human Genome Sciences ha guadagnato il 4.000% in Borsa da marzo ad oggi, la Vanda Pharmaceuticals il 2500, la Jazz Pharma il 1500: intanto il venture capital che si era dissolto con la crisi finanziaria torna ad affluire copiosamente sulle aziende più innovative

I CASI AL NASDAQ

Nei grafici l'andamento al Nasdaq di alcune aziende biotech americane: tutte sono considerevolmente salite negli ultimi mesi

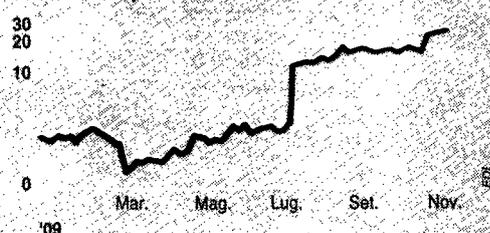
CELGENE IN BORSA

Dollari al Nasdaq



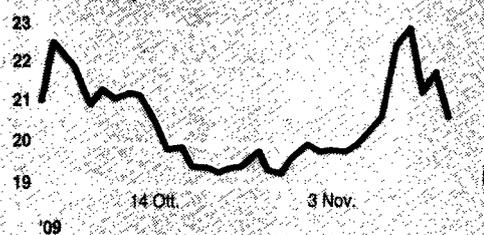
HUMAN GENOME SCIENCES IN BORSA

Dollari al Nasdaq



TALECRIS IN BORSA

Dollari al Nasdaq



ANDREA RUSTICHELLI

Un raggio di sole per il comparto delle biotecnologie, dopo il grande diluvio. Ritornano sul mercato diverse imprese che rischiavano l'estinzione: le loro azioni riprendono quota o s'involano letteralmente (è il caso delle aziende Vermillion o Human Genome Sciences). Ma se si segnalano incoraggianti rispetto al pessimismo tombale di qualche mese fa, suffragato da bancarotte e sospensioni dei titoli, l'arcobaleno non è ancora arrivato. Il problema resta quello dei fondi. Appena un anno fa, certe del naufragio, le principali organizzazioni di settore, la statunitense Biotechnology Industry Organisation e la britannica Bioindustry Association, chiedevano a gran voce un deciso inter-

vento dei governi, a suon di tax credits. Spiega Gary Waanders, analista della Nomura: «Appena le aziende biotecnologiche mostrano debolezza nei bilanci vengono semplicemente crocifisse». Lo scorso inverno lo scenario appariva popolato da zombie. Secondo l'associazione statunitense di settore, su 370 piccole aziende la metà aveva un'autonomia di cash inferiore a un anno. Per 70 di esse, poi, un'azione valeva meno di 1 dollaro. In un simile

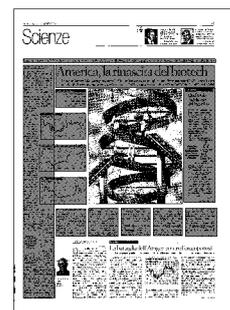
contesto, impossibile vedere nuovi business fare capolino.

Ma i segni della ripresa sono ora innegabili, e così 50 compagnie, le cui azioni erano scese sotto il dollaro, scambiano adesso i loro titoli per almeno 2 dollari. Trenta aziende hanno ripreso consistenza, con una capitalizzazione che supera i 100 milioni di dollari (13 scavalcano la soglia dei 200 milioni). E 10 industrie hanno visto un incremento del loro prezzo sui listini del 1.000% o molto più. Alcuni casi hanno dell'incredibile: la Human Genome Sciences ha guadagnato il 4.000% in Borsa da marzo ad oggi, la Vanda Pharmaceuticals il 2500, la Jazz Pharma il 1000. Intanto il *venture capital* che era sparito in concomitanza con la crisi finanziaria e il credit crunch torna invece ad affluire senza più riserve sulle aziende più innovative, e si ri-

Il problema è che al settore servono forti investimenti e il ritorno è incerto

lancia l'interesse di Big Pharma, alle prese con strategie da reinventare: è recentissima l'operazione da 1 miliardo di dollari del gigante Johnson & Johnson, che ha acquisito Cougar Biotechnology, piccola azienda di Los Angeles specializzata in oncologia (con un farmaco in avanzata sperimentazione per il cancro alla prostata). La Talecris è stata da poco quotata con una capitalizzazione iniziale di 950 milioni.

