

IL REPORT «HEALTH AT A GLANCE 2013»

Italia, la spesa in rapida discesa

Ocse: costi in calo, sui generici si può fare di più

Spesa sanitaria pro-capite (pubblica e privata) in discesa in Italia nel 2011, con una riduzione del 2 per cento. E la dieta non si ferma nel 2012, che vede un'ulteriore riduzione stimata allo 0,4 per cento. Non si parla di valori particolarmente elevati. Con 3.012 dollari a testa, il valore italiano si pone infatti al di sotto della media Ocse, pari a 3.322 dollari, e all'estremo inferiore dell'intervallo in cui ricade la metà dei 34 Paesi membri, che spendono tra i 3mila e i 4.500 dollari pro capite per l'assistenza sanitaria. La punta massima è raggiunta negli Usa, con oltre 8.500 dollari. La cifra più bassa è in Indonesia (127 dollari). I numeri sono quelli dell'edizione 2013 del Report Ocse "Health at a Glance".

Dopo una crescita media annuale nel 2000-09 del 4,1% in tutti i Paesi, il trend, sebbene in modo differenziato, è stato in frenata per tutti (a parte le eccezioni di Israele e Giappone). Tra il 2009 e il 2011, infatti, la crescita media annuale è passata allo 0,2 per cento.

Il crollo più pesante si è registrato nei Paesi maggiormente colpiti dalla crisi economica: ovvero in Grecia, dove la variazione annuale media nel periodo 2009-11 è stata del -11,1%, e in Irlanda, dove la variazione è stata del -6,6 per cento. In Italia, dopo un tasso di crescita media della spesa pro capite dell'1,6% nel periodo 2000-09, si è passati a una variazione media annuale negativa del -0,4% nel periodo 2009-11.

Il report Ocse rileva «un trend in contrazione in Italia in linea con altri 10 Paesi europei, che nel biennio 2009-11 hanno tagliato le spese sanitarie a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale».

Per quanto riguarda il rapporto spesa sanitaria-Pil, l'Italia con una spesa pari al 9,2% del prodotto interno lordo, si pone quasi esattamente nella media Ocse (9,3%). La quota maggiore di spesa sanitaria rispetto alla ricchezza prodotta si registra nel gruppo di Paesi che riunisce Usa (17,7%) Paesi Bassi (11,9%), Francia (11,6%), Germania (11,3%), Ca-

nada (11,2) e Svizzera (11%).

Parole d'ordine per l'Italia, secondo l'Ocse: «Migliorare la produttività, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario». Controllo della spesa, riduzione dei posti letto, dei ricoveri e della durata delle degenze hanno permesso all'Italia di contenere i costi. E negli ultimi anni, l'Italia è riuscita anche a contenere la propria spesa farmaceutica, nota l'Ocse, «grazie all'aumentata competitività e alla riduzione dei prezzi. Ciononostante, la quota di farmaci generici resta una delle più basse tra i Paesi Ocse, con meno di un sesto del volume complessivo dei farmaci venduti. Tale quota è assai più bassa di quanto non si registri in altri Paesi europei quali Germania, Regno Unito o Danimarca dove i farmaci generici rappresentano circa i tre quarti del mercato». La spesa farmaceutica pro capite in Italia è pari a 487 dollari, di poco superiore alla media Ocse (483), e rappresenta l'1,5% del Pil. Un esborso in discesa da lungo tempo: il nostro è infatti l'unico Paese Ocse in cui la variazione annuale media della spesa farmaceutica è stata sempre negativa già dal 2000 (-0,8% fino al 2009), ma con una decisa accelerazione dal 2009 al 2011, periodo in cui la variazione annuale media è scesa fino al -4,1 per cento. La variazione annuale media Ocse è pari a -0,9 per cento nel 2009-11 a fronte di una crescita annuale del 3,5% nel 2000-09. Il crollo più rilevante, anche in questo caso, si registra in Grecia, dove la spesa per le medicine è calata del 10,1% l'anno tra il 2009 e il 2011. Forti cali anche in Estonia (-7,2%), Portogallo (-5,9%), Islanda (-4,7%) e Irlanda (-4,4%). Un interessante capitolo del report è infine dedicato al mercato sanitario. Intendendo con questo termine una sorta di bilancia commerciale della salute, che include principalmente il «turismo sanitario» in cerca di prestazioni di qualità *low cost*, spinto anche da accordi tra regioni confinanti e maggiori coperture offerte dai sistemi assicurativi privati, con il risultato complessivo di una maggiore mobilità dei pazienti tra Stati diversi. Ma in questa

voce è incluso, sebbene in misura minore, anche lo scambio di farmaci e di servizi diagnostici, senza lo spostamento fisico dei pazienti. L'import di salute, nell'insieme dei Paesi Ocse, ammonta a 7 miliardi di dollari nel 2011, gran parte dei quali generati da scambi tra Paesi Ocse. Con 2,3 miliardi (pari allo 0,6% della sua spesa sanitaria) la Germania è in assoluto il più grande importatore di salute, seguito dagli Stati Uniti e dall'Olanda. Il livello di spesa supera l'1% del totale solo in Islanda e Portogallo, Paesi che registrano una rilevante mobilità sanitaria passiva. Ma questa voce di spesa, ossia l'import di beni e servizi per la salute, è in crescita in tutti i Paesi Ocse, anche con tassi a due cifre. In Italia, tra il 2006 e il 2011, l'import sanitario è cresciuto del 7,1% con una spesa pari allo 0,15% del totale. L'export invece è calato nello stesso periodo del 3,6 per cento. Segno che c'è ancora da lavorare, se l'Italia vuole cogliere tutte le opportunità offerte dalla direttiva sulle cure transfrontaliere, entrata in vigore il 25 ottobre scorso. È vero che l'export sanitario rappresenta una voce marginale in quasi tutti i Paesi Ocse, ma nella Repubblica Ceca rappresenta il 3,6 per cento. Anche Slovenia, Polonia e Ungheria hanno messo a segno percentuali superiori all'1% della spesa, dal momento che sono diventate destinazioni popolari per i pazienti di altri Paesi Ue, soprattutto per le cure odontoiatriche. Per Polonia e Slovenia, infatti, il valore dell'export sanitario è cresciuto rispettivamente del 19,4 e del 20,3 per cento.

