



adnkronos
salute

○ 30 settembre 2014

○ NUMERO 140 | ○ ANNO 8

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

L'Italia guiderà strategie mondiali sui vaccini *Incarico ricevuto a Washington per i prossimi 5 anni*

L'Italia guiderà nei prossimi 5 anni le strategie e le campagne vaccinali nel mondo. È quanto deciso al Global Health Security Agenda che si è svolto alla Casa Bianca. Il nostro Paese, rappresentato dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin, accompagnata dal presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) Sergio Pecorelli, ha ricevuto l'incarico dal Summit di 40 Paesi cui è intervenuto anche il presidente Usa Barack Obama. "È un importante riconoscimento scientifico e culturale all'Italia, soprattutto in questo momento in cui stanno crescendo atteggiamenti ostili contro i vaccini - ha dichiarato Pecorelli - dobbiamo intensificare le campagne informative in Europa, dove sono in crescita fenomeni antivaccinazioni. Si tratta di un'operazione che l'Italia intende condurre con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori, incluse le

università. Per prevenire la diffusione di malattie da tempo eradicata nei paesi occidentali e che, oltre all'impatto drammatico che hanno su decessi e patologie evitabili, impongono costi rilevanti ai sistemi sanitari". "Sul tema della salute dobbiamo rafforzare la cooperazione internazionale - ha affermato Lorenzin - quella dei vaccini sarà una delle priorità durante il semestre italiano di presidenza Europea. Il nostro Paese si trova al centro dell'area mediterranea e le molte crisi internazionali hanno portato a nuovi imponenti flussi migratori. È necessario rafforzare i controlli nei confronti di malattie endemiche riemergenti come polio, tubercolosi, meningite o morbillo. Se vogliamo evitare il collasso dei sistemi sanitari dobbiamo rafforzare i processi di vaccinazione verso tutte le persone che vivono in Europa".

Sanita': Lorenzin, meno consumo farmaci con corretti stili vita Ministro a inaugurazione corso Dipartimento Farmacia Un. Napoli

(ANSA) - NAPOLI, 29 SET - " Le Scienze Nutraceutiche sono l' utilizzo del cibo come elemento curativo". Lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, intervenuta all' inaugurazione del corso in Scienze Nutraceutiche presso il Dipartimento di Farmacia dell' Universita' Federico II di Napoli.

Il corso, a numero programmato con un massimo di 100 iscritti, e' il primo in Italia nel suo genere ed ha durata triennale e - come sottolineato - " amplia l' offerta formativa del Dipartimento indirizzata a rispondere alle nuove esigenze del mercato del lavoro".

" Il corso - ha detto il ministro - e' alla base di un' evoluzione sul fronte della prevenzione. Il nostro obiettivo

- ha aggiunto Lorenzin - deve essere quello di ridurre il consumo di farmaci e per farlo bisogna accentuare i corretti stili di vita, i comportamenti sani anche a tavola e l' utilizzo di alcuni elementi nutrizionali". Il ministro ha sottolineato che " i comportamenti alimentari sani ci consentiranno di spendere meno in farmaci e di mantenere le persone piu' a lungo sane e in perfetta salute".

Il corso permettera' agli studenti di avere una conoscenza approfondita degli alimenti, dei loro principi attivi e delle loro potenzialita' farmacologiche. " Oggi - ha detto il Rettore della Federico II Gaetano Manfredi - c' e' grande attenzione al rapporto con il cibo che diventa non piu' solo fonte di sostentamento, ma anche strumento di miglioramento della qualita' della vita".

Una nuova offerta formativa, quella proposta dall' Ateneo federiciano, che - ha concluso il rettore - " offrira'

opportunita' ai giovani e che prosegue il nostro impegno per coniugare offerta formativa e mondo del lavoro". Alla presentazione, tra gli altri, sono intervenuti l' assessore regionale alla Ricerca Guido Trombetti e il direttore del Dipartimento Novellino. (ANSA).

