

## Rassegna del 20/11/2009

---

CONFIDENZE - Un disturbo intimo da curare - Pigorini Silvia

1

SALUTE! - Basta mal di pancia in quei giorni - Casassa Sara

2

# Un disturbo intimo da curare

Sono soprattutto stress e squilibri ormonali a provocare secchezza vaginale nelle giovani donne. Ma puoi prevenirla e combatterla così

di Silvia Pigorini

Siamo abituate a pensare che sia un problema tipico della menopausa. Invece, secondo gli ultimi dati dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi), questo disturbo intimo, che può compromettere la vita sessuale e favorire infezioni batteriche e da funghi, colpisce 13 milioni di italiane, di cui il 30% tra i 20 e i 39 anni e il 40% tra i 40 e i 49. «Durante l'età fertile, le pareti della vagina sono rivestite da uno strato mucoso alto e soffice, ben lubrificato, che protegge dallo sfregamento interno, soprattutto durante il rapporto sessuale» spiega Antonio Chiantera, segretario nazionale dell'Aogoi. «Talvolta, però, ci sono delle situazioni che impediscono una naturale lubrificazione. Per esempio, quando si è troppo stressate, dopo il

parto o durante l'allattamento». In genere, però, chi soffre di secchezza vaginale non sa da che cosa dipenda (vedi box) ed è molto riluttante a parlarne con il partner o con il medico. Inoltre, sono molte le donne che pensano che il disturbo sia dovuto alla mancanza di desiderio sessuale e si bloccano sempre di più. «È fondamentale sapere che esistono rimedi che aiutano a ristabilire una naturale secrezione» assicura la ginecologa Elena Mascolo. Ecco i suoi consigli.

✦ **Ovuli omeopatici:** alla calendula, alla propoli o alla malva, hanno un'azione decongestionante.

✦ **Gel e infiltrazioni:** per ridare turgore alla vagina sono utili i gel a base di acido ialuronico o di colostro. Se il disturbo è cronico, invece, si può ricorrere a infiltrazioni,

con piccoli aghi simili a quelli usati per la mesoterapia, sempre di acido ialuronico oppure di aminoacidi.

✦ **Antibatterici:** se la causa del disturbo è un'infezione (per esempio, la candidosi), si può ricorrere a tamponi interni a base di protargolo, una sostanza che usavano le nostre nonne e che ha un'azione antibatterica.

✦ **Ormoni omeopatizzati:** il Folliculum, per esempio, è ideale per ristabilire la lubrificazione quando la secchezza è causata da squilibri ormonali, come nei casi di ovaio policistico, gravidanza o allattamento.

✦ **Olio di iperico:** combatte pruriti e arrossamenti vaginali, ed è lubrificante.

✦ **Fermenti lattici:** utili per riequilibrare la flora batterica e, di conseguenza, combattere le infezioni. ❁

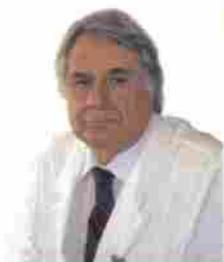


## LE CAUSE CHE NON TI ASPETTI

La secchezza vaginale, in età fertile, non ha solo cause psicologiche, come la mancanza di desiderio o lo stress eccessivo. Può dipendere anche dai medicinali (dalle terapie contraccettive orali, per esempio), da alcune infezioni vaginali e anche dall'uso di detergenti intimi troppo aggressivi o di assorbenti interni. La cosa importante è non sottovalutare mai il malessere e prenotare subito una visita ginecologica.

ENDOMETRIOSI COME SI RISOLVE IL DISTURBO CHE RENDE DOLOROSO IL CICLO

# Basta mal di pancia in quei giorni



IL NOSTRO ESPERTO

Prof. Annibale Volpe  
Medico ginecologo.

IN ITALIA NE SOFFRONO CIRCA TRE MILIONI DI DONNE IN ETÀ FERTILE, SPESSO CON SERIE RIPERCUSSIONI SULLA VITA SOCIALE. NON SEMPRE È FACILMENTE DIAGNOSTICABILE. PERÒ, UNA VOLTA INDIVIDUATA, SI PUÒ CURARE E ANCHE PREVENIRE

DI SARA CASASSA

**A**vete spesso mal di pancia? Ogni volta che arriva il ciclo soffrite e la causa non è ancora stata accertata? Potrebbe trattarsi di endometriosi. È una malattia molto diffusa tra le donne in età fertile (in Italia sono circa 3 milioni, 150 milioni in tutto il mondo) e non è facilmente diagnosticabile, se non attraverso degli esami mirati. Ma niente paura: si può curare e, in una certa misura, anche prevenire. Ce lo spiega il professor Annibale Volpe, direttore della Clinica di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Modena.

**1 QUALI SONO I SINTOMI DELL'ENDOMETRIOSI?** Sono molto vari, ma tra i più frequenti ci sono i dolori forti prima e durante le mestruazioni, a volte durante i rapporti, sanguinamenti irregolari. Nel 30% dei casi si ha anche infertilità. A volte però l'endometriosi non dà disturbi evidenti, tant'è vero che solo una parte delle donne che ne sono affette se ne rendono conto. La malattia può manifestarsi a qualunque età, ma soprattutto nelle donne intorno ai 30-34 anni e, in minore misura, tra quelle tra i 25 e i 29 anni.

**2 IN COSA CONSISTE?** Si parla di endometriosi quando un tessuto simile all'endometrio (cioè la membrana che riveste la superficie interna dell'utero) si forma e cresce non nella sua sede normale ma altrove: nell'ovaio, nelle tube, sulla superficie esterna dell'utero, ma anche in altri organi del basso addome, diversi dagli organi riproduttivi. Sono queste «crescite» anomale a causare il dolore i disturbi.

**3 COSA LA PROVOCA?** Non si sa con certezza: la teoria più accreditata è quella della mestruazione retrograda: durante il ciclo, una parte del tessuto endometriale invece di essere espulso, risale lungo le tube e si impianta nell'addome. La mestruazione retrograda è presente in tutte le donne, ma solo in alcune il tessuto endometriale riesce ad impiantarsi. Forse per difetti immunitari o ormonali.

**4 COME SI PUÒ DIAGNOSTICARE?** Già la visita ginecologica può far sospettare un'endometriosi. Con un'esame del sangue si individua il Ca125, una proteina che segnala, ma non sempre, la malattia. Una diagnosi più esatta si ha con un'ecografia. Ma un quadro preciso si ha solo con la laparoscopia, con uno strumento ottico che viene inserito nell'addome, in anestesia generale.

**5 COME SI CURA?** Per quanto riguarda i dolori, alcuni farmaci ormonali, tra cui la normale pillola contraccettiva, sono efficaci, ma solo se assunti per mesi. La terapia vera e propria, in realtà, è solitamente chirurgica. L'intervento viene fatto il più delle volte in laparoscopia, come nella diagnosi. Solo che oltre allo strumento per osservare, attraverso altre piccole incisioni vengono introdotti ferri che manovrati dall'esterno asportano il tessuto endometriale anomalo.

**6 IN QUALI CASI SI OPERA?** Si opera quasi sempre, a meno che le lesioni endometriosiche siano di dimensioni ridotte e non provochino disturbi. In alcune Università sono presenti dei centri dedicati specificamente all'endometriosi dove oltre al ginecologo lavorano diversi specialisti.

**7 SI GUARISCE?** L'intervento riporta tutto alla normalità. Però devo dire che la malattia può ripresentarsi - e succede abbastanza di frequente - nella stessa sede o in altre zone dell'addome.