Rosanna Magnano

quotidianosanita.it

Giovedì 27 NOVEMBRE 2013

Legge stabilità. Lorenzin: "Fondo sanitario 2014 è di oltre 109 miliardi"

La precisazione del ministero a "seguito di notizie destituite di ogni fondamento". Ribadito che non ci saranno nuovi ticket e che il finanziamento dello Stato al Ssn coprirà la mancata attivazione di quelli previsti dal decreto Tremonti del 2011, che, se non fossero stati cancellati dalla Corte Costituzionale, sarebbero dovuti scattare il prossimo 1 gennaio. Approvata anche [legge di Bilancio](#). Le tabelle del [ministero della Salute](#).

"In seguito a notizie destituite di ogni fondamento diramate nel corso della giornata odierna, il Ministero della Salute ribadisce che in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale è stata cancellata, con effetto retroattivo, la norma che istituiva ticket per due miliardi di euro a partire dal 2014".

Lo afferma una nota del ministero della Salute diffusa in serata che ricorda come "dopo la sentenza, il Governo ha provveduto, in seguito al Documento di Economia e finanza, a rivedere a rialzo il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale per il 2014".

"Pertanto - prosegue il ministero - la legge di stabilità nulla avrebbe potuto aggiungere, dal momento che la norma introduttiva dei nuovi ticket non è mai entrata in vigore. Il finanziamento dello Stato al fondo del Servizio sanitario nazionale, come già annunciato, ammonta nel 2014 a oltre 109 miliardi di euro".

"In seguito a notizie destituite di ogni fondamento diramate nel corso della giornata odierna, il Ministero della Salute ribadisce che in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale è stata cancellata, con effetto retroattivo, la norma che istituiva ticket per due miliardi di euro a partire dal 2014".

Lo afferma una nota del ministero della Salute diffusa in serata che ricorda come "dopo la sentenza, il Governo ha provveduto, in seguito al Documento di Economia e finanza, a rivedere a rialzo il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale per il 2014".

"Pertanto - prosegue il ministero - la legge di stabilità nulla avrebbe potuto aggiungere, dal momento che la norma introduttiva dei nuovi ticket non è mai entrata in vigore. Il finanziamento dello Stato al fondo del Servizio sanitario nazionale, come già annunciato, ammonta nel 2014 a oltre 109 miliardi di euro".

Intanto nella seduta di mercoledì 27 novembre, dopo l'approvazione il giorno prima del [ddl stabilità](#), è stata approvata al Senato la Nota di variazioni presentata dal Governo e infine, con 162 sì e 115 no, il disegno di legge di bilancio (ddl n. [1121](#)) con i relativi stati di previsione dei vari ministeri tra cui [quello della Salute](#). La manovra passa ora alla Camera per la seconda lettura.

IL PUNTO DI VISTA

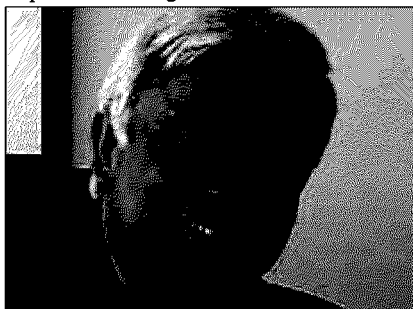
Bianco (Fnom): «Va ridefinito il profilo penale della colpa medica»

La giurisprudenza si è già orientata: ora modifiche nelle Pdl sulla responsabilità professionale

Il principio del consenso informato è sacrosanto, centrale, qualificante della relazione di cura. Altra cosa è l'opportunità di una riflessione che riqualifichi il profilo penale dell'atto medico che sia stato condotto, per esigenze contingenti o in casi estremi, in assenza o anche senza il pieno consenso. Questa l'opinione espressa dal presidente Fnomoce **Amedeo Bianco**. Che - da sempre grande sostenitore del primato dell'alleanza terapeutica - ricorda come ormai da anni la giurisprudenza abbia tenuto conto proprio delle circostanze in cui in determinate fattispecie l'atto medico viene condotto.

A cosa si riferisce in particolare?

Penso a esempio ai casi in cui il medico, acquisito il consenso per un determinato trattamento, si trovi in sala operatoria a dover decidere per il bene del paziente di fare un intervento diverso, magari più invasivo. In queste situazioni, pur avendo agito in scienza e coscienza, rispettando le buone pratiche e agendo per il bene del malato, il professionista è comunque passibile di essere portato davanti al giudice, in un processo penale. Per il codice penale, infatti, l'unica esimente all'invasività di un atto medico è il consenso informato, altrimenti si configura come una banale lesione all'integrità fisica. Questo è il risvolto, sul fronte penale, di una norma che pure ha grande validità sul piano etico e deontologico. Ed è proprio su questo aspetto che bisognerebbe intervenire...