La storia delle società biotech è costellata di colpi di scena: e gli investitori hanno la memoria lunga. Fatale fu il destino della British Biotech: il capitale azionario superava i 3 miliardi di dollari, prima della polverizzazione alla fine de-



gli anni '90 (un crollo del 90%), che la portò alla svendita. Per non parlare di PPL Therapeutics, la compagnia che clonò la pecora Dolly nel 1996: cinque anni dopo fu costretta a cedere quella tecnologia dagli alti costi e dalla resa incerta. Un'industria strutturalmente precaria e imprevedibile, con investimenti ad altissimo rischio. Il suo lievito è la ricerca pura, che non sempre porta a risultati remunerativi. «È un'industria dove i prodotti richiedono un'enorme quantità di denaro liquido», afferma Clive Dix, capo della Bioindustry Association. «I fondi che la nutrivano si sono prosciugati con la crisi, perciò abbiamo capito che molte aziende sono guardate dai finanziatori come troppo rischiose».

Secondo gli analisti gli spiragli dell'annunciata ripresa non dipendono troppo da mutate condizioni di sistema. L'elemento decisivo sarebbe ben più imponderabile: fortuna. Ovvero test clinici che producono buoni esiti e, soprattutto, il placet della temutissima Fda (l'ente governativo Usa, Food and Drug Administration): è successo al farmaco Benlysta della Human Genome Sciences (che qualche mese fa valeva mezzo dollaro ad azione e vede ora i propri titoli quotati a 19,50 con una capitalizzazione schizzata a 3 miliardi), è accaduto alla Vanda Pharmaceuticals che sicura di ottenere presto il via libera della Fda al suo prodotto antipsicotico ha venduto i diritti sul farmaco a Novartis, ed è successo alla Jazz Pharma dopo che i test clinici hanno mostrato che il suo prodotto per la narcolessia, Xyrem, può essere usato anche per i dolori cronici accompagnati da disturbi del sonno e dell'umore.

IL CASO

Quel titolo "schizzato" del 18.000%

Il caso più clamoroso in assoluto di boom del valore azionario è quello di Vermillion, una piccola società californiana che si occupa dello sviluppo di test diagnostici e che era finita addirittura in Chapter 11, il noto meccanismo di amministrazione controllata del diritto fallimentare Usa.

Dall'inizio dell'estate le sue azioni sono schizzate

da 0,01 dollari a 18 dollari. È un aumento del 18.000%.

La Vermillion, quotata al Nasdaq, è salita in pochi mesi da un centesimo a 18 dollari

Cos'è successo? Che la FDA

ha approvato un suo nuovo test (OVA1) che permette di determinare le probabilità che i tumori alle ovaie siano maligni. E pensare che per resistere nello stato di crisi, tutto il management dell'azienda si era dimesso e aveva continuato a lavorare in regime di consulenza, lasciando in busta-paga solo tre dipendenti. Inutile dire che ora le assunzioni sono riprese.

(a.r.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

La battaglia dell'Amgen contro l'osteoporosi

La campagna punta tutto sul denosumab, un anticorpo monoclonale che stimola la ricostituzione ossea

SILVIA MARIA BUSETTI

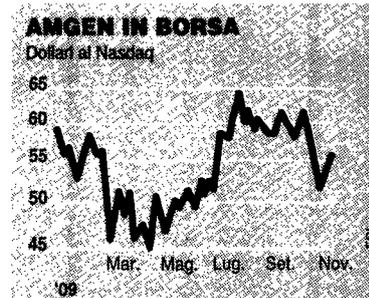
Denver

Dopo mesi di speculazioni, di affermazioni poi smentite e poi controsmenite, è arrivata la precisazione più autorevole: la Amgen, maggior gruppo biotech del mondo, quartier generale in località Thousand Oaks nella Ventura County dalle parti di Los Angeles, resterà indipendente. L'ha confermato lo stesso Kevin Sharer, Ceo di Amgen, durante il 31° congresso internazionale dell'American Society for Bone and Mineral Research. Con l'occasione, Sharer è tornato ad augurarsi che la Fda dia presto la sua approvazione alle vendite del denosumab, un farmaco "anti-risorbitivo" contro l'osteoporosi che dovrebbe fruttare un miliardo di dollari l'anno di vendite (la Amgen, nata con il nome di Applied Molecular Genetics nel 1980 e quotata dall'83, ha fatturato nel 2008 poco meno di 15 miliardi con 3,1 di utile netto) ma secondo alcune fonti indipendenti potrebbe valerne fino a cinque.

È stato già scelto il nome, Prolia, per il nuovo farmaco, che getta le sue radici agli anni '90 quando Amgen scoprì che le cellule osteoclastiche rilasciano un fattore che si chiama *rank ligando*. Gli osteoclasti sono i responsabili del riassorbimento osseo. Denosumab è uno dei primi farmaci costruiti appositamente per contrastare una molecola: anticorpo monoclonale completamente umano, Denosumab riconosce il *rank ligando* e lo

blocca. La Fda ha preso ancora tempo ma non ha chiesto nuove analisi: evidentemente sono sufficienti le tre fasi di sperimentazione già completata di cui l'ultima su un campione di 7800 donne in postmenopausa tra i 60 ed i 90 anni. Durante lo studio, alle pazienti sono state somministrate iniezioni sottocutanee di 60 mg di Denosumab ogni sei mesi, associato ad una dose giornaliera di calcio e vitamina D. Le donne trattate con Denosumab hanno registrato aumenti significativi della densità minerale ossea BMD (l'8,8% nella colonna lombare e il 6,4% nell'anca totale) e la riduzione del 68% del rischio di frattura vertebrale e del 40% di rischio di frattura dell'anca. Denosumab non avrebbe importanti effetti collaterali se non alcuni effetti cutanei, da ipersensibilità ai farmaci e allergie e non sono stati riportati casi di osteonecrosi della mascella.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Regione valorizzerà le ricerche biomediche