**8 SI PUÒ PREVENIRE?** La migliore e più naturale prevenzione dell'endometriosi è costituita da gravidanza e allattamento: siccome in questo periodo le mestruazioni sono assenti, la malattia non può svilupparsi. Però, anche se può sembrare una contraddizione e non lo è, si pensa che l'uso della pillola contraccettiva possa avere un'azione preventiva, oltre che terapeutica.

**9 È VERO CHE È PIÙ DIFFUSA OGGI DI UN TEMPO?** Sì, è più diffusa. Probabilmente perché si fanno meno figli. In altre tempi, quando i periodi di gravidanza e allattamento erano numerosi, il numero di cicli mestruali che una donna affrontava nell'arco della vita riproduttiva erano poche decine. Oggi sono centinaia e in particolare sono raddoppiati negli ultimi 50 anni. Per cui, si sono moltiplicate le possibilità che la malattia ha di manifestarsi.

**10 ENDOMETRIOSI: QUALI CONSEGUENZE SULLA VITA SOCIALE?** I forti dolori che provoca impediscono spesso la vita professionale, sociale, familiare ed affettiva; è perciò una malattia spesso invalidante dal punto di vista sia fisico sia psichico. Si ritiene che, per congedi di malattia, si spendono in Italia 4 miliardi all'anno. La spesa annua di farmaci per curare questa malattia nel nostro Paese è di 128 milioni di euro. Una pronta diagnosi e un trattamento precoce possono essere molto utili sia per ridurre questi forti disagi sia per prevenire i casi diffusi d'infertilità.



## Che fatica essere Mr Pandemia

Il sottosegretario alla Salute ripercorre in prima persona la battaglia contro la suina.

A pag. 38

Ferruccio Fazio

# Non mi faccio influenzare

**MISTER PANDEMIA** Allarme, inutile allarme o mezzo allarme? Il sottosegretario alla Salute, sotto accusa per la suina, non ci sta e qui spiega perché.

di **FERRUCCIO FAZIO**

L'arrivo di una pandemia era atteso da tempo. Da quando il 24 aprile 2009 è stata segnalata in Messico un'epidemia di influenza causata da un nuovo virus, la prima preoccupazione di tutto il mondo scientifico, e mia come medico oltre che come sottosegretario alla Salute, è stata di pensare al modo migliore per proteggere la salute della popolazione, sapendo che nuovi virus influenzali colpiscono sempre i soggetti più fragili e i più giovani, perché più sensibili alle nuove infezioni.

Con i maggiori esperti del settore abbiamo istituito subito un'unità di crisi: abbiamo immediatamente attivato i controlli alle frontiere, la consolidata rete di servizi di sanità pubblica, i centri di eccellenza per il ricovero, l'isolamento e il trattamento delle persone affette, la distribuzione regionale delle scorte di farmaci antivirali. Tutto ciò ha ritardato l'arrivo della nuova influenza in Italia di diversi mesi rispetto ad altri paesi europei (vedere l'articolo a pagina 76).

Il numero di casi che si sta osservando in Italia era previsto e atteso, così come era atteso che questa influenza mietesse un certo numero di vittime fra i soggetti con uno stato di salute più debole, numero peraltro inferiore a quello che si registra durante le epidemie di influenza stagionale. Con questa considerazione non vogliamo certo sminuire l'impatto di tali dati, dietro ognuno dei quali ci sono persone reali, ma focalizzare l'attenzione sull'efficacia di quanto fatto nel nostro Paese.

Tra le cose fatte, voglio sottolineare che siamo stati fra i primi paesi a offrire una vaccinazione specifica contro l'influenza da virus A/H1N1, che è l'unico, valido e doveroso strumento per prevenire l'infezione. La stra-

tegia vaccinale adottata risponde a una triplice esigenza: salvaguardare il sistema paese attraverso la vaccinazione delle categorie dei lavoratori essenziali; vaccinare le persone che contraendo l'infezione possono rischiare gravi complicanze; vaccinare quella parte della popolazione che funge da moltiplicatore dell'infezione, a partire dai giovani. Il nostro obiettivo è contenere la circolazione del virus evitando che questo possa determinare un secondo picco epidemico di influenza A/H1N1 tra qualche mese, nonché che circolando a lungo nell'ambiente possa mutare e diventare più aggressivo.

Nella gestione di una situazione così complessa si possono determinare, nella inevitabile pluralità di voci, problemi di comunicazione che però credo il governo abbia superato, non venendo mai meno a un'informazione ai cittadini centrata su puntualità e trasparenza.

Un altro problema che stiamo affrontando è quello della scarsa percezione delle influenze quali malattie po-



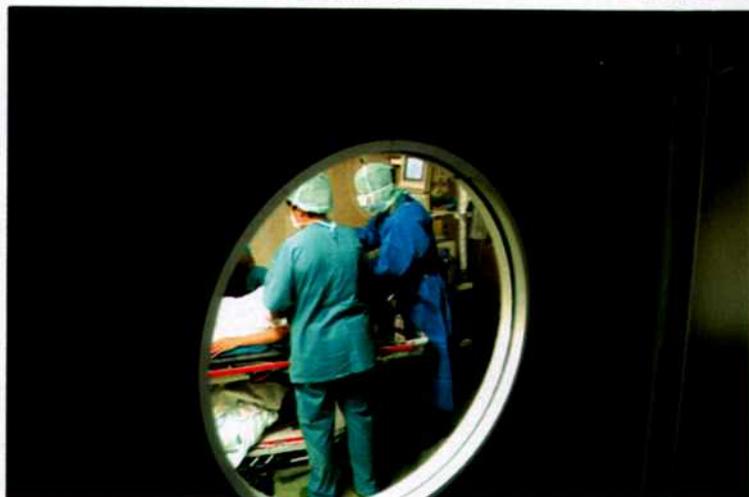
Ferruccio Fazio, 65 anni.

tenzialmente mortali: in certi casi possiamo rilevare una scarsa adesione tra i medici persino alla vaccinazione contro l'influenza stagionale.

Voglio sgombrare il campo da inutili illusioni: il vaccino contro l'influenza A è assolutamente sicuro, autorizzato dall'Emea, massima autorità a livello europeo. Certo, come tutti i vaccini è previsto che possa dare qualche reazione, ma la sua efficacia va valutata in rapporto agli enormi benefici che offre. Bisogna quindi continuare gli sforzi per promuovere la vaccinazione, anche quando il picco influenzale sarà passato, per evitare problemi più gravi in futuro. ●

ATTUALITÀ

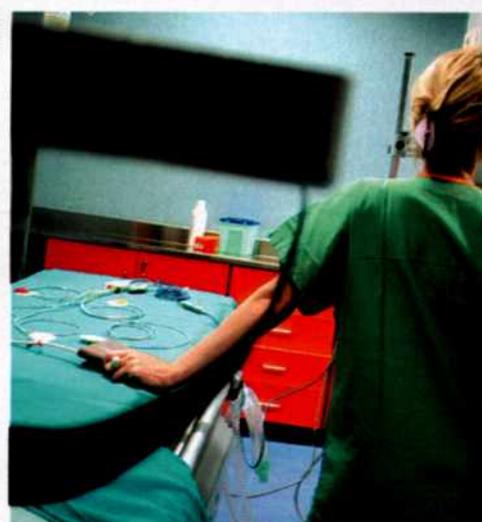
SANITÀ / TRA BUSINESS E CRIMINE



# IL RACKET degli infermieri

Sfruttano i lavoratori stranieri. E forniscono diplomi falsi a personale senza qualifica. Così le cooperative mettono a rischio la nostra salute