In che modo?

Sulla scorta dell'evoluzione giurisprudenziale nelle sentenze delle supreme Corti, che ormai da anni tengono conto della buona fede, del contesto, dell'opportunità di un atto medico che per cause di forza maggiore sia stato svolto senza consenso informato, occorre pensare alla ridefinizione dei comportamenti colposi che hanno rilievo penale. La riflessione giuridica c'è già stata. Ora bisognerebbe lavorare a una maggiore formalizzazione: parte delle proposte di legge sulla responsabilità professionale all'esame del Parlamento punta, tra l'altro, ad affrontare la questione al riparo da ogni equivoco. Primo tra tutti:

mantenere intatta la valenza del consenso informato.

È un terreno che si presenta comunque scivoloso...

Senz'altro: è un terreno non di certezze ma di bilanciamento di diritti, del medico e del paziente. L'idea di fondo è sempre e comunque muoversi nell'ambito di una relazione di cura equilibrata, in cui il camice bianco e l'assistito mantengano ciascuno la propria sfera di autonomia e responsabilità. Resta fermo il criterio secondo cui il consenso del paziente è il limite oltre il quale non si può andare.

In questi mesi la Federazione dei medici sta rivedendo il suo Codice deontologico. Sotto questo profilo presenterà elementi di novità?

Nella nuova bozza del nostro Codice si sottolinea proprio il rilievo assoluto da attribuire al consenso. Che non va inteso come una mera legittimazione, "a futura memoria", dell'atto medico, ma deve piuttosto coinvolgere l'intera relazione di cura.

Una linea tracciata anche di recente dalla Cassazione, secondo cui il medico non deve mai limitarsi alla compilazione del modulo ma tenere conto dei profili, anche emotivi e culturali, del paziente...

E la Fnomoce è, appunto, in perfetta sintonia. Il consenso informato richiede tempi, luoghi e anche spazi dedicati, perché una comunicazione adeguata è un vero e proprio strumento di cura. Per il medico metterla in atto è un dovere, pur in un contesto di forte pressione sui tempi di lavoro.

Barbara Gobbi

Influenza A, non si ferma la polemica I morti sarebbero dieci volte di più

Le vittime sarebbero 200mila e non 20mila: considerando anche le cause correlabili al virus i decessi arrivano a 400mila

NOTIZIE CORRELATE

Influenza A, l'eccessivo allarmismo di chi aveva interessi (economici) in gioco

Lo speciale sull'influenza A

FORUM - Malattie infettive

Le vittime della pandemia di H1N1 del 2009, la cosiddetta influenza «suina» potrebbero essere state dieci volte più di quelle stimate dall'Oms. Ovvero 200mila, e non 20mila. Lo suggerisce uno studio su 26 Paesi della George Washington University pubblicato dalla rivista . Il conto fatto dall'Oms, precisano i ricercatori, si basa solo sui casi di H1N1 confermati in laboratorio, e si era fermato a poco meno di 20mila vittime in tutto il mondo (18.449). I ricercatori hanno invece stimato le morti per sindromi respiratorie nei Paesi considerati, allargando poi con metodi statistici il risultato a tutto il mondo.

ALTRE PATOLOGIE - Dal conteggio è emerso un numero di morti pari a circa 203mila, ma che diventa il doppio - oltre 400mila - se si tiene conto anche delle persone morte per altre patologie esacerbate dal virus. «Questo conferma che l'H1N1 era più pericoloso di quanto si è pensato dopo le prime stime - spiega l'autore principale, Lone Simonsen -. Inoltre abbiamo trovato che il peso maggiore dell'epidemia è stato sopportato dai giovani e da alcune zone dell'America Latina». I risultati confermano quelli di un'altra ricerca, pubblicata su , secondo cui i morti per l'influenza A sarebbero circa 15 volte di più di quelli stimati.

SOTTOSTIMATA - A 4 anni dalla «pandemia delle polemiche» (in uno studio recente sono stati messi in luce gli interessi economici degli esperti più allarmisti), che portò all'acquisto massiccio di vaccini rimasti in larga parte inutilizzati, lo studio pubblicato su *Plos One* rilegge l'epidemia, concludendo che fu nettamente sottostimata. Il lavoro è stato condotto da un team di 60 ricercatori, secondo cui su moltissimi pazienti deceduti il test di laboratorio per la ricerca del virus non è mai stato fatto. La maggior parte delle vittime, dunque, sarebbe sfuggita ai bilanci ufficiali. In altre parole lo studio proverebbe che, nonostante i dubbi di molti, quella del 2009 fu una vera pandemia. Con un impatto particolarmente

pesante, in termini di decessi, in particolare «fra le persone giovani e gli abitanti di alcune aree del continente americano», spiega Simonsen.