Accadrà grazie ad un accordo raggiunto con gli atenei di Firenze, Pisa e Siena che cederanno all'ente pubblico, in cambio di importanti finanziamenti, i brevetti scientifici frutto del lavoro dei ricercatori. «Ben venga questo aiuto che permetterà di sperimentare e lanciare sul mercato le nostre scoperte»

LAURA MONTANARI

Firenze

tre atenei toscani cedono i loro brevetti nel settore biomedico alla Regione e in cambio ricevono otto milioni di euro a testa Pisa e Siena, nove milioni Firenze. Si parte così, in via sperimentale, per un anno con l'adesione delle quattro aziende ospedaliere Careggi, Meyer, Santa Chiara e Le Scotte. Poi si studieranno eventuali aggiustamenti. L'accordo, unico del genere in Italia, è una sperimentazione interessante sotto il profilo del trasferimento tecnologico della ricerca sul territorio. Il "matrimonio" fra la Toscana e le

Al piano hanno aderito anche le quattro aziende ospedaliere

sue accademie è d'interesse, reciproco. «Noi vogliamo offrire strade sul mercato alla ricerca scientifica perché non si disperda — spiega l'assessore alla Sanità, Enrico Rossi — Vogliamo approdi in aziende farmaceutiche o biomediche. La sperimentazione per l'innovazione costituisce uno degli elementi fondamentali dell'ultimo piano sanitario regionale».

In queste settimane ciascun ateneo fornisce a uno speciale ufficio che si chiama di «Valorizzazione della Ricerca» e che è stato allestito dalla Regione, i brevetti che possiede nel settore della medicina e in tutto il comparto biomedico: Siena per esempio ne ha consegnati di recente un'ottantina, trenta Pisa, trentotto Firenze. «Noi abbiamo presentato le domande di brevetto internazionale per esempio su una nuova molecola antitumorale o su alcuni antivirali contro l'Hiv», spiega Roberto D'Amico dell'università di Siena. «Firenze ha una prevalenza di brevetti biomedici — sottolinea Gianfranco Gensini, preside della facoltà di Medicina — ce ne sono di innovativi nell'approccio alla terapia come uno che utilizza agenti in grado di reagire alla luce per circoscrivere l'effetto di un farmaco a una zona limitata, quella dei tessuti aggrediti dalla malattia. Ci sono altri studi che propongono, ad

esempio, sensori particolari per le bende usate in chirurgia. Non necessariamente riguardano ricercatori di Medicina, ma coinvolgono ingegneri, chimici e fisici. In passato un ricercatore si poneva il problema della scoperta e della sua pubblicazione ma poi finiva lì, le strade si interrompevano. Oggi è diverso, vogliamo che ci sia un'applicazione di quella scoperta, e questo accordo va proprio in quella direzione».

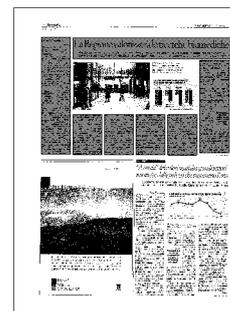
La Regione analizzerà in queste settimane i brevetti e farà una prima selezione, poi cercherà di trovare industrie interessate ad adottarli per una qualche sperimentazione: intorno alla metà di dicembre l'assessore convocherà gli stati generali della ricerca biomedica in Toscana e pubblicherà in un volume la mappa delle scoperte realizzate nei laboratori. «Per far conoscere quello che abbiamo a disposizione — prosegue Rossi — utilizzeremo anche Toscana innovazione, un fondo nato nel 2007 per aiutare le imprese nello start up e a cui partecipano Regione, camere di commercio e banche».

Un ruolo importante in questa operazione che tenta non soltanto di essere una cerniera fra innovazione scientifica, ricerca e mercato, ma di dare una spinta alla sperimentazione attraverso la conoscenza, lo avrà Toscana Life Science, la Fondazione di cui fanno parte istituzioni locali e le cinque università presenti sulla regione (oltre ai tre atenei generalisti, il Sant'Anna e la Scuola Normale). «L'accordo può avere un'importanza davvero strategica — spiega il rettore dell'università di Pisa Marco Pasquali — da qui può nascere una nuova idea di sviluppo anche perché, molti non sanno, ma nella provincia di Pisa ci sono investimenti altissimi nella ricerca, c'è un tessuto di piccole e medie aziende di eccellenza. Il protocollo impegna l'area biomedica a mettere a disposizione i risultati degli studi e la Regione a valorizzarli». E' un investimento sul futuro e una speranza in più per il binomio medicina — salute.