DI PAOLO TESSADRI



**D**all'oro rosso dei pomodori ai camici bianchi. Un tempo i caporali sfruttavano solo i muscoli destinati al lavoro dei campi, adesso invece schiavizzano le braccia a cui viene affidato il compito più delicato: quello di guarire le persone malate. Ormai le corsie sono presidiate da una legione straniera: infermieri che vengono da tutto il mondo. E spesso cadono nelle mani di figure senza scrupoli, nostri connazionali o immigrati che hanno visto in questa globalizzazione sanitaria l'occasione di un arricchimento molto spregiudicato. Lo strumento sono le cooperative, trasformate in catene spietate: arrivano al punto di ricattare i lavoratori extracomunitari sottraendogli il passaporto. Un vero racket, sempre più esteso:

entro la fine dell'anno andranno a processo oltre 400 persone, accusate di caporalato, falsificazione di diplomi e abilitazioni, esercizio abusivo della professione. Perché queste gang dei camici bianchi mettono la siringa in mano a gente senza nessuna esperienza, fornendo titoli fasulli. E non si tratta di personale che finisce in cliniche private o case di riposo: sono figure "salvavita" infiltrate anche nei grandi nosocomi pubblici, soprattutto al Nord. Il dosaggio di un farmaco, un esame fondamentale per la diagnosi, il monitoraggio di un'apparecchiatura decisiva per la sopravvivenza possono venire gestite da persone senza qualifica e spesso senza nessuna colpa, perché obbligate a farlo dai loro sfruttatori. È il racket di «un mercato fuori controllo», ripete l'avvocato Dario Gamba di Torino,

che cura gli interessi di molti Ipasvi - i collegi degli infermieri che ne verificano e tutelano la professionalità - del nord Italia. «Non passa giorno che non affrontiamo nuovi casi», conferma Beatrice Mazzoleni, presidente degli infermieri della Lombardia: «Ne ho visti decisamente tanti: il problema è molto grave».

**Emergenza in corsia** Oggi tutto gioca in favore dei camici bianchi da importazione. Negli ospedali pubblici le assunzioni sono bloccate. E anche il numero di italiani che completano la laurea breve di specialità è sempre più ridotto: in Italia ci sono molti più dottori che infermieri. Secondo la Federazione Ipasvi, ne mancano almeno 50 mila e il gap è destinato a crescere. Su 370 mila infermieri censiti in Italia, il turn over annuo riguarda il 3,5 per cento: circa 13 mila persone. Ma nel 2008-2009 gli iscritti al primo anno nelle 40 università specialistiche erano 14.765 mentre solo 8.499 si sono laureati. Eppure a Sud questa professio-

Foto: S. Del Puppo - Fotogramma (2), A. Franceschi - F3, A. Grestani - Fotogramma

## Irina in fuga dalle cooperative-gang

Irina, 30 anni, era in servizio in un ospedale bresciano. Reclutata direttamente nel suo paese, era finita come tante altre in una cooperativa e sfruttata dai nuovi caporali. Non era un'infermiera e aveva solo una vaga dimestichezza con siringhe e lacci emostatici, ma era stata mandata lo stesso in corsia. Anzi, la destinazione è stata in un blocco operatorio: il posto più delicato in assoluto. Al responsabile dell'ospedale è bastato assai poco per scoprire le lacune nella sua formazione. L'Asl ha chiesto la sua immediata sostituzione alla cooperativa, che però l'ha solo spostata mandandola in un ospedale pubblico piemontese.

I suoi capi la ricattavano: le avevano

sequestrato il passaporto e le decurtavano arbitrariamente lo stipendio. Le minacce erano giornaliere, mentre i turni di lavoro non finivano mai. Pagata la stanza dell'appartamento agli stessi caporali, alla fine le restavano in mano forse

un paio di centinaia di euro. Ma anche nella Asl piemontese la mancanza di professionalità è stata subito notata: hanno anche scoperto che non aveva il diploma di infermiera. La cooperativa le aveva impartito delle lezioni lampo, un corso accelerato di poche ore insufficienti per muoversi in un nosocomio moderno. L'ospedale ha citato in giudizio la cooperativa e il giudice ha poi condannato i caporali alla restituzione di 33 mila euro. Lei, con l'aiuto di una vera infermiera, ha avuto il coraggio di denunciare la cooperativa e di raccontare la sua terribile storia, facendo i nomi degli sfruttatori. Grazie alle sue rivelazioni l'Ipasvi ha raccolto un dossier di centinaia di pagine, facendo sospendere dall'attività quegli infermieri che si erano trasformati in mercanti di persone. Sebbene siano stati condannati, dopo alcuni mesi sono tornati in servizio in attesa della sentenza definitiva e continuano il loro business criminale. Persino la cooperativa è risorta: nuovo nome e stessi personaggi. Solo Irina è stata costretta ad andarsene: nel timore di vendette, si è trasferita in un'altra regione ed è sparita. **P. T.**

In alto al centro: il Policlinico Umberto I di Roma. Nelle altre foto: attività degli infermieri

ne attira molti giovani, che vengono fermati dal numero chiuso: a Bari ci sono state 2.828 domande per 774 posti, alla Federico II di Napoli 1.871 per 300. La segretaria Cisl della funzione pubblica, Daniela Volpato, ha chiesto al ministro di aumentarne il numero, facendo incontrare offerta e richiesta: dal 2010 è previsto un piccolo incremento. Insufficiente a colmare il deserto. Così le direzioni sanitarie faticano a riempire i ranghi e devono dare in appalto interi reparti a cooperative esterne. Tra poco, per esempio, anche ortopedia a Lecco dovrà seguire questa procedura: «Non troviamo più infermieri e non riusciamo a far fronte al turn over», riconosce sconsolato Antonio Urti dell'ospedale civile. Al Niguarda di Milano interi padiglioni sono in mano a cooperative in outsourcing. Mentre a Brescia il reparto di trapianto di midollo osseo è sul punto di chiudere per l'impossibilità di arruolare figure all'altezza.

**La legione straniera** Ed ecco la necessità di importare camici bianchi, comunitari o extra. In Italia sono circa 34 mila su 370 mila infermieri e poco meno di 20 mila si trovano al Nord: uno su tre in Piemonte,

uno su cinque in Lombardia. Ben 8.497 arrivano dalla Romania, 3.557 dalla Polonia, 1.309 dall'Albania. Alle Molinette di Torino un terzo dei 1.700 infermieri è nato all'estero. Al don Gnocchi di Milano sono il 12 per cento, al San Raffaele il 18 per cento. Percentuali analoghe anche al policlinico Umberto I di Roma. A Trieste un decimo è sloveno. Per la cronica mancanza di camici bianchi, la legge Bossi-Fini ha previsto per loro un canale d'ingresso preferenziale. Sono paragonati ai calciatori o ai manager giapponesi, quindi ottengono il permesso di soggiorno senza sottostare alle procedure sui flussi.

Per i conti disastrosi delle nostre Asl l'esternalizzazione offre anche altri vantaggi: un infermiere assunto costa 40 euro al giorno, la cooperativa o l'agenzia interinale forniscono la stesse ore lavorative a 28 euro, mentre nelle tasche dell'immigrato ne vanno al massimo 12. Si stima che questo mercato valga dai 300 ai 400 milioni di euro l'anno. Troppo

ghiotto per sfuggire alle mire dei profittatori.