I GIOVANI - Secondo lo studio, dal 62% all'85% dei morti della pandemia era di età inferiore ai 65 anni. Un dato in netto contrasto con le normali epidemie di influenza stagionale, durante le quali i decessi riguardano soprattutto gli anziani. A livello geografico, secondo la nuova ricerca i Paesi con più vittime sono stati Messico, Argentina e Brasile, mentre i tassi di mortalità sono stati largamente inferiori in Nuova Zelanda, Australia e nella maggior parte d'Europa.

stampa | chiudi

Solo 2 italiani su 10 al riparo dai rischi cardiovascolari

DA ROMA

Solo in Italia, le patologie cardiovascolari causano ogni anno 250 mila morti, il 44% del totale dei decessi. Eppure, gran parte di queste malattie può e deve essere prevenuta. Come? Rispettando quelli che l'*American Heart Association* ha definito i "determinanti di salute cardiovascolare", i sette fattori ideali, cioè, che riducono il gap tra longevità e salute. Questi "assi salva-cuore" sono noti: valori glicemici accettabili, astensione dal fumo di sigaretta, dieta equilibrata che contempli una ordinaria assunzione di frutta e verdura, regolare attività fisica, peso nei limiti, pressione arteriosa e colesterolo nella norma. Per quanto questi elisir possano essere conosciuti e anche facilmente osservati, sono ancora troppo pochi gli italiani in possesso dei sette "assi" che preservano da eventi temibili quali l'infarto del miocardio e l'ictus. Secondo uno studio realizzato dall'Università Cattolica - Policlinico Gemelli di Roma, in media, solo quattro dei sette fattori protettivi sono ampiamente diffusi, e solamente due abitanti del Belpaese su cento li hanno tutti e sette. Al contrario, una persona su dieci ne presenta meno di tre. Il dato emerge dalla ricerca - pubblicata dall'*European Journal of Public Health* -, condotta nell'ambito della campagna "Controllo il tuo colesterolo", promossa lo scorso anno per sensibilizzare la gente sul tema della prevenzione cardiovascolare, e realizzata nei centri commerciali di sette città del Centro-nord. 1.110 cittadini hanno compilato un questionario sulle abitudini di vita e misurato alcuni parametri vitali ed

ematocimici. «La nostra ricerca - spiega il professor Francesco Landi, del Dipartimento di Geriatria, neuroscienze e ortopedia del Policlinico Gemelli - aveva come obiettivo quello di stabilire quanti e quali determinanti di salute cardiovascolare vengono rispettati tra la popolazione di un Paese mediterraneo quale l'Italia. Il campione, costituito per il 56% da donne, comprendeva individui di età media pari a 56 anni». La presenza di valori glicemici accettabili è risultato il parametro ottimale più diffuso nel campione (96%). A seguire, l'astensione dal fumo e il rispetto di una dieta corretta, si sono rivelati stili di vita maggiormente seguiti (rispettivamente nell'84% e nel 76% dei casi). La stessa cosa non si può dire del rispetto di una regolare attività fisica: solamente una persona su due ha dichiarato di praticarla almeno due volte a settimana, con una netta e preoccupante prevalenza di sedentari tra le fasce d'età più giovani. Similmente, una persona su due è risultata essere in sovrappeso, oppure obesa. «Ma i dati più eclatanti - fanno notare i ricercatori - riguardano pressione arteriosa e colesterolo: solo tre persone su dieci presentavano valori di colesterolo ritenuti normali e due su dieci valori pressori adeguati». Si tratta di rischi, aggiunge Landi, «facilmente individuabili e aggredibili attraverso la correzione degli stili di vita e i trattamenti farmacologici che, almeno nell'ambito della nostra popolazione, sono trascurati e spesso misconosciuti». Insomma, l'Italia è ancora lontana dagli standard suggeriti dalle comunità scientifiche internazionali: significa che c'è ancora un ampio spazio di manovra per ridurre rischi e mortalità.

Vito Salinaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

studio Cattolica

Ancora troppo pochi risultano in possesso dei 7 "assi salva-cuore": valori glicemici, pressione arteriosa e colesterolo nella norma, astensione dal fumo, dieta equilibrata, regolare attività fisica e peso nei limiti



NEL GIORNALE

■ **Sanità**

*Italiani in rete
a caccia di farmaci
e nuove terapie*

SALINARO A PAGINA **10**

Un cittadino su tre online per ottenere consulenze e commenti su malattie. Cresce anche il numero di chi prenota visite e acquista medicine. Ma occhio alle truffe

**SALUTE
E SOCIETÀ**

Ricerca Alkemy: il web utilizzato più del farmacista anche per confrontarsi con altri pazienti. Blog e canali di ricerca diventano le moderne «sale di attesa virtuali»

Farmaci e nuove terapie? Le cerchiamo su Internet

DI VITO SALINARO

Sarà perché il digitale ci segue ormai pure sotto la doccia; sarà perché la crisi ha modificato i nostri stili di vita indirizzandoci verso modelli più parsimoniosi. Sta di fatto che gli italiani utilizzano sempre di più il web anche in ambito sanitario: lo fanno per ottenere informazioni e consulenze sulle patologie di cui sono affetti ma anche per ordinare farmaci che, online, possono costare meno. Secondo una rilevazione dell'Osservatorio di Alkemy, società specializzata nella consulenza digitale, oltre un terzo degli italiani ricorre al web con queste finalità.