YKN-TOR

Parto a domicilio. Aspetti controversi. Adesso viene anche incentivato in alcune Regioni ma rimane osteggiato da ginecologi e neonatologi. Tra umanizzazione, risparmi e sicurezza

Scelta rischiosa meglio creare le case maternità

ELVIRA NASELJI

PARTORIRE a casa propria, in un ambiente sereno e accogliente. Un'idea cara a molte donne, una realtà in molti paesi del Nord Europa (l'Olanda ha il record mondiale con il 23 per cento nel 2009) e che, a poco a poco, si fa strada anche in Italia (stima di poco più di un migliaio per anno), grazie anche al fatto che molte regioni, Lazio per ultima, hanno deciso di rimborsare il parto a domicilio. Secondo ginecologi e neonatologi, però, è una scelta che non andrebbe incentivata ed è addirittura azzardata, poiché non tiene conto dell'imprevedibilità nascosta dietro ogni parto. D'altro canto, però, poco hanno fatto gli stessi ginecologi per aiutare le donne a non sentirsi pazienti e malate, protagoniste di un evento naturale e non di un atto medico. E poco è stato fatto - tranne rare eccezioni - per rendere più umani i luoghi del parto e assecondare quella legittima voglia di serenità che molte si sposano con sale parto affollate e rumorose.

La motivazione principale dei detrattori del parto in casa è che può essere rischioso per mamma e bambino. La Npeu inglese (National perinatal Epidemiology unit) però, in uno studio sui luoghi di nascita, ha stabilito che - per le donne a basso rischio - la possibilità di eventi avversi non vada oltre i 4,3 ogni mille nascite. Per le non primipare - dice lo studio - nascere a casa o in unità gestite da ostetriche comporta lo stesso rischio, mentre per chi è al primo figlio il rischio appare più che doppio (9,3 eventi contro 4,3) tanto da richiedere il trasporto in ospedale nel 45% dei casi.

«In un parto non si può prevedere tutto - premette Paolo Scollo, presidente Sigo, società italiana dei ginecologi ospedalieri - e mentre è facile definire fisiologica una gravidanza, il parto si definisce fisiologico solo dopo la nascita del bambino. Possono capitare

eventi - tutt'altro che rari - chesi trasformano in emergenza e vanno gestiti con estrema tempestività e in una struttura adatta. Chi seleziona poi le donne che possono partorire in casa, soltanto l'ostetrica? Credo che l'umanizzazione dei luoghi del parto non possa far passare in secondo piano la sicurezza. Per questo la Sigo chiede di chiudere i punti nascita dove si fanno meno di 500 parti all'anno. Pensiamo prima alla sicurezza, e poi all'umanizzazione. E credo che le risorse per i parti in casa non dovrebbero essere utilizzate per incentivare possibili rischi».

I neonatologi, se possibile, sono ancora più contrari. Tanto che il loro presidente, Costantino Romagnoli, direttore della terapia intensiva neonatale al policlinico Gemelli di Roma, si chiede quale senso abbia partorire in casa nel 2014. «Non abbiamo un'organizzazione sanitaria che consenta una soluzione di questo tipo - ragiona - negli Stati Uniti i birth center sono stati chiusi dopo tre anni perché erano triplicati i numeri delle asfissie neonatali. Bisogna invece cercare un equilibrio tra sicurezza e medicalizzazione. Con i tempi di ricovero abbreviati ci sono stati cento casi di ittero nucleare che non avevamo quando si rimaneva in ospedale due giorni in più. In Friuli con le dimissioni a 24-48 ore ebbero tanti di quei problemi che dovettero attivare un ambulatorio per affrontarli e si accorsero che costava il triplo che tenere mamme e bambini qualche giorno in più. Insomma non vorrei che ci fosse dietro anche un interesse economico, perché rimborsare 800 euro per un parto in

casa è più conveniente che rimborsarne 1500 all'ospedale. Altro che chiudere i punti nascita sotto i 500 parti, bisognerebbe chiudere quelli sotto i mille».