**I falchi interinali** Ma a dare una mano allo sfruttamento ci pensano anche agenzie e società interinali più spregiudicate. Racconta l'avvocato Gamba: «L'impresario arriva nelle aziende sanitarie con il suo catalogo, mostra le foto delle infermiere e la specializzazione e poi fissa il numero e il prezzo. Il caporale ha così un enorme potere sull'infermiere, poiché gestisce il suo lavoro e la possibilità di rimanere in Italia». Per piazzare meglio i loro consociati, a volte i capi falsificano gli attestati professionali e così si trovano infermiere che non parlano una parola d'italiano, che svengono alla vista del sangue, che non sanno fare nemmeno un'iniezione. A Brescia, per esempio, hanno subito una sospensione dall'albo tre "caporali" di una cooperativa che sfruttava una ventina di

peruviani. L'accusa è di intermediazione della libera professione in modo lesivo del decoro della professione e della dignità dei colleghi». Un modo elegante per dire che i peruviani venivano trattati come schiavi: erano stati reclutati in patria, con viaggio pagato e alloggio in un appartamento intestato alla cooperativa. Ma i passaporti erano rimasti nella cassaforte di uno dei capi, che aveva fatto tanti soldi da girare in Mercedes con autista. Da Brescia si è risaliti al giro d'affari fra Milano e Bergamo del gruppo di sfruttatori, che hanno sul libro paga un centinaio di stranieri. Secondo una ricerca Ires-Cgil, gli stranieri vengono pagati dal 20 al 42 per cento in meno rispetto a un collega italiano. Stefano Bazzana, presidente dell'Ipasvi di Brescia, ricorda benissimo le urla e gli spintoni dei "capo- ▶

## Da Torino a Catanzaro: centinaia di casi già individuati



## ATTUALITÀ

**In Calabria scoperti padre, madre e figlio tutti diventati infermieri con certificati contraffatti**



Il San Raffaele di Milano. A destra: infermiere al lavoro in corsia

in primo grado a sei anni. Abdel Rahim Belgaid, infermiere marocchino in servizio alle Molinette, andò a protestare da Arcuri

perché da tre mesi non riceveva lo stipendio. Fu picchiato e uscì dall'ufficio su una barella: da quel giorno è tetraplegico. La coop Vita Serena, ora società per azioni, è diretta da Luca Giovannone, ciociaro e amico di Francesco Storace, che aveva tentato di comprare il Torino Calcio. La cooperativa ha avuto in passato qualche problema, come a Parma e a Prato, dove le sono stati revocati gli appalti. La violenza non è un'eccezione. Due peruviani hanno raccontato a un avvocato la loro storia di sfruttamento e sembrava avessero trovato il coraggio di denunciare i boss della rete, ma al momento di presentare denuncia sono spariti. Impauriti e minacciati, come tante altre vittime.

**Operazione Gutenberg** A Sud le cose non cambiano. Anzi, si è scoperto che il sistema del raggio è addirittura anteriore all'arrivo dei nuovi lavoratori. In Calabria verranno giudicati i 150 indagati, di cui 72 finiti in carcere, dell'operazione Gutenberg. Tutto ebbe inizio quando un medico in provincia di Cosenza perse la pazienza con un infermiere, perché non sapeva infilare un ago nel braccio del malato. Andò all'Ipasvi per chiedere se quella persona avesse davvero i titoli e venne alla luce un giro enorme di certificati falsi. Un caposa-

rali" che erano passati alle mani perché il suo collegio si era rifiutato di iscrivere alcuni presunti infermieri. A Brescia hanno fatto muro, pretendendo il rispetto delle regole che impongono a chi lavora negli ospedali di possedere un titolo pari alla nostra laurea breve, la conoscenza della lingua e dei fondamentali legali e deontologici.

Ma nel resto d'Italia la deregulation è selvaggia, alimentata da ondate di titoli fasulli. La Guardia di Finanza di Cesena ha scoperto un giro di infermieri falsi e la magistratura ha messo sotto inchiesta 190 persone, che ora compariranno davanti al giudice: tutti extracomunitari, soprattutto sudamericani senza abilitazione professionale. Sotto accusa due agenzie di lavoro "a tempo": una è un'importante società di Brescia con filiali in molte città. Invece a Bergamo sta per iniziare il processo a due cooperative che sfruttavano una decina di peruviani. Per obbligarli a tacere gli sottraevano il passaporto, il permesso di soggiorno e il riconoscimento del titolo di infermiere. Dei 1.200 euro pagati dalla Asl per 250 ore di lavoro mensili i lavoratori ne ricevevano solo 850: il resto andava ai titolari della cooperativa.

Il caso più clamoroso a Torino, dove si è appena aperto il processo d'appello per Michele Arcuri, responsabile nel 2005 della cooperativa Vita Serena condannato

## PREVENZIONE ALL'ESTERO

Per cercare di evitare il caporalato, la Federazione nazionale Ipasvi, in accordo con l'Università Tor Vergata di Roma, invia delle commissioni esaminatrici all'estero per valutare i candidati infermieri. L'ultima volta è successo a Lima in Perù. Vengono riuniti dalle agenzie per il lavoro, accreditate presso il ministero, e le spese degli stessi commissari sono pagate da queste agenzie. Dal 2004 hanno promosso 4.703 candidati e ne hanno bocciati 874. «Ma è una toppa», precisa Beatrice Mazzoleni. A Torino, per porre un freno al caporalato, l'assessorato regionale ha deciso di mettere uno stop alle cooperative, escludendole in futuro dagli appalti. Mentre a Trento la Cgil ha predisposto una guida nelle varie lingue per illustrare i requisiti richiesti per lavorare in Italia.

la era al vertice dell'organizzazione: presso la clinica privata di Belvedere Marittimo, dove lavorava, teneva i corsi di formazione per spiegare a sommi capi come si manipolava un catetere, come si misurava la pressione o la glicemia. Il minimo necessario per non smascherare l'impreparazione dietro il diploma taroccato. Una truffa antica: il raggio funzionava già dal 1975 e per ogni certificato falso si sborsavano dagli 8 ai 10 mila euro. All'Annunziata di Cosenza è stato scoperto di tutto: caposala abusive e persone che lavoravano senza titolo nelle sale operatorie di medicina, ortopedia e neurochirurgia. In una famiglia c'erano addirittura padre, madre e figlio falsi infermieri. Negli anni i camici sbiancati grazie ai titoli contraffatti avevano ottenuto posti migliori: si erano trasferiti da Crotone a Roma, ad Alessandria fino a Varese. Una rete capace di contagiare qualunque istituzione: secondo gli inquirenti il caposala al vertice dell'organizzazione era in combutta con un funzionario dell'Università Sacro Cuore di Roma, che forniva sottobanco i quesiti dei test di ammissione, in cambio soldi o prestazione sessuali. ■