Dalla ricerca, che ha fotografato il mondo del farmaco su Internet raccogliendo e aggregando dati Censis, ma anche Google Usa e Google Trends Forrester, emerge che i pazienti, in numero crescente, cercano indicazioni, commenti e scambi di esperienze: se il medico di base rimane la fonte primaria per ottenere informazioni mediche (56%), Internet viene utilizzato (11%) più del farmacista (4%), principalmente per ottenere chiarimenti sulle malattie (90%), sulle strutture a cui rivolgersi (59%), e per confrontarsi con altri utenti. E così, blog, canali di ricerca e forum online diventano le «nuove sale di attesa virtuali». Secondo la casa farma-

ceutica Pfizer, ogni giorno sarebbero più di 500 i gruppi che si incontrano «solo per parlare di diabete», ben 36 mila i video dedicati a interventi chirurgici, e 170 mila i pazienti iscritti a social network specializzati che parlano della loro condizione cronica e che dedicano spazio a possibili trattamenti terapeutici. Anche per questa ragione le aziende del settore farmaceutico stanno investendo nel web e monitorano di continuo gli spazi di visibilità e di discussione per interagire nel modo più congeniale con i consumatori: da questa esigenza, osserva Alkemy, «hanno avuto origine una serie di applicazioni e di siti per gestire in maniera integrata il canale online con quello offline». Insomma, i canali digitali non hanno ancora sostituito quelli fisici ma per le aziende diventa sempre più importante «ascoltare il web» per costruire strategie di marketing e comunicazione. Non a caso, Sanofi Aventis ha creato, nel 2012, un canale Youtube dedicato per rispondere ai quesiti principali sul diabete, mentre una app, *Go Meals*, consente di calcolare la calorie ingerite dal malato, monitorando il livello di glucosio nel sangue.

Anche i servizi si stanno ormai ampiamente diffondendo sul web: accanto alle prenotazioni di visite e di esami (15%), il 3% vi acquista farmaci. E gli stessi medici fanno largo uso del canale digitale: i dati di Google evi-

denziano come frequente sia l'utilizzo di Internet da parte dei professionisti per approfondimenti sui pazienti, per aggiornamenti scientifici e, soprattutto, per informazioni sui prodotti farmacologici dopo aver parlato con un rappresentante farmaceutico (34%), o dopo aver visto la promozione di un farmaco e per ottenere informazioni sulle controindicazioni (61%).

Ma non sempre Internet è consigliabile: se in qualche occasione gli aggiornamenti e le novità terapeutiche, viaggiando veloci, possono costituire un'ancora di salvezza, non di rado, la Rete, a causa delle innumerevoli fonti poco affidabili, può contenere indicazioni sbagliate quando non controproducenti; senza contare le truffe legate alla vendita di farmaci online contraffatti, la cui origine non è verificata e i cui principi attivi sono spesso sconosciuti.

A proposito di farmaci, Alkemy ha esaminato le parole più ricercate su Google e i risultati hanno mostrato come il nome dei principi attivi abbia superato quello dei brand. «Se Aspirina e Tachipirina sono ancora i termini più cliccati rispetto all'acido acetilsalicilico e del paracetamolo, le ricerche legate all'ibuprofene hanno superato quelle del Moment o dello Spidifen». Ma tra i mucolitici, «il brand prevale sul principio attivo: Fluimucil è ancora più ricercato dell'acetilcisteina».

SCENARI FRONTIERE

LA CONTROVERSA
DELLA
SETTIMANA

Tutti in cura con i farmaci anticolsterolo?

Dai cardiologi americani arrivano nuove linee guida antiinfarto che estendono a molte più persone (in pratica, a quanti varcano la soglia dei sessant'anni) la terapia con le statine, anche per chi è sano e con le analisi a posto. E molti esperti le stanno già contestando.



IN ITALIA I MEDICI DECIDONO IN BASE AL PAZIENTE

Per buttarla in scherzo si potrebbe dire che, a dar retta alle raccomandazioni americane, a non prendere le medicine anticolsterolo rimarranno solo i bambini. Le nuove linee guida pubblicate un paio di settimane fa dall'American college of cardiology e dall'American heart association su chi e quando dovrebbe prendere le statine hanno suscitato un putiferio. Le nuove indicazioni introducono due sostanziali novità rispetto al passato. La prima è che non c'è più un livello fisso cui mirare nell'abbassare il colesterolo cattivo: si dice solo che i medici devono valutare il rischio complessivo del paziente, se ha già avuto o no un infarto, se ha altre malattie, se è iperteso e, nel caso abbia anche il colesterolo alto, occorre prescrivergli le statine per abbassarlo.

Questo primo cambiamento è stato accolto con favore dalla comunità medica. «Si è riconosciuto che non ci sono prove convincenti che ad abbassare il colesterolo cattivo oltre una certa soglia, il che fra l'altro significa dare al paziente un alto dosaggio di farmaci, si salvino vite» osserva Cesare Sirtori, direttore del Centro dislipidemie dell'Ospedale Niguarda di Milano. «Si torna a considerare

più importante il paziente specifico piuttosto che il dato del colesterolo, come già facciamo in Italia con le carte del rischio sviluppate con il Progetto cuore» aggiunge Aldo Maggioni, direttore del centro studi dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri.

Ma proprio qui nasce il problema. Le linee guida americane raccomandano un nuovo sistema per il calcolo del rischio in base al quale, di fatto, una persona sana con le analisi a posto, che non fuma e non ha altre malattie, più o meno allo scoccare dei 60 anni (58 per un uomo, 63 per una donna) deve iniziare a prendere le statine. Invecchiando si diventa in automatico consumatori di farmaci anticolsterolo? Il buon senso dice che c'è qualcosa che non funziona. Diversi esperti hanno già preso posizione dicendo che il rischio così calcolato è fasullo. Alcuni hanno parlato di «calculator-gate» a proposito del pasticcio di questa storia. Oltretutto contraddittoria: nelle nuove linee guida prima si riconosce che ridurre a ogni costo il colesterolo non è così importante. Ci si aspetta di conseguenza che i medici vengano invitati a prescrivere meno farmaci. E invece alla fine viene fuori un sistema che sicuramente allarga (a dismisura secondo alcuni) la quantità di persone in cura con le statine.