E rincara la dose Riccardo Davanzo, neonatologo al Burlo Garofolo di Trieste e fautore dell'allattamento al seno e di una maggiore umanizzazione della nascita. «La sanità pubblica non dovrebbe incentivare questa scelta - precisa - chi vuol partorire in casa non dovrebbe avere un rimborso dal sistema sanitario nazionale. Bisogna far capire alla donna che è rischioso. La soluzione potrebbe essere la casa maternità collegata all'ospedale, come la Margherita a Firenze, divisa dal Careggi da un corridoio di 50 metri e gestita da ostetriche. Non è come partorire in casa, ma è un luogo tranquillo e confortevole e dà maggio-

re sicurezza alla mamma e al neonato. Il parto in casa è un'opzione che un pediatra non può incoraggiare, anche se fosse prevista la presenza di un medico. Perché darebbe una sicurezza che non è in grado di dare e perché i costi - in termini sanitari e di ritardo intervento - ricadrebbero sul sistema sanitario. L'ospedale resta il luogo più sicuro ed economico».

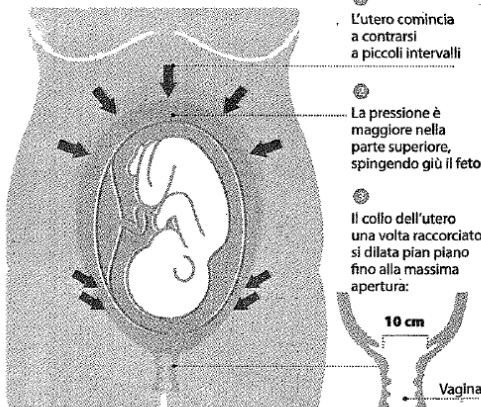
Del resto l'Italia è il paese con il più basso numero al mondo di morti materne, 3,9 su centomila nascite, e neonatali (3,4 per mille contro la media Ue di 4,3 per mille). In Gran Bretagna muoiono 8,2 donne su centomila nascite, negli Stati Uniti addirittura 16,7. Quindi il sistema nasce in Italia funziona e funziona anche molto bene.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



In video
Il parto a domicilio e i possibili rischi anche a Rnews (ore 13,45 e 19,45) su Repubblica.it, su canale 50 del digitale terrestre e 139 di Sky.

CONTRAZIONI E DILATAZIONE



POSSIBILI COMPLICANZE

BAMBINO

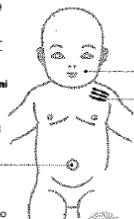


Asfissia neonatale
La scarsa ossigenazione può danneggiare organi e tessuti

Vasi sanguigni schiacciati

Le contrazioni diminuiscono il flusso di sangue attraverso il cordone e il feto riceve meno ossigeno

La distorsione della spalla
Accade quando la spalla del bambino rimane incastrata dietro l'osso pubico della mamma



MADRE

Parti di lunga durata possono dar luogo a sofferenza materna e fetale

Tromboembolie e disturbi ipertensivi

Infezioni del canale di parto

Strappi vaginali
Fessure profonde nella parete vaginale spesso a causa dell'uso di forcipe o spatole

Emorragia

Lacerazioni del perineo
La causa principale è la mancata dilatazione del perineo

Le fasi del travaglio

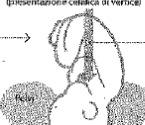


La placenta
Fornisce al feto ossigeno e nutrizione e rimuove gli scarti del metabolismo del bambino

Il cordone ombelicale
Lungo circa 50 cm, collega la placenta al feto, cioè la madre al figlio

ESPULSIONE DEL FETO

Sequenza di espulsione ottimale (presentazione cefalica di vertice)