«L'università non si può occupare della collocazione sul mercato delle sue scoperte, servono competenze e uffici di

marketing — dice ancora Gensini — noi non abbiamo gli strumenti adatti, non è nemmeno la nostra mission, quindi ben venga l'aiuto della Regione. Anche perché porsi il problema di una immediata ricaduta dell'innovazione sulla salute è una cosa importante per la società in generale». Il 50% del brevetto passerà dall'ateneo alla Regione, mentre l'altro 50% resterà nelle mani di chi ha firmato la scoperta. La Toscana ha investito poi 16 milioni di euro per bandi sulla ricerca farmaceutica e biomedica: le domande ricevute per progetti in cerca di finanziamento sono ben 280, segno di un grande bisogno in zona ma anche della vivacità del settore.

Da una nuova molecola antitumorale a interessanti antivirali contro l'Hiv



“Farmacologia di rete” per combattere le malattie più gravi Il biologo Giuliani: «Sconfiggere i virus integrando i saperi»

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

Fare rete. Uno slogan spesso utilizzato per indicare come dall'interazione tra diversi attori si possa ottenere una miglior gestione di fenomeni complessi. A questa impostazione non sfugge la ricerca farmacologica più avanzata, che ha ormai compreso come la ricerca di un medicinale che intervenga su un singolo meccanismo patologico non sia spesso in grado di offrire risposte terapeuticamente valide. Di qui la necessità di puntare su una farmacologia di rete o *network pharmacology* che intervenga sulle malattie considerandole fenomeni complessi, che esigono quindi un attacco concentrato, su più fronti, di «rete» appunto. «Ridurre la ricerca di rimedi alle malattie all'individuazione di un gene responsabile o di un recettore da colpire ha funzionato per le malattie acute, ma non per quelle croniche che sono l'emergenza del nostro tempo» osserva il biologo statistico Alessandro Giuliani, che ieri all'Istituto superiore di sanità (Iss), con il presidente Enrico Garaci, ha introdotto il convegno sulla *network pharmacology*, organizzato in collaborazione con la Fondazione Sigma-Tau. Giuliani, primo ricercatore all'Iss, spiega: «Tre anni fa un articolo apparso su "Nature" metteva in luce quello che molti ricercatori avevano già notato. Nonostante l'e-

splodere delle nostre conoscenze scientifiche grazie alla decifrazione del genoma umano, le applicazioni in campo farmacologico sono state scarse. Abbiamo farmaci per circa 130 recettori, per lo più noti fin dagli anni Sessanta. Con la genomica ne sono stati scoperti circa 16mila ma sono connessi in rete: non basta agire su uno solo per avere effetti terapeutici». Di qui la necessità di adottare un approccio innovativo: «È stato osservato che gli elementi di un sistema biologico si scambiano informazioni e sono in grado di avviare all'attacco rivolto a un singolo componente, modificando la loro struttura di legame e mettendo in atto meccanismi compensativi. Del resto - osserva ancora Giuliani - anche l'aspirina non agisce su di un singolo recettore ma modifica le condizioni microambientali del sistema». Una tipica malattia del microambiente è il cancro: «È ormai provato che uccidere la cellula tumorale è facile, ma che le condizioni microambientali (caratteristiche chimico-fisiche locali, presenza di segnali biochimici, ecc.) favoriscono la ricomparsa del tumore: occorre quindi considerare il tessuto come un sistema integrato. Per intraprendere una nuova strada e uscire dai vicoli ciechi si devono superare gli steccati della iperspecializzazione».



Sanità Al via le verifiche imposte dall'Ue sui preparati ad altissima diluizione: è già polemica

Gli omeopatici saranno veri farmaci?

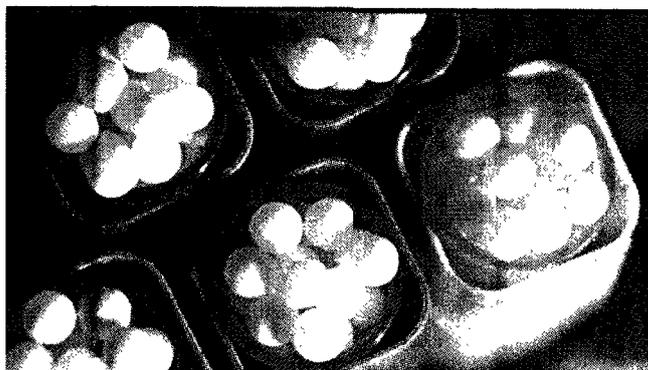
Potranno ottenere una patente di «qualità», simile a quella dei medicinali. Dimostrando solo di essere innocui

di Franca Porciani Servizi a pagina 49

Sanità I Paesi membri devono certificare che i preparati della medicina ad altissima diluizione siano innocui e standardizzati

I farmaci omeopatici avranno la «patente»?