Questi farmaci hanno avuto uno spettacolare successo commerciale negli ultimi trent'anni. In Italia sono al primo posto di spesa fra le medicine per il cuore (12,40 euro a testa l'anno). Eppure, il successo in farmacia non coincide con la loro attuale reputazione. I loro effetti collaterali sembravano irrilevanti vent'anni fa. «Oggi» dice Sirtori «uno su quattro dei miei pazienti ha problemi muscolari o di altro tipo con le statine e mi chiede di smettere di prenderle. Oltre i 70 anni, poi, il colesterolo un po' alto è un fattore di rischio inferiore a tanti altri. Se poi il colesterolo "buono" ha valori elevati, le statine potrebbero addirittura essere controindicate». In Italia è improbabile che si arrivi a eccessi come quelli americani, dove una persona su quattro oltre i 40 anni prende le statine. Le carte del rischio italiane sono più prudenti. E da noi, più che affidarsi agli algoritmi, il medico di solito visita il paziente, indaga sulle sue abitudini e sulle malattie presenti in famiglia. La ricetta è solo l'ultimo passo, quando i benefici della pillola superano i rischi. (Chiara Palmerini)

160mg/dl

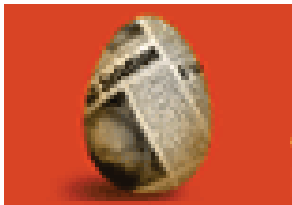
il valore del colesterolo «cattivo» (Ldl, a bassa densità) oltre il quale si prende in considerazione l'utilizzo di statine per abbassarlo.

Tumore del pancreas in aumento, fumo aumenta rischio del 70%

Colpiti 12mila italiani l'anno; via Campagna nazionale 'Pancrea'

27 novembre, 13:16

(ANSA) - ROMA, 27 NOV - Particolarmente aggressivo, difficile da individuare in fase iniziale e in costante aumento: è il tumore del pancreas, che in Italia colpisce ogni anno oltre 12.000 persone. Ma un'arma vincente c'è, ed è la prevenzione. La dimostrazione è tutta in un dato: il solo fumo da sigaretta, avvertono gli oncologi, aumenta il rischio del 70%. Proprio per promuovere la prevenzione, nasce una nuova alleanza tra oncologi e medici di famiglia, con il tour 'PanCrea' per sensibilizzare i cittadini in 7 Regioni anche sugli stili di vita. La campagna nazionale firmata dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) è stata presentata oggi a Roma ed ha come testimonial Valentina Vezzali, nel doppio ruolo di onorevole e di campionessa sportiva. "La nostra attenzione su questa patologia - spiega il presidente Aiom Stefano Cascinu - diventa altissima: per la prima volta in Italia abbiamo deciso di mobilitare specialisti, medici di famiglia, associazioni e Istituzioni per creare un'alleanza contro questa neoplasia. Abbiamo lanciato la campagna 'PanCrea' per spingere i cittadini ad adottare stili di vita sani. Ma non solo: se vogliamo aumentare le diagnosi precoci, dobbiamo rafforzare la collaborazione con i medici del territorio, che meglio possono individuare le situazioni a rischio". E' infatti fondamentale, sottolinea anche Claudio Cricelli, presidente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), "rafforzare il collegamento tra specialista e 'camice bianco' per indirizzare precocemente il paziente ai centri di riferimento". Il tour 'Pancrea' partirà a gennaio 2014. "Per la campagna abbiamo realizzato due opuscoli informativi e sta per partire - aggiunge l'oncologo Francesco Cognetti, presidente della Fondazione 'Insieme contro il cancro' - il primo sondaggio nazionale per capire quanto fanno gli italiani su questo tipo di tumore e sulle neoplasie più in generale". Intanto, affermano gli esperti, si cominciano a registrare significativi passi avanti nella ricerca, con la messa a punto di nuove molecole come il paclitaxel, un trattamento che sfrutta le più recenti scoperte in ambito di nanotecnologia. La molecola, affermano gli oncologi, "rappresenta un punto di svolta contro il tumore del pancreas, in quanto determina un aumento significativo nella sopravvivenza a un anno e potrebbe essere resa disponibile in Italia nel corso del 2014". (ANSA).



AGI Solution

27-11-2013

Lettori

179.000

TERRA FUOCHI: ONCOLOGI, MONITORARE ANDAMENTO TUMORI

(AGI) - Roma, 27 nov. - "Quando c'e' un inquinamento diffuso (come quello accertato nella cosi' detta 'Terra dei fuochi', ndr) non c'e' da stupirsi che ci sia un aumento dei tumori. Per quanto ci riguarda, come Associazione italiana di oncologia medica, non abbiamo effettuato rilevazioni specifiche ma di certo possiamo aspettarci un aumento di tumori legati all'utilizzo dell'ambiente, come i tumori a fegato, stomaco, pancreas e colon. Il monitoraggio del territorio e dell'andamento di queste patologie da parte dei nostri medici ci consentirebbe di avviare attivita' di prevenzione secondaria, mirate quindi a queste neoplasie". Lo ha sostenuto il presidente dell'Aiom, Stefano Cascinu, a margine della conferenza stampa di presentazione della campagna "PanCrea: creiamo informazione", iniziativa di informazione e sensibilizzazione sul tumore al pancreas. Sul fronte dei prodotti alimentari e del rischio per la salute legato al loro consumo, Cascinu ha tenuto a sottolineare quanto "siano ingiustificati gli allarmi su questi prodotti perche' - ha ricordato - le agenzie territoriali e i Nas operano costantemente sul fronte dei controlli e non consentirebbero mai l'immissione in commercio di prodotti pericolosi o contaminati. Esattamente come e' successo tempo fa - ha ricordato in conclusione - nel caso delle mozzarelle".