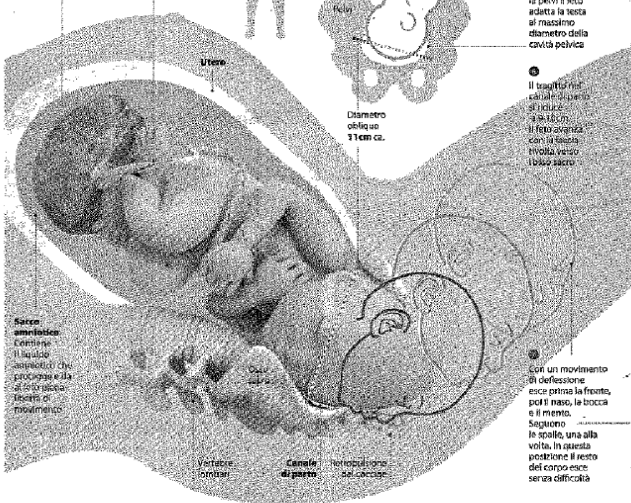
1 Il feto avanza verso il canale di parto

2 Per attraversare la pelvi il feto adatta la testa al massimo diametro della cavità pelvica

3 Il feto si inclina in avanti e il collo si allunga

4 Con un movimento di deflessione esce prima la fronte, poi il naso, la bocca e il mento.

5 Seguono le spalle, una alla volta. In questa posizione il resto del corpo esce senza difficoltà



Sacro amniotico
L'ambiente liquido amniotico che protegge e dà elasticità ai tessuti di movimento

Utero

Pelvi

Diametro obliquo 11 cm ca.

Vertebre lombari

Canale di parto

Rotazione del bacino



DURATA MEDIA DELLA FASE II (ESPULSIONE)

Nelle donne primipare 60 min



Nelle donne pluripare 25 min

Con la placenta viene espulso un po' di sangue più di 500 ml e da considerarsi emorragia (CMS)



Placenta

IL PARTO CESAREO IN ITALIA % di tagli cesarei sul totale dei parti, 2010



SOURCE: RIPRODUZIONE DALLA PUBBLICA SALUTE / MINISTERO DELLA SANITÀ, CONAP 2010 / EMILIA ROMAGNA, PUGLIA, CALABRIA, SICILIA, SARDEGNA, ABRUZZO, MOLISE, CAMPANIA, PUGLIA, BASILICATA, CALABRIA, SICILIA, SARDEGNA

Farmaci innovativi: Ue rilancia

Al meeting Ue ministri della Salute in cerca di una strategia comune per contenere i prezzi dei farmaci innovativi e garantire l'accesso ai pazienti. (Servizio a pag. 4)

MEETING UE/ I ministri della Salute studiano una strategia comune per contenere i prezzi

Farmaci innovativi per tutti

Più prevenzione sui tumori, cure palliative in rete e un fronte anti-Ebola

Puntare sulla licenza adattiva per accelerare l'accesso ai farmaci innovativi, avviare un coordinamento più avanzato nell'Hta, costruire un argine comune all'escalation dei prezzi. Favorire interventi di prevenzione primaria e secondaria per la prevenzione dei tumori, con un approccio trasversale a tutte le politiche. Creare una rete europea per le cure palliative e la terapia del dolore con un focus sulla formazione dei professionisti e lo sviluppo delle reti pediatriche. Sulla questione Ebola, infine, l'Ue dovrà aumentare il grado di preparazione, per rafforzare la capacità di identificazione, trasporto, diagnosi e cura di pazienti o sospetti. Una necessità soprattutto nell'ipotesi dell'arrivo di qualche caso di importazione. Sono questi gli input emersi nelle conclusioni del Consiglio informale dei ministri della Salute dell'Ue presieduto dalla ministra italiana **Beatrice Lorenzin**.