L'Unione europea impone una nuova normativa. E in Italia scoppia la polemica



Gli Italiani che scelgono l'omeopatia

83%

17%

I fedelissimi

La integrano con terapie convenzionali

Il confronto con gli altri

Stati Uniti	18%
Germania	27%
Francia	40%

IRWIN ALLAS

L'Agenzia italiana del farmaco, l'Aifa, avrà un bel da fare: si è messa in moto per affrontare un problema che Bruxelles ci chiede di risolvere. L'Unione europea preme per una uniformità nelle regole per la messa in commercio dei prodotti omeopatici («prodotti» per chi nega loro capacità terapeutiche, «medicinali» per chi crede nei principi enunciati da Samuel Hahnemann). Indubbiamente il lavo-

ro che l'ente si trova di fronte oggi è mastodontico: dovranno essere passati al vaglio più di trentamila prodotti.

D'altra parte un'armonizzazione sembra necessaria: oggi in Europa, Paese che vai soluzione che trovi, con una grande disomogeneità di pratiche regolatorie che trova spazio nelle maglie delle complesse leggi quadro europee, le cosiddette direttive.

Succede così che nel giu-

gno di quest'anno nel Regno Unito la Mhra (*Medicines and healthcare products regulatory agency*) l'equivalente della nostra Aifa, abbia licenziato come farmaco, per la prima volta nella sua storia, un medicinale omeopatico a base di Arnica, le cui indicazioni sono traumi e contusioni. Non più prodotto per cui basta la



procedura di registrazione semplificata, ma un «vero» farmaco che impone la presentazione di un dossier completo, fino alle prove di efficacia sul paziente.

Accade anche che certi preparati omeopatici, come l'*Oscilloccocum*, molto utilizzato per le malattie da raffreddamento, siano in commercio «arricchiti» di indicazioni terapeutiche in certi paesi europei come la Germania e la Francia, grandi consumatori di boccette dinamizzate, e che le stesse indicazioni siano negate in altri, come la Spagna e l'Italia, appunto.

Ma torniamo al lavoro dell'Aifa. Quello che l'Europa ci chiede, o meglio impone, non è la dimostrazione di un'efficacia terapeutica di questi prodotti che per definizione hanno un grado di diluizione tale da garantirne un effetto farmacologico nullo, ma che venga esibita una documentazione capace di attestarne l'assenza di rischi per i consumatori.

Ovvero che il «prodotto» sia stato preparato da materiali di partenza sicuri e con metodi di cui siano noti le modalità e i criteri di standardizzazione, come viene fabbricato, in sostanza. E la procedura di «registrazione semplificata» che ne certifica la qualità per la messa in commercio. Ma è giusto che di questo lavoro di tutela del consumatore si sia fatta carico l'Emea, l'ente che regola i farmaci a livello europeo, e che di conseguenza se ne debbano occupare le Agenzie nazionali?

Per chi crede che l'omeopatia sia frutto dell'illusionismo, un impegno del genere è tempo buttato via rispetto a più «aulici» compiti; per chi ritiene che si tratti di una medicina con strumenti curativi diversi da quella allopatrica, ma altrettanto efficaci, è un tentativo maldestro di metterla sotto tutela. Il noto farmacologo Silvio Garattini, mette sotto accusa l'Europa per questa iniziativa, il medico omeopata Elio Rossi sottolinea, invece, che il medicinale omeopatico non è «acqua fresca».

Franca Porciani

fporciani@corriere.it

Un lavoro sul nulla, che è spreco di risorse

di SILVIO GARATTINI*



Fondatore e direttore dell'Istituto Negri di Milano ha ricoperto molte cariche istituzionali. È membro dell'Emea.

La burocrazia europea ha disposto che anche i prodotti omeopatici siano sottoposti ad una forma di valutazione e per di più da parte delle istituzioni che sono preposte alla valutazione dei farmaci. Che cosa siano questi prodotti lo dice la legge europea, recepita anche dalla legislazione italiana: il prodotto omeopatico ha un grado di diluizione tale da garantirne l'innocuità; in ogni caso, il medicinale non può contenere più di una parte per diecimila di tintura madre, né più di 1/100 della più piccola dose dei principi attivi la cui presenza in un farmaco comporta l'obbligo di presentare una ricetta medica.

Si tratta di una dizione che lascia interdetti perché delle due l'una: o i farmaci che si impiegano in medicina sono utilizzati a dosi 100 volte superiori a quelle attive, oppure si vuole essere sicuri che i prodotti omeopatici non abbiano alcuna attività, un vero e proprio insulto all'intelligenza! Infatti la legge prosegue dicendo che i prodotti omeopatici «non devono vantare in qualsiasi modo indicazioni terapeutiche».