<http://scm.agi.it/login.phtml>

PARLA CARROZZA

**«Università:
41 milioni
per il merito
poi riforma dei
finanziamenti»**

Eugenio Bruno ▶ pagina 11

INTERVISTA

Maria Chiara Carrozza

Ministro Istruzione

«Prima i 41 milioni per il merito, poi la riforma dei finanziamenti»

«Per i Pon nazionali sulla ricerca servono 3 miliardi, Stato e Regioni collaborino»

« Servono più borse di specializzazione in medicina con le risorse del Fondo sociale europeo»

Eugenio Bruno
ROMA

Il semestre di presidenza italiana dell'Ue dovrà essere anche il semestre della ricerca. A chiederlo con forza è il ministro Maria Chiara Carrozza. Che invoca non solo più fondi ma anche una maggiore convergenza tra Stato e Regioni. Senza dimenticare però le emergenze che attanaglia l'università. In primis la riduzione delle risorse che penalizza gli atenei meritevoli. E qui la buona notizia è doppia: prima dovrebbero arrivare (forse in due anni) i 41 milioni saltati dal decreto istruzione, poi si rimetterà mano all'intero sistema di finanziamento per il futuro.

Il presidente della Crui Paleari su questo giornale ha chiesto di recuperare almeno 100 milioni di tagli sul 2013. Ci riuscite?

Credo che gli spazi e le risorse sul 2013 siano troppo pochi. Capisco e comprendo il grido di dolore che viene dai rettori delle università italiane, ma devo dire che ho trovato una situazione drammatica in termini di risorse allocate per università e ricerca. Ho trovato il diritto allo studio praticamente azzerato e ho cercato di dare almeno

100 milioni di euro stabili a partire dal 2014. Ho trovato un taglio considerevole ai fondi Ffo delle università e ho ottenuto nella legge di stabilità a partire dal 2014 un reintegro parziale di 150 milioni di euro. Ho ricevuto in eredità dai governi precedenti una situazione in cui di fatto non ci sono fondi disponibili per la ricerca se non poche decine di milioni di euro. Ora bisogna riportarla al centro dell'attenzione.

Come?

In Italia si parla troppo poco di scienza, di ricerca e di tecnologia. Faccio riferimento ai recenti vertici con la Francia, la Russia e anche con la Serbia e ai Consigli europei dell'istruzione, che hanno una grandissima importanza perché la reputazione dell'Italia in termini di politica economica e di capacità di portare il paese verso la crescita dipende anche dagli investimenti che fa nei settori della ricerca scientifica. Anche nelle conferenze stampa sono stati messi in evidenza gli accordi in campo scientifico. È importante quindi che la presidenza italiana del Consiglio europeo venga preparata bene e per tempo. Tra l'altro noi scontiamo una struttura amministrativa che non ha la percezione che scienza, ricerca e innovazione siano la stessa cosa.

In che senso?

Le faccio un esempio pratico. Parliamo di fondi strutturali. Noi ora dobbiamo definire i nostri Pon e non è pensabile che nei piani operativi nazionali non investiamo almeno 3 miliardi in ricerca. Ma è molto importante che Stato e regioni convergano su un utilizzo di questi fondi perché ne

abbiamo un gran bisogno. Io per ricerca intendo tutta, quella umanistica, quella tecnologica, quella pubblica e privata. In Italia abbiamo trascurato per anni il campo scientifico e anche l'impatto che la comunità scientifica può avere sulle decisioni dei governi.

Come valorizzarla?

Intanto è una questione culturale e quindi da oggi intendo utilizzare tutti i possibili strumenti di comunicazione, come la televisione, per far capire a tutti gli italiani l'importanza dell'investimento in ricerca.

Come ha fatto Confindustria scegliendo Porta a Porta per l'XI giornata dell'innovazione...

Io sono molto grata a Confindustria. E ho avuto un grande feedback da quella trasmissione. Per i ricercatori è stato un segnale che Confindustria e la Rai considerano la ricerca importante. Ce ne fossero di esempi così. Ci vorrebbero meno talk show sulla decadenza di Berlusconi e più talk show su qual è oggi il rapporto tra scienza, ricerca e società.

A proposito di ricercatori ci conferma che il 2014 sarà il loro anno?

Nel 2014 dovremo fare due cose molto importanti. La prima è

che sarà l'anno dell'empowerment dei ricercatori e quindi bisognerà concentrare tutte le risorse perché i ricercatori diventino indipendenti e in grado anche di partecipare ai progetti europei in modo più strutturato. Occorre aumentare il numero dei ricercatori e aumentare la dotazione di programmi di ricerca libera in Italia. La seconda cosa importante è parlare di accesso all'università, soprattutto a medicina, formazione dei medici e specializzazione. Ho trovato una situazione catastrofica sia sui test di ammissione, che nel 2014 saranno ad aprile, sia sulla formazione e la specializzazione dei medici. Abbiamo test di accesso per 10 mila studenti di medicina e borse di studio per 2.500 specializzandi. Sto provando a trovare risorse nel campo del Fondo sociale europeo per sostenere la spesa per la specializzazione dei medici.