Farmaci. Per garantire ai pazienti l'accesso ai farmaci innovativi senza intaccare la sostenibilità dei sistemi sanitari, i partner comunitari non potranno fare a meno di affrontare insieme, con una strategia comune, il nodo dei prezzi. «Molti Paesi sostengono l'importanza della adaptive licensing come strumento per promuovere l'accesso rapido al mercato di farmaci innovativi - premette Lorenzin - rispettando l'attenzione alla sicurezza dei pazienti. La grande maggioranza dei Paesi supporta un coordinamento più avanzato nell'Hta per lo sviluppo di rapporti comuni sui farmaci e Joint Assessment rispettando tuttavia le competenze nazionali. L'utilizzo più strategico dell'Hta può rendere più rapidi i tempi dell'accesso al mercato».

La Commissione e tutti i Paesi concordano sull'importanza dello sviluppo dei farmaci innovativi: «Ma si percepisce come tale sviluppo sia costoso e lento».

«L'escalation dei prezzi dei farmaci - continua - come nel caso di quelli per epatite C, mette a dura prova la sostenibilità economica della spesa sanitaria dei Paesi, quindi tutti i Paesi concordano sulla necessità di cooperazione, di strate-

gie comuni e di scambi di informazioni tra Paesi».

Prevenzione dei tumori. Il cancro costa sempre di più. In termini di impatto umano ed economico. La parola d'ordine in Europa sarà quindi quella della prevenzione. Il tumore è la seconda causa più comune di morte (29% per gli uomini e 23% per le donne) e ogni anno oltre 2,5 milioni di persone nell'Unione ricevono una diagnosi di cancro. Le previsioni sono oltretutto in aumento, anche a causa dell'aumento dell'età media della popolazione. L'impatto sui sistemi sanitari e i costi per la società sono quindi importanti, ma aumenteranno ulteriormente, anche per l'aumentata sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore, grazie alle migliori cure erogate.

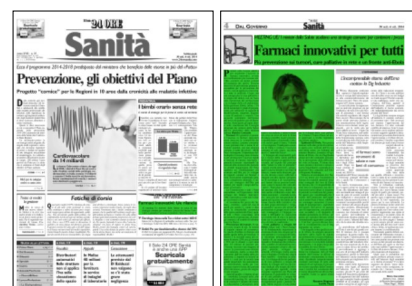
«Questo quadro ci impone di agire - sottolinea Lorenzin nelle conclusioni del meeting Ue - per cercare di contenere l'impatto dei tumori, riducendone l'insorgenza attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria; è infatti stimato che circa un terzo di tutte le forme di cancro potrebbe essere prevenuto modificando o eliminando i fattori di rischio quali il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'inadeguato consumo di frutta e verdura, l'eccessivo consumo di sale, grassi, zucchero, alcol e l'inattività fisica».

L'impegno dei responsabili politici e tecnici della sanità pubblica dovrà privilegiare un approccio trasversale, nel rispetto del principio della "salute in tutte le politiche". «Alcuni recenti interventi - spiega - quali la nuova direttiva sul fumo di tabacco, vanno nella direzione giusta ma devono essere rafforzati e integrati con altri, inclusi i programmi di screening e di vaccinazione, per i tumori che ne possono beneficiare, come il tumore del collo dell'utero». Particolare attenzione andrà prestata alle fasce deboli: «È stato anche evidenziato come dobbiamo assicurarci - conclude Lorenzin - non solo per una questione di equità nell'accesso ma anche per la buona riuscita delle iniziative, che sia data giusta attenzione e vengano garantiti l'accesso alle misure di prevenzione ai gruppi socio-econo-

mici svantaggiati e l'impegno comune a diffondere la conoscenza sui corretti stili di vita e la prevenzione tra la popolazione a tutte le età e di tutte le condizioni».