Com'è possibile? I farmaci non devono essere somministrati a caso, devono avere effetti specifici: nessuno si sognerebbe di usare un farmaco anti-ipertensivo per curare una polmonite o un antibiotico per controllare l'ipertensione. Evidentemente, invece, tra i prodotti omeopatici uno vale l'altro e si possono scambiare tranquillamente. Ciò è certamente possibile, perché nella maggior parte dei prodotti omeopatici — quelli ad alta diluizione — non sono presenti neppure poche molecole di un principio attivo e si potrebbe spostare le

etichette a piacere senza che nessuna analisi sia in grado di rilevarlo. Chiaramente, poiché molti di questi prodotti non contengono nulla, l'unica proprietà che si può utilizzare è il loro effetto placebo, cioè un'azione aspecifica che sfrutta soprattutto la suggestione delle persone.

Che tutti questi prodotti debbano passare attraverso la valutazione delle Agenzie regolatorie — l'Aifa in Italia dovrebbe valutarne oltre trentamila! — è certamente uno spreco di risorse umane che vengono distratte da attività utili ai pazienti. È anche inopportuno che l'esame da parte di commissioni scientifiche implicitamente legittimi prodotti senza alcun fondamento scientifico; questo determinerà indubbiamente un danno per i pazienti che saranno esposti all'uso di prodotti inefficaci quando invece esistono farmaci che possono migliorare i sintomi o curare la loro malattia. Infine, si creerà grande discrepanza fra prodotti omeopatici, che potranno entrare in commercio con procedure semplificate, e prodotti farmaceutici, che devono invece sottoporsi a lunghi e costosi percorsi prima di poter entrare sul mercato. La salute pubblica non può proprio esserne felice!

* direttore Istituto M.Negri, Milano

Molti di questi preparati non contengono nulla. L'unica proprietà terapeutica è l'effetto placebo, cioè la suggestione



Ateneo e sbarchi

L'UNIVERSITÀ
MULTIPLICA
LE MATERIE:
ORA SONO 180.000

La giungla Insegnamenti suddivisi in più parti, troppe prove da sostenere per conquistare pochi «crediti»

Il ministro La battaglia della Gelmini contro l'inefficienza e i punti attribuiti grazie a una poco chiara «esperienza nel mondo del lavoro»

L'università delle 180 mila materie

I presidi nominano sempre più professori a contratto
E gli studenti si perdono: due su tre sono fuori corso

Ateneo (a.a. 2007-2008)	Studenti totali	Studenti equivalenti regolari *	% del totale	Studenti totali che non hanno superato esami	% del totale
Bari	53578	13471	25,1	17306	32,3
Bologna	74400	28530	38,3	17114	23
Firenze	51379	15307	29,8	11268	21,9
Cagliari	30538	6010	19,6	7330	24
Cassino	10639	2451	23	2875	27
Lecce	24059	5252	21,8	6830	28,3
Messina	31536	6297	19,9	9380	29,7
Milano	50289	19525	38,8	12608	26
Napoli Federico II	80797	22929	28,3	21283	26,3
Pisa	39340	9984	25,3	19409	49,3
Palermo	56522	8140	14,4	14506	25,6
Reggio Calabria	9391	1764	18,7	2530	26,6
Roma La Sapienza	108979	25938	23,8	37173	34,1
Salerno	36129	8918	24,7	8568	23,7
Teramo	7896	1726	21,8	2918	36,9

* numero teorico di studenti in regola in base al numero dei crediti ottenuti e degli esami superati
Fonte: Comitato nazionale valutazione sistema universitario

CDS

di **SERGIO RIZZO**

Per capire che qualcosa non va non serve davvero una laurea. Neanche una di quelle brevi introdotte esattamente dieci anni fa dalla riforma degli Atenei voluta dal governo di centrosinistra. È infatti sufficiente dare una rapida occhiata a una pagina nuova di zecca, tanto da risultare ancora «in fase di

realizzazione», della banca dati su Internet del Comitato nazionale per la valutazione del sistema universitario.

Sapete quanti sarebbero, calcolando il loro numero teorico in base ai crediti assegnati e alle prove superate, gli studenti perfettamente in regola con gli esami? Non più di un terzo.