## Malattie cardiovascolari **Dilemma C** DI ALBERTO MANTOVANI\*

Negli ultimi 10 anni è cambiata radicalmente la nostra visione dell'aterosclerosi, meccanismo alla base delle malattie cardiovascolari. Prima si pensava che l'aterosclerosi fosse causata solo dal deposito di grassi all'interno della parete dei vasi sanguigni, che col tempo formano delle placche. Da qui l'estrema attenzione al colesterolo. Ma Russel Ross, per primo, ipotizzò che questa malattia fosse in realtà una risposta a un danno. E studi successivi hanno portato alla definizione, oggi condivisa, dell'aterosclerosi come malattia infiammatoria cronica delle arterie. Legata dunque non solo a fattori di rischio

cardiovascolare come fumo, ipercolesterolemia, diabete mellito, ipertensione, obesità, ma anche a meccanismi infiammatori. Dal punto di vista terapeutico si è aperta così la strada a indicazioni diverse di farmaci già noti. Ad esempio le statine, composti che abbassano il colesterolo e che si dimostrano efficaci nella prevenzione dell'aterosclerosi anche e forse soprattutto per la loro capacità di inibire i processi infiammatori. E non è tutto. In virtù di questa rilettura dell'aterosclerosi assumono un senso diverso anche i marcatori di infiammazione: la proteina C reattiva, il più semplice e utilizzato come indicatore di rischio per patologie cardiovascolari. Lo studio Jupiter, condotto su molte

migliaia di soggetti trattati con statine, ha dato risultati che ne incoraggiano l'uso come elemento per valutare il rischio cardiovascolare e l'opportunità di un intervento terapeutico. Recentemente, però, altri lavori pubblicati su "Jama" e "Nature Medicine" si chiedono se la proteina C reattiva sia utile nel guidare le scelte terapeutiche, e se sia opportuno disegnare strategie di cura dirette contro questi marcatori. È necessario proseguire gli studi (a più lungo termine e su più persone) per identificare con esattezza le molecole infiammatorie che giocano un ruolo reale nel danno cardiovascolare e, fra loro, quelle che riflettendo meglio il danno nei tessuti possono guidare l'approccio terapeutico.

*\*direttore Scientifico Humanitas e docente Università di Milano*

## Lettera

# Contratto ad hoc per avere il vaccino

Con riferimento all'articolo «Vaccino a responsabilità pubblica», pubblicato dal Sole-24 ore, si precisa quanto segue. La previsione dell'esonero dell'azienda produttrice da ogni responsabilità di danni da vaccino è giustificata dalla particolare situazione in cui è stato sviluppato e prodotto il vaccino, del quale era necessario disporre con la massima celebrità secondo le indicazioni Oms e Ue. In secondo luogo, quella dell'esistenza di un presunto "contratto segreto" è affermazione che non corrisponde al vero, in quanto qualsiasi atto o impegno assunto da una Pubblica amministrazione è per legge sottoposto agli organi di controllo. Anche in questo caso, ovviamente, il contratto è stato sottoposto alla Corte dei Conti, che si è espressa favorevolmente, con la registrazione, in data 10 settembre 2009. In ogni caso, l'accesso a tale atto non richiede un'azione legale e può essere conseguito secondo le norme vigenti, da chiunque dimostri di avere un interesse riconosciuto dall'ordinamento.

Sul tema dei rilievi sul contratto formulati dalla Corte dei Conti, già affrontato da altri quotidiani e ampiamente chiarito da questa Amministrazione, si ribadisce che:

- il fatto che la Sezione di controllo della Corte dei Conti abbia ammesso alla registrazione il provvedimento costituisce attestazione della legittimità del contratto stipulato;
- i vaccini pandemici, per loro natura, possono essere prodotti solo allo scoppio di un'epidemia. È ben vero, dunque, che il vaccino Focetria al momento della stipula del contratto non era ancora registrato, ma attendere il completamento dello sviluppo del vaccino e il rilascio dell'autorizzazione dell'Emea prima della stipula del contratto avrebbe evidentemente compromesso la realizzazione della campagna vaccinale. Comun-

que la questione risulta del tutto superata, avendo l'Emea rilasciato l'autorizzazione in tempo utile per consentire l'inizio delle vaccinazioni in anticipo rispetto al previsto;

- sul fatto che il contratto non prevede penalità a carico del fornitore per il mancato rispetto delle date di consegna si ribadisce che i vaccini influenzali pandemici non possono essere prodotti con anticipo rispetto all'evento infettivo. L'assenza di previsione di penali discende pertanto dagli elementi di incertezza legati allo sviluppo del vaccino;

- sul prezzo del vaccino acquistato, il Ministero ha ben evidenziato alla Corte dei Conti che è coerente con quello del vaccino antinfluenzale stagionale.

Infine, riguardo ai profili di sicurezza dell'adiuvante e all'effettiva necessità di vaccinarsi, si ricorda che tutti gli aspetti tecnici connessi alle caratteristiche e all'impiego del vaccino sono stati ampiamente discussi dal Consiglio superiore di sanità, alle cui conclusioni si sono sempre uniformate le scelte del Ministero.

**Dr. Fabrizio Oleari**

Direttore Generale  
Prevenzione Sanitaria  
Ministero del Lavoro, della Salute e  
delle Politiche Sociali

■ *Prendiamo atto delle precisazioni, che tuttavia confermano la sostanza del nostro articolo. Redatto prendendo visione del contratto siglato tra il ministero e la Novartis, e mai divulgato ufficialmente. Mai messa in dubbio «l'attestazione della legittimità del contratto»: anzi abbiamo sottolineato come la registrazione della Corte dei conti alla fine sia arrivata grazie «all'eccezionalità e somma urgenza dell'intervento». Ricordare i rilievi dell'Ufficio di controllo della Corte era mero dovere di cronaca.*

(B.Gob., M.Per.)



**NOTIZIE**

**In breve**

**STATI UNITI/2**

**Al Senato la riforma della sanità**

Il 94% degli americani coperti da un'assicurazione, 849 miliardi di dollari di spesa, 127 miliardi di tagli al deficit. Sono i numeri della versione finale della riforma della sanità che il Senato si prepara a discutere. Il leader democratico del Senato, Harry Reid, ha presentato mercoledì sera la proposta di legge. Un testo molto diverso da quello approvato dalla Camera due settimane fa: costa 200 miliardi in meno in dieci anni, ma allarga l'assistenza a 31 milioni di persone invece di 36.



**NOTIZIE**

**In breve**

**STATI UNITI/3**

**La mammografia resta a 40 anni**

La Casa Bianca prende le distanze dai nuovi standard sulle mammografie raccomandati da una task force di esperti, ribadendo che i programmi governativi di assicurazione continueranno a coprire i test a partire dai 40 anni di età. Il panel aveva raccomandato di eseguire l'esame solo dopo i 50.



MEDICINA SPORTIVA

## Da oggi nella Capitale congresso di aritmologia

ROMA - Oggi e domani a Roma, presso il Marriot Park Hotel ( via Colonnello T. Masala, 54) si terrà la 3ª edizione del Congresso Nazionale di Aritmologia Clinica ed Interventistica "Advances in Cardiac Electrophysiology", organizzato dal dott. Leonardo Calò in collaborazione con il dott. Ernesto Liroy (Policlinico Casilino- Roma) sotto l'egida delle più importanti società scientifiche di cardiologia medicina e telemedicina italiane, della ASL Roma/B, dell'Istituto di Medicina dello Sport di Roma, della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica.

Durante questa edizione interverranno tutti i più importanti esponenti dell'Aritmologia italiana nonché medici di fama internazionale come il professor Pedro Brugada (Aalst-Belgio) ed il Prof. Andrea Natale (Austin-Texas) che porteranno il loro contributo per la miglior riuscita di questo interessante ed "impedibile"

appuntamento scientifico. Saranno affrontati argomenti relativi allo scompenso cardiaco, alla fibrillazione atriale ed in modo particolare alla morte improvvisa che investe spesso in modo devastante la vita delle famiglie colpite da questo evento. Anche per questo motivo all'interno del convegno saranno presenti sessioni riferite al ruolo del cardiologo e del medico sportivo nel prevenire la morte improvvisa specie nei giovani. Il congresso si incastona nell'attività aritmologica clinica ed interventistica d'eccellenza svolta in questi anni dalla cardiologia del Policlinico Casilino sotto la guida del Prof. Leonardo Calò. Il centro aritmologico svolge in collaborazione con l'Unità di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Roma Foro Italico diretta dal Prof. Fabio Pigozzi e con l'Istituto di Medicina dello Sport di Roma una rilevante attività nello screening degli atleti per identificare i soggetti a rischio di morte improvvisa e nell'attività di ricerca in tale settore.