Oggi vedrà i rettori del Sud che contestano il decreto sui punti organico. Che dirà?

Dirò che innanzitutto non si può parlare di università del sud, del centro e del nord. Perché ci sono molte differenze tra università e università. Anche tra quelle del sud ce ne sono



alcune che hanno dotazioni di punti organico, ma non li stanno utilizzando. Così come ci sono università con i bilanci in crisi e altre che hanno fatto risanamento. A me non interessa solo la situazione attuale del bilancio, ma anche cosa si è fatto per migliorarlo negli anni. Ho tutti i dati sia in termini di bilancio che di risorse stanziate, ad esempio, con i vari piani sud. Metterò online la tabella con tutti i finanziamenti che i vari atenei ricevono dal ministero. Quello che conta sarà riformare il sistema di finanziamento dell'università e soprattutto eliminare questo sistema cervelotico di distribuzione dei fondi a vantaggio di uno trasparente e semplice. Questa è la sfida più alta che abbiamo al ministero.

Su quali basi si poggerà?

Deve esserci una piattaforma di base di finanziamento e di distribuzione di capacità assunzionali, ma al tempo stesso spingere il più possibile sull'utilizzo di parametri meritocratici per la distribuzione dei fondi. Penso anche che i rettori debbano ripristinare un dialogo costruttivo con il ministero utilizzando la Crui come luogo di elaborazione di proposte e non come integrazione di lamentele. La conferenza dei rettori deve essere all'altezza della comunità scientifica italiana e fare proposte di miglioramento.

Nel dl istruzione non si è riusciti a recuperare i 41 milioni promessi agli atenei. Arriveranno?

I 41 milioni erano risorse per infrastrutture di ricerca considerate in perenzione anzitempo e stiamo lavorando perché vengano recuperate nella legge di stabilità alla Camera.

La polemica

Scambi di accuse e anche un finto cimitero con le foto di beagle

ESPERIMENTI SUGLI ANIMALI È MURO CONTRO MURO

ELENA DUSI

L'Italia non è un paese per scienziati? L'accusa lanciata da *Nature Neuroscience* in un duro editoriale ha ricevuto risposte da molti fronti. Lo spunto era la discussione di una nuova legge sulla sperimentazione animale, che impedirebbe uso e allevamento di cani, gatti e primati, imporrebbe l'analgesia prima di ogni procedura e vieterebbe test su droghe e sostanze d'abuso e xenotrapianti. Quest'ultima è una pratica molto diffusa nella ricerca sul cancro: prevede il trapianto di cellule tumorali umane nei topi per cercare negli animali una possibile cura.

La prima replica è arrivata in mattinata in un appezzamento verde accanto all'Istituto Mario Negri di Milano, che effettua ricerche sui farmaci con animali da laboratorio. Qui il movimento Animal Amnesty ha allestito un finto cimitero con la foto di un beagle su ogni croce. Per il 30 novembre la stessa Animal Amnesty ha annunciato un corteo a Milano contro il Mario Negri.

L'Associazione Coscioni per la libertà di ricerca scientifica, dal canto suo, ieri ha inviato una replica a *Nature*. «Di fronte alle eccessive restrizioni della legge presenteremo un ricorso alla Corte Costituzionale», annuncia la segretaria Filomena Gallo. Ma oltre a denunciare il fossato crescente fra scienza e società in Italia, *Nature* aveva puntato il dito anche contro gli scienziati, inadeguati nel comunicare l'importanza delle cavie in medicina, quindi colpevoli per «la sfiducia e le false informazioni diffuse tra la

popolazione». «Ma il clima politico in Italia è tale - replica Gallo - che solo le posizioni populiste trovano spazio sui media o sono ascoltate dai legislatori. Il metodo Stamina ne è una prova».

Mentre sul cimitero del Mario Negri e sulle lettere di minacce ricevute negli scorsi mesi da vari scienziati sta indagando la Digos, sul sito di *Repubblica.it* si è aperto un vivace dibattito che fa capire quanto il tema della sperimentazione animale sia coinvolgente e quanto divida. L'Eurispes chiede ogni anno agli italiani: «Come si dichiara a proposito della vivisezione (ovvero la sperimentazione sugli animali vivi)?». Nel 2013 l'87,3% delle persone si è detto contrario, in aumento rispetto all'anno precedente (86,3%). Con l'iniziativa di legge popolare "Stop Vivisection", che tra aprile 2012 e primo novembre 2013 ha raccolto in Europa oltre 1,1 milioni di firme, si chiede a Bruxelles una norma che cancelli *tout court* l'uso delle cavie. Anche una ditta che produce cibo per animali ha pensato di fare breccia sui consumatori trasmettendo uno spot tv contro la vivisezione. L'iniziativa però è stata in parte un boomerang: è stata criticata perché in molti alimenti per cani e gatti si usa proprio carne animale. I giovani ricercatori che sostengono un uso regolamentato della sperimentazione animale si sono intanto riuniti nel movimento Pro Test. Dario Padovan, biologo, ne è il coordinatore: «Solo il vaccino contro il morbillo, che non sarebbe mai stato possibile senza gli animali, ha salvato 2,5 milioni di vite umane».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