Esattamente 514 mila 539, il 33% del milione e 558 mila 997 che nell'anno accademico 2007-2008 risultavano iscritti in tutta Italia ai corsi di laurea di primo livello, ovvero quelli triennali e a ciclo unico (con-

siderando anche le lauree specialistiche e quelle del vecchio ordinamento gli studenti universitari in Italia erano l'anno scorso un milione e 806 mila 056). Si potrebbe arrivare alla conclusione che l'Italia sia



diventata la patria dei somari. Oppure dei lavativi. E che nelle università statali, soprattutto meridionali, gli studenti battano particolarmente la fiacca. Qualche esempio? A Bari il numero degli studenti teoricamente in perfetta regola (l'indicatore messo a punto dal Comitato li definisce «studenti equivalenti regolari») è appena il 25,1% del totale, a Salerno il 24,7%, a Cassino il 23%, a Cagliari il 19,6%, a Reggio Calabria il 18,7%, a Palermo soltanto il 14,4%. Ma da questo a sostenere che sia tutta colpa degli universitari, ce ne corre. Che la riforma con la quale il vecchio ordinamento degli studi è stato diviso in due (le cosiddette lauree brevi triennali e le lauree specialistiche biennali) fosse un flop clamoroso era chiaro fin dall'inizio. Nonostante questo in dieci anni di continui ritocchi, si è riusciti, se possibile, a peggiorare ancora le cose. Dice il ministro attuale Mariastella Gelmini in una circolare spedita ai rettori il 4 settembre scorso, giusto al ritorno dalle vacanze estive: «La concreta attuazione della riforma non ha prodotto finora tutti i risultati attesi».

Evviva la sincerità. Aggiunge che la percentuale di ragazzi che si iscrivono all'università è tornata sotto il 70%. Che il tasso d'abbandono dopo il primo anno è rimasto identico: 20%. Che gli studenti fuori corso «sono in costante aumento e tale aumento appare in accelerazione». Che i corsi sono lievitati in maniera abnorme, incrementandosi del 32% in sette anni. Che le sedi periferiche sono proliferate in modo esasperato, al punto che in 70 sedi c'è un solo corso e in altre 30 appena due. Che i costi, soprattutto, sono saliti alle stelle: sottolinea Mariastella Gelmini che fra il 2001 e il 2006, periodo che sostanzialmente coincide con la gestione ministeriale della sua collega di schieramento politico Letizia Moratti, oggi sindaco di Milano, la spesa del personale e del funzionamento delle università è aumentata del 23,4 per cento. Poco meno di un quarto, senza che la qualità dell'istruzione sia minimamente mi-

gliorata.

Troppo, per non sospettare che i ministri di turno non abbiano mai letto con attenzione i rapporti del Comitato per la valutazione dell'università, dove queste cose vengono denunciate da anni. E dove si indicano con sconcertante lucidità le patologie del sistema. Se infatti l'interpretazione anarchica della riforma del 1999 ha generato una moltiplicazione insensata dei corsi di laurea, questo è niente in confronto a quello che è successo per gli insegnamenti, cioè le materie di studio. Erano 116 mila 182 nel 2001-2002, sono saliti a 180 mila 001 nel 2006-2007. Nell'università italiana c'è un insegnamento per ogni dieci studenti iscritti. Ma considerando che gli iscritti «in corso» sono un milione 73 mila 339, la proporzione scende a un insegnamento per sei studenti. Un fenomeno, sostiene il Comitato, avvenuto «senza un'apparente logica obiettiva» che ha avuto un impulso massimo nelle facoltà di Sociologia e Medicina.

Se però questo avesse comportato un miglioramento dell'efficienza universitaria e della preparazione degli studenti, niente da dire. Il fatto è che ha provocato il contrario, grazie a una follia chiamata «crediti formativi». La legge stabilisce che per conseguire la laurea triennale, il cui obiettivo iniziale era quello di abbreviare il percorso formativo per consentire ai giovani un ingresso più rapido nel mondo del lavoro, sia necessario accumulare 180 crediti: 60 l'anno. Ma un decreto dice pure che non si possono fare più di 20 esami. Diversamente, che «laurea breve» sarebbe? Questo significa che ogni esame deve «valere» almeno nove crediti. È successo però che molti insegnamenti sono stati spaccettati fino all'inverosimile, con il risultato che per raggiungere i fatidici nove crediti è talvolta necessario seguire anche due o tre insegnamenti e sostenere i relativi «esami». Allora a che serve il tetto? «Il decreto non prescrive la riduzione delle materie, ma suggerisce esami integrati e altri escamo-

tage per abbassare il conto delle prove superate. Ad esempio, se si tratta di esami su insegnamenti scelti autonomamente, qualunque sia il numero, è come se fosse un solo esame», ha spiegato Alessandro Monti, autore di un recente saggio pubblicato da Gangemi editore dal titolo inequivocabile: *Indagine sul declino dell'università italiana*.