**Malati & malattie**

Gloria Saccani Jotti

## A Pavia lo studio dei geni all'origine di gran parte delle cardiomiopatie

**H**a avuto luogo recentemente a Pavia presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo il congresso «Vivere con una cardiomiopatia», organizzato dal Centro malattie genetiche cardiovascolari diretto dalla dottoressa Eloisa Arbustini. Divenuto ormai un appuntamento annuale, questo incontro ha lo scopo di trasferire informazioni e conoscenze sulle nuove frontiere assistenziali e di ricerca per le cardiomiopatie, malattie primitive del cuore che possono causare il fallimento funzionale del cuore e provocare aritmie maligne in giovane età. In Italia oltre 150mila persone ne soffrono. La forma cosiddetta ipertrofica colpisce una persona su 500 in età giovane adulta; la forma dilatativa una su 2500. La forma restrittiva, la più rara, ancora non ha dati certi di prevalenza. La forma aritmogena del ventricolo destro, infine, una persona su 5000. L'ultimo decennio di ricerca ha radicalmente modificato le conoscenze sulle cause di queste patologie: la maggior parte ha una causa genetica e questo implica che, come per tutte le malattie genetiche, l'attenzione clinica debba rivolgersi non solo ai pazienti che già giungono all'attenzione clinica con la malattia conclamata, ma anche alle loro famiglie nelle quali, per le modalità di trasmissione genetica, almeno il 50% dei membri può essere predisposto allo sviluppo della malattia. La vera rivoluzione diagnostica, sviluppatasi in questi ultimi anni, è legata alla diagnosi genetica, ovvero alla possibilità di identificare i difetti dei geni che causano le cardiomiopatie. Stabilita la causa nel paziente che per primo nella famiglia giunge all'attenzione clinica, perché la diagnosi emerge con la comparsa dei sintomi, la stessa causa diventa identificabile nei parenti in fase pre-clinica (prima ancora che la malattia compaia) e pre-sintomatica (prima cioè che la malattia si manifesti con disturbi e sintomi). La complessità diagnostica è legata al fatto che a causare queste malattie vi sono tanti geni diversi tra loro, i cui prodotti svolgono funzioni diverse nel cuore: per ogni paziente e famiglia esiste un difetto genico privato per la famiglia. «La mission primaria del Centro per le malattie genetiche cardiovascolari - commenta Arbustini - è quella di porre al centro delle attività cliniche, diagnostiche, preventive e terapeutiche il paziente e la sua famiglia».

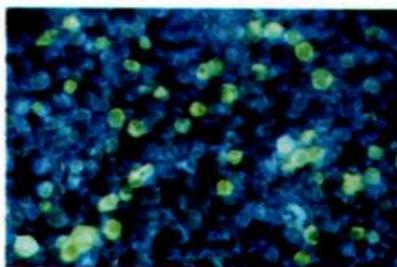


**CANCRO** di Agnese Codignola

## Cristallo miracoloso

**U**na nuova via per combattere il cancro potrebbe combinare ricerca biomolecolare e modelling cristallografico. Ne è convinto Marco Pierotti, direttore scientifico dell'Istituto tumori di Milano e autore di alcuni studi sulla leucemia mieloide cronica e sui tumori gastrointestinali stromali (Gist) pubblicati sul "Journal of the National Cancer Institute" e su "Molecular Cancer Therapy".

«Tutto è iniziato da un cristallo: quello della proteina bersaglio del Glivec, il farmaco che ha cambiato il destino di molti malati ma che, nel tempo, può indurre resistenza», racconta Pierotti. I ricercatori dell'Università di Trieste guidati da Sabrina Pricl sono riusciti a decifrare la struttura tridimensionale di questa proteina e a cristallizzarla. «Così abbiamo avuto la possibilità di studiare le mutazioni che inducono resistenza al Glivec, scoprendo che le variazioni possibili non sono infinite, ma limitate», continua Pierotti: «La cellula tumorale modifica la propria struttura nello spazio per rendere il legame del farmaco troppo debole per comportare effetti dannosi». Ed ecco un punto sul quale si può intervenire. Gli studiosi hanno quindi vagliato molti farmaci e scoperto che ce ne sono diversi (varianti del Glivec) che non risentono delle



Microfotografia che evidenzia cellule leucemiche nel sangue

modifiche attuate dalla cellula e che pertanto possono essere impiegati anche quando essa diventa resistente al capostipite. Le conseguenze sono diverse: si può pensare di somministrare subito, insieme al Glivec, farmaci che non risentano delle modifiche, così come di analizzare nel tempo le cellule del paziente per vedere se hanno modificato qualcosa, e come.

**Serata al Gemelli**

Muccino e le donne  
un film anti-tumore

**Gemelli**

La serata organizzata dal dipartimento Salute. Anche Scotti e Lojodice

Muccino e le donne, film anti-cancro  
testimonial dalle corsie d'ospedale

**GABRIELE ISMAN**

**T**RE donne colpite dal cancro che raccontano come hanno sconfitto la malattia. Sono le protagoniste del filmato girato dal regista Gabriele Muccino che stasera sarà proiettato in una serata a inviti all'Auditorium del policlinico Gemelli.

L'appuntamento è dedicato ai nuovi progetti della Libreria dell'Anima, inaugurata ad aprile nel policlinico. «Nelle tre ex malate — racconta Muccino che sarà presente alla serata — ho trovato un comune denominatore: sono tutte perdutamente innamorate della vita».

«**H**O DECISO — prosegue il regista — di dare il mio contributo, anche se piccolo, a una materia così ampia e seria, perché intorno a tutto ciò che riguarda i tumori c'è ancora grande paura e resistenza a parlare. Nella nostra vita, se raggiungiamo i nostri sogni, è spesso a causa della nostra forza di volontà e capacità a guardare al futuro. In molte persone che si ammalano di tumore, questa capacità è indebolita o annichilita dalla paura. Lasciarsi andare è in questi casi un errore da non commettere».

La serata è stata organizzata da Giovanni Scambia, direttore del dipartimento per la Tutela della salute della Donna, e sarà aperta da un intervento di Isabella Rauti, capo del dipartimento per le Pari Opportunità e moglie del sindaco Alemanno. Tra le altre adesioni all'appuntamento, Gerry Scotti che ha prestato la sua voce all'audiolibro "Storia della gabbianella e del gatto che le inse-

gnò a volare" devolvendo il compenso all'associazione Libreria dell'Anima. Giuliana Lojodice invece dialogherà con il pubblico sull'importanza del leggere e Luca Barbarossa leggerà "Donne in rinascita" di Diego Cugia.



**IL REGISTA**  
Gabriele Muccino farà un film sulle donne malate di tumore



LA «SORVEGLIANZA ATTIVA» DI QUESTA NEOPLASIA È OTTIMALE NELLE FORME NON AGGRESSIVE

# Prudenza nel tumore alla prostata

*Lo stesso esame del PSA può individuare cellule cancerogene che non si svilupperanno. Sono 23mila gli italiani colpiti ogni anno da questa patologia. Le soluzioni terapeutiche*



**Martorana**  
urologo  
a Bologna

**Luigi Cucchi**

■ «Sorveglianza attiva» il nuovo approccio che si sta diffondendo tra tutti gli urologi impegnati nella cura del tumore alla prostata. Prevale quindi la prudenza che impone lo studio accurato della neoplasia del singolo paziente prima di decidere l'intervento chirurgico o quello radioterapico.