Basta pensare che dei 180 mila 001 insegnamenti attivi, ben 71 mila 038, quasi il 40% del totale, sostiene il Comitato, «hanno al massimo quattro crediti». Illuminante è una tabella contenuta nel rapporto più recente di quell'organismo, che spiega come i «crediti medi per insegnamento» siano 5,8, con un minimo di 4,2 per Sociologia, 4,4 per Medicina e un massimo di 7,8 per giurisprudenza. Questo significa che lo studente per risultare perfettamente in regola con il corso di studi deve sostenere un numero di esami anche doppio. Seguire il doppio delle lezioni, e pure comprare il doppio dei libri. D'altro canto, tanti insegnamenti diventano anche tanti incarichi da distribuire. Ecco chiarito come mai il numero dei docenti di ruolo sia aumentato del 20% in sette anni, passando dai 51 mila 191 del 2000 ai 61 mila 685 del 2008, ma soprattutto come quello dei professori a contratto, esterni agli atenei, sia cresciuto del 67%, da 20 mila 848 a 34 mila 726. Più spese, ma anche più potere per rettori e presidi e la possibilità, per i contrattisti, di scrivere «professore» sui biglietti da visita. Talvolta con qualche riflesso sulle parcelle professionali. E poi ci si stupisce che gli studenti in regola con gli esami siano così pochi?

Il capitolo dei crediti non si può archiviare senza un accenno ai crediti formativi riconosciuti a prescindere dagli esami sostenuti, soltanto in base a una dimostrabile esperienza accumulata nel mondo del lavoro. In qualche caso regali in piena regola ottenuti grazie a convenzioni con albi professionali, addirittura spezzoni della pub-

blica amministrazione e sindacati. Un mercato avviato anch'esso dalla riforma di dieci anni fa, che ha spesso superato il limite della decenza. Tanto che l'ex ministro Fabio Mussi aveva prescritto per decreto un tetto massimo di 60 al numero dei crediti formativi che le università potevano concedere sulla base del riconoscimento dell'esperienza. Questo ha ridotto, ma non certamente arrestato del tutto gli abusi.

Il 4 settembre Mariastella Gelmini ha scritto fra l'altro ai rettori di voler abbassare ulteriormente il tetto, portandolo da 60 a 30. Ma per fare quella operazione è necessaria una legge. Il tetto Mussi è stato infatti fissato con un decreto legge approvato nel 2006 e per cambiarlo bisogna avere il placet del Parlamento. In quella lettera l'attuale ministro, accanto ad altri propositi bellicosi per mettere un freno alla partenogenesi dei corsi e degli insegnamenti, annunciava appunto la presentazione di un apposito provvedimento alle Camere. Da allora sono passati 100 giorni.

Qualcuno l'ha visto quel disegno di legge?

Docenti esterni

Il loro numero è cresciuto del 67%. Più spese, ma anche più potere per chi ha la facoltà di assumerli

La riforma 10 anni dopo

Il tasso dei ragazzi che vanno all'università è tornato sotto il 70%. E l'abbandono dopo il primo anno è fermo al 20%



il problema **L'accesso ai farmaci resta un miraggio** **Fallirà anche l'obiettivo fissato dai G8**

DI DANIELE ZAPPALÀ

Almeno due terzi dei malati di Aids che avrebbero bisogno di cure, soprattutto in Africa, non accedono ancora ai trattamenti anti-retrovirali. E questa situazione suscita da mesi crescente inquietudine anche sullo sfondo di problemi di finanziamento in vista per il Fondo mondiale di lotta contro l'Aids, la tubercolosi e la malaria. In diversi Paesi, è stato già riscontrato un calo sensibile dei fondi disponibili. In Tanzania, sono stati tagliati di un quarto e le consegne di antiretrovirali non sono state più assicurate con regolarità neppure in Uganda e Malawi. Nel 2005, i Paesi del G8 si erano impegnati ad assicurare l'«accesso universale» agli antiretrovirali in Africa entro il 2010, ma è ormai quasi certo che si tratterà dell'ennesima promessa non mantenuta. L'attuale sistema internazionale di approvvigionamento non pare ancora capace di fronteggiare in modo durevole l'emergenza, anche perché gli accordi per la liberalizzazione dei brevetti di produzione delle triterapie hanno prodotto per il momento effetti limitati. Sempre più voci parlano anzi di un «suc-

cesso condannato». Queste disfunzioni paiono tanto più gravi dato che si sommano ai problemi tradizionali di accesso ai farmaci soprattutto in Africa. La più annosa problematica è al contempo d'ordine geografico e culturale. Da una parte, molte zone rurali restano ancor oggi fuori portata per i circuiti di circolazione dei farmaci. Ma è anche vero che proprio nelle zone rurali, ancor più che nelle città, la stigmatizzazione sociale verso i malati è talora tanto forte da inibire alla radice la stessa prospettiva della ricerca di cure adeguate. In molti Paesi africani e non solo, poi, i sistemi sanitari nazionali non svolgono il proprio ruolo in modo equo verso tutte le aree del territorio. I conflitti culturali o militari fra specifiche regioni e il cuore del potere si trasformano di sovente in una barriera invalicabile per la distribuzione dei farmaci. È il caso soprattutto in grandi Paesi popolosi ed etnicamente compositi come la Nigeria e la Repubblica democratica del Congo. Al contempo, tutto il continente conosce ormai in modo sempre più drammatico la piaga dei falsi farmaci.