Proprio oggi a Milano, presso l'istituto tumori, si incontrano i maggiori esperti di questa patologia, coloro che dirigono dei Centri di eccellenza, per discutere sulle migliori opzioni terapeutiche. Il tumore della prostata, si sa, è il tumore con la più alta incidenza nella popolazione maschile, non solo nella fascia di età dopo i 65 anni, ma anche in quella fra i 45 e i 64 anni. I nuovi casi in Italia sono circa 23mila e rappresentano l'altra faccia della medaglia del tumore della mammella nella donna. Tutti e due tumori legati alla alterazione ormonale che nell'età matura, qualche volta, determinano alterazioni tumorali delle due ghiandole.

L'uso del PSA ha portato a scoprire molti tumori della prostata e tra questi le cosiddette forme «indolenti» cioè a dire tumori che probabilmente non si sarebbero sviluppati nel corso della vita se non fossero stati trovati casualmente. Nelle istituzioni più importanti degli Stati Uniti (Memorial, Mayo Clinic) in questi ultimi an-

ni, sono progressivamente aumentati i chirurghi non interventisti, cioè coloro che preferiscono all'intervento immediato di prostatectomia radicale, con tutte le conseguenze negative, studiare il caso e portare il paziente in sala operatoria dopo aver ben

valutato attraverso la sorveglianza attiva l'aggressività della neoplasia. Il PRIAS è uno studio europeo multicentrico condotto in più Paesi per verificare i risultati di una ricerca condotta in Canada. Fervono quindi le iniziative scientifiche per riuscire a stabilire fino a che punto è corretto intervenire. Il problema non si pone quando la neoplasia è particolarmente aggressiva, ma quando la forma tumorale manifesta un ridotto sviluppo nel tempo è opportuno limitarsi a controllarne l'evoluzione.

Ne parliamo con Giuseppe Martorana, dal 1995 professore all'università di Bologna e primario del dipartimento di urologia oltre che direttore

della Scuola di specializzazione. Di formazione «genovese», ha lavorato per oltre vent'anni a contatto di gomito con il professor Giuliani, un pioniere dell'urologia italiana. A Bologna, nel suo dipartimento (75 letti) vengono visitati circa 20mila pazienti all'anno ed eseguite 4mila operazioni chirurgiche. Martorana è Presidente oltre che uno dei fondatori della Società Italiana di Urologia Oncologica. I suoi attuali campi di interesse sono, oltre all'oncologia, la laparoscopia e la chirurgia ricostruttiva.

«La sorveglianza attiva non è una forma passiva osservazionale come è il watchful waiting ma è un'alternativa terapeutica vera e propria. Infatti il pz viene continuamente seguito dall'urologo o dal radioterapista valutando il comportamento del PSA e alla fine dell'anno viene ripetuta la biopsia. Diversi studi, compreso quello canadese hanno dimostrato che molti pazienti, non progrediscono,

quindi con questa procedura fino al 30-40% dei pazienti possono risparmiarsi un intervento inutile (chirurgico o radiante che sia)». Ma quali sono i rischi che i pazienti corrono con questo tipo di soluzione?

«Nessuno. Infatti non appena il PSA aumenta e alla biopsia - eseguita in corso d'anno - si dovesse rilevare un cambiamento, un peggioramento, un qualcosa che indica una progressione, si interviene. La storia naturale della malattia ci rassicura in tal senso: è lenta non esplosiva ed i risultati a distanza sono equivalenti anche se si dovesse intervenire a distanza di un anno». La sorveglianza attiva si può consigliare a tutti?

«Assolutamente no. Questo vale solo per quei pazienti che per caratteristiche biochimiche e istologiche rientrano nella categoria a basso rischio. Alla estensione della indagine con il dosaggio del PSA sono favorevole quando c'è familiarità di neoplasia prostatica e quando sussistono i sintomi urinari. Sono assolutamente contrario all'invito indiscriminato a praticare il test a tutti gli uomini che hanno superato i 50 anni. Il trattamento chirurgico, quando il tumore è aggressivo, e quando il paziente non ha superato i 70 anni, è tra i trattamenti consigliati, consiste nella rimozione di tutta la ghiandola: prostatectomia radicale. Ma non abusiamo di questa opportunità».



# Tumore al seno, un nuovo caso al giorno

*In aumento le donne che si ammalano, domani un convegno specialistico in città*



Macchina per la mammografia

Di tumore al seno si muore oggi in percentuale minore che in passato. Infatti circa l'80 per cento delle donne, dopo aver seguito l'iter delle cure, si può definire fuori pericolo. Ma il numero delle signore che si ammalano aumenta di anno in anno: a Ferrara, i casi accertati sono circa 350 in un anno (contro i 38 mila della media nazionale). Ciò significa che quasi ogni giorno, una donna scopre di essere malata. Da qui l'importanza della prevenzione, che nel caso di tumore alla mammella, si traduce nella diagnosi precoce. Ed è proprio questo il tema al centro del convegno organizzato dall'associazione nazionale donne operate al seno, comitato di Ferrara e dal corpo infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, in programma sabato alle 8,30 presso il polo didattico degli Adelardi, in via Adelardi 33. A parlare di «Strategie preventive e diagnostiche innovative in senologia» saranno illustri specialisti dell'azienda ospedaliera di Ferrara: Paolo Carcoforo (Chirurgia generale

II), Stefano Corcione (Centro di senologia), Enzo Durante (Chirurgia Generale), Alessandra Ferlini (Genetica Medica), Italo Nenci e Patrizia Querzoli (Anatomia Patologica). «Il nostro obiettivo - spiega Maria Luisa Balducci, presidente provinciale Andos - è informare le donne sul modo corretto di fare prevenzione. Abbiamo constatato che c'è ancora molta confusione tra le signore sul come, perchè e da quando è necessario fare prevenzione. Rispetto a trent'anni fa, quando l'associazione è nata per un sostegno alle donne operate di tumore al seno, abbiamo fatto numerosi passi avanti, ma la strada da percorrere resta lunga». Nonostante la partecipazione gratuita agli screening sia aumentata, passando dal 67% del '97 all'82% del 2007, molte donne ancora faticano a comprendere come devono comportarsi. Lo zoccolo duro è rappresentato dalle donne straniere che difficilmente si interessano della loro salute.

**Silvia Siano**





# DOSSIER FARMACEUTICA



FARMACINDUSTRIA PARLA DOMPÉ: PERCHÉ È POSITIVO CHE IL GOVERNO DIA AUTONOMIA AL MINISTERO PER LA SALUTE

## Una pillola di saggezza

**C**onfermato questa estate alla guida di **Farmindustria** per il terzo mandato consecutivo, con oltre il 99% dei voti, Sergio **Dompé** in questi giorni ha un nuovo motivo di rallegrarsi:

«Siamo stati i primi a chiedere il ritorno all'autonomia del ministero della Salute, le cui competenze ora sono assimilate nel dicastero del Lavoro, e siamo contenti che il governo stia pensando di andare in questa direzione».

**Domanda.** Se ciò accadrà, il titolare sarà presumibilmente **Ferruccio Fazio**: ma non è stato lui a ipotizzare l'aumento dell'utilizzo dei farmaci generici per abbassare la spesa farmaceutica?

**Risposta.** Non bisogna confondersi. In Italia la spesa farmaceutica a carico dello Stato è di 188 euro per cittadino, contro una media europea di 265 euro. È bassa grazie ai farmaci fuori brevetto, che non necessariamente sono farmaci generici, ma prodotti di nicchia o con prezzo già ridotto e per i quali nessuno ha creato un generico. I generici contribuiscono a mantenere i prezzi contenuti, ma la situazione è già ottimale.

**D.** Tornando al ministero della Salute, perché il suo ruolo è tanto importante per voi?

**R.** Non può mancare nel Paese una gestione strategica centralizzata. In questo senso penso, per esempio, ai centri di cura per le malattie rare o ai centri grandi ustionati. Strutture di prim'ordine a livello nazionale, perché non è possibile pretendere una presenza regionale di queste realtà?

**D.** Il processo del federalismo sanitario, per l'industria farmaceutica, è quindi un bene o un male?

**R.** Un bene, certamente. Il problema, in ambito sanitario, è che accanto a regioni che hanno buoni livelli di organizzazione gestio-

nale, come Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia e Veneto, ne troviamo altre che non hanno neppure la possibilità di fornire un rendiconto. Bisogna migliorare il sistema con l'aiuto di commis-

sari, di tutor provenienti dalle regioni di punta e dell'Aifa (Agenzia Italiana del farmaco). Questo non significa omologare i livelli di gestione della sanità regionale, ma arrivare a un range di accettabilità.

**Bene il federalismo: ma ci vuole anche una gestione strategica centralizzata. E incentivi alle imprese per la ricerca**

**D.** Parliamo del futuro di Big pharma.

Si chiamerà biotecnologia?

**R.** Siamo già oltre. Tra pochi anni sposteremo la nostra ricerca verso il ramo della biologia dello studio dei meccanismi fisiologici del nostro corpo. L'industria farmaceutica marcia verso la cura personalizzata della malattia. E l'Italia è della partita. È necessario però incentivare due fattori decisivi: il primo è l'accesso all'innovazione, perché costa molto e non sempre assicura i risultati sperati. Un dato, sopra tutti: nell'ultimo anno i progetti innovativi per nuove molecole si sono ridotti del 50%. Il secondo fattore è il riconoscimento dell'eccellenza, e in questo farà molto la riforma Gelmini che privilegia gli istituti di ricerca che hanno dimostrato di possedere questi parametri.



Sergio Dompé

**D.** Aziende, università e centri di ricerca uniti nell'innovazione? È possibile?

**R.** È necessario. Per la struttura dell'industria farmaceutica italiana è fondamentale creare un network, lavorare con più interlocutori: altre imprese, no-profit, istituzioni, associazioni dei consumatori e centri di ricerca. Il futuro è fatto di reti di competitività il cui valore finale è la risultante. Oggi, per arrivare allo sviluppo finale di un farmaco servono un centinaio di accordi con centri di ricerca e altre aziende. Collaborazione oggi fa rima con competizione.

*Cristina Piotti*



DOSSIER

FARMACEUTICA

INDUSTRIA LA DOPPIA STRATEGIA DEI GRANDI GRUPPI PRESENTI IN ITALIA: BIOTECH ED EXPORT

# Medicina anti crisi

**L'**industria farmaceutica italiana punta tutto su due cavalli. Il primo si chiama biotecnologia, il secondo export. Il risultato? Aziende che vendono all'estero, secondo i dati **Eur-industria**, il 53% della propria produzione e sviluppano innovazione in oltre 200 progetti di ricerca made in Italy.

«Per quanto ci riguarda, vogliamo rafforzare le quote di export dal Paese», conferma Daniel Lapeyre, presidente e ad **Sanofi-Aventis Italia**. «Già in questo primo semestre sono state pari a 157 milioni, con un +11% rispetto al primo semestre 2008». Senza dimenticare la ricerca e sviluppo pre-clinica finalizzata all'individuazione di nuove molecole e il settore dell'automedicazione. Nel 2010, infatti, sarà inaugurato il Technology centre di Scoppito (Aq), un laboratorio di galenica per lo sviluppo industriale di nuove formulazioni chimiche. Guardare all'estero per il gruppo **Recordati** (750 milioni di ricavi per il 2009, secondo le stime) significa puntare a una presenza più forte sui mercati dell'Est Europa, Polonia in primis. «Obiettivi primari», spiega il presidente e ad Giovanni Recordati, «saranno poi la crescita nel campo delle terapie per le malattie rare, la registrazione di prodotti innovativi e l'acquisizione di nuove licenze per il mercato europeo».

Ricerca biotech e mercati esteri in primo piano anche per **Dompé farmaceutici**, che per il 2010 prevede investimenti nella ricerca destinata ad aree patologiche ad alto impatto mondiale e una maggior spinta verso l'internalizzazione, potenziando la presenza in Russia, Cina, Sud America e Turchia. Secondo le stime, il gruppo chiuderà l'anno con un giro d'affari di 470 milioni e una percentuale di esportazioni pari al 17,5%. «Nei prossimi due anni», spiega Eugenio Aringhieri, ad del gruppo, «lanceremo farmaci nel campo della neurologia, dell'oncologia e del primary care, cioè per il grande pubblico».

Biotech e diversificazione, questa la strada di **Takeda Italia**, controllata dalla giapponese **Takeda pharmaceutical company ltd**. Il gruppo, che conta un fatturato di 220 milioni e una quota di export pari al 47% della produzione totale, punta nel 2010 al lancio di orphan drug, farmaci per malattie rare ad alto contenuto tecnologico, con cui controbilanciare future scadenze di brevetti. Che comunque non spaventano, puntualizza Arnaldo Scarrone, direttore della business strategy in Takeda Italia: «Nel 2006, allo scadere del brevetto di un nostro farmaco di punta, la strategia di pri-



## MERGER & ACQUISITION

### Pfizer con formula Wyeth

Con il più grande merger (in termini assoluti) mai avvenuto in campo farmaceutico, **Pfizer** punta a diventare il primo gruppo biofarmaceutico al mondo con l'acquisizione, lo scorso ottobre, di **Wyeth**, costata 68 miliardi di dollari, con previsioni di vendite combinate pari a circa 75 miliardi di dollari. Il gruppo continuerà a

investire in ricerca: «E questo sia internamente sia grazie ad accordi con altre aziende, università e centri», spiega Cees Heiman, managing director di Pfizer Italia. Quanto a Wyeth «i due gruppi andranno avanti a operare in Italia come entità separate fino a metà 2010», precisa il manager.

cing e di farmacovigilanza ci ha portato a cambiare. Ora fatturiamo più di quattro anni fa».

**Roche**, che nei primi nove mesi del 2009 ha messo a segno ricavi per 754 milioni (circa +10% rispetto al 2008), ha invece da tempo fatto una precisa scelta di campo focalizzandosi sull'innovazione della salute in ambito biotech piuttosto che sulla diversificazione, come ricorda l'ad Maurizio De Cicco: «Il nostro portfolio è meno esposto a rischi di scadenze brevettuali essendo molto giovane e con un'altissima percentuale di farmaci biotecnologici innovativi». Quali le novità per il 2010? «Due nuove indicazioni su prodotti oncologici e l'autorizzazione per l'immissione in commercio di un farmaco biotech rivoluzionario per il trattamento dell'artrite reumatoide».

*Cristina Piotti*

- 1) **Arnaldo Scarrone**, di Takeda
- 2) **Daniel Lapeyre**, di Sanofi-Aventis
- 3) **Giovanni Recordati**, di Recordati
- 4) **Eugenio Aringhieri**, di Dompé
- 5) **Maurizio De Cicco**, di Roche