Cure palliative e terapia del dolore. Quasi tutti i Paesi ritengono di fondamentale importanza la creazione di una rete europea per le cure palliative e la terapia del dolore incentrata principalmente nell'ambito di un maggiore impegno riguardo a formazione dei professionisti, scambio di informazioni reciproche soprattutto relative alle migliori pratiche, sviluppo dei network. «Purtroppo risulta ancora poco sviluppato a livello dei singoli Paesi membri - sottolinea la ministra - lo sviluppo della rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore; lo sviluppo nell'uso dei farmaci dedicati alla terapia del dolore, specialmente oppioidi, risulta crescente soprattutto nei Paesi del sud Europa. È auspicabile lo sviluppo di cure palliative e terapia del dolore anche per altre fasce fragili di popolazione quali i pazienti anziani. Molte nazioni si sono dotate di leggi specifiche specialmente per lo sviluppo delle cure palliative. L'Italia è l'unico Paese ad avere approvato a livello legislativo una norma quadro».

Epidemia di Ebola. Non poteva mancare nella due giorni di confronto aperto con i ministri dell'Ue sui temi della salute, un richiamo del ministro **Beatrice Lorenzin** all'epidemia di Ebola, che sta flagellando alcune aree del continente africano. Per la prevenzione della diffusione del virus in Europa, l'Unione deve essere pronta a ricorrere a misure e risorse straordinarie, seguendo le indicazioni Oms contenute nell'Ebola Response Roadmap.



Tuttavia, un censimento tra i Paesi Ue sui mezzi per l'assistenza in Europa di eventuali operatori umanitari contagiati dal virus di Ebola ha rilevato che c'è disponibilità di posti letto in isolamento, ma che vi sono pochi aerei idonei al trasporto di pazienti in condizioni del genere. Per questo pur considerando che il rischio dell'estensione dell'epidemia ai nostri Paesi è basso, «dobbiamo comunque aumentare il nostro grado di preparazione», soprattutto nell'ipotesi dell'arrivo di qualche caso di importazione, con possibili «casi secondari, o di rimpatrio di cittadini ammalatisi in Africa», per questo gli operatori devono essere costantemente aggiornati e preparati. A tal fine i governi devono lavorare in coordinamento con le Ong impegnate sul campo.

Una tragedia come quella in corso in Africa, ha spiegato ancora la **Lorenzin** «deve essere di stimolo per promuovere la ricerca finalizzata alla scoperta di medicinali per la prevenzione e la cura delle malattie emorragiche, e in primo luogo della malattia da virus Ebola».

In conclusione, il ministro della Salute ha richiamato tutti gli Stati membri dell'Unione al dovere di monitorare costantemente la situazione, decidendo tempestivamente eventuali correzioni di rotta sulle strategie di sorveglianza. E per questo occorre aspettare dalla Commissione i risultati del censimento delle risorse disponibili nei diversi Stati membri svolto in questi ultimi giorni.

Rosanna Magnano
Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Costi sanità Prezzi standard dai kit glicemia ai mammografi

ROMA

Dai mammografi agli angiografi ecco i prezzi benchmark Consip per acquistare beni e servizi sanitari. Sono stati pubblicati sul sito del ministero dell'Economia gli elenchi dei prezzi di riferimento dei beni e servizi (oggetto di convenzione Consip) per gli acquisti della pubblica amministrazione e che comprendono anche il comparto sanitario. Per la sanità la lista individua i prezzi di riferimento per i mammografi, kit per l'autocontrollo della glicemia, angiografi, mineralometria ossea computerizzata, apparecchiature di telepatologia. Tutti prezzi, che se effettivamente applicati potrebbero portare secondo le stime risparmi nell'ordine del 10-20%.

Nell'elenco (che rientra nel programma di spending review), oltre ai prezzi vengono descritte anche le "caratteristiche essenziali" dei beni da acquistare. L'obiettivo della pubblicazione dei prezzi è duplice: da un lato agevolare la funzione di vigilanza e dall'altro essere un riferimento per le Amministrazioni che potranno con facilità, individuate le caratteristiche qualitative essenziali del bene o servizio da acquistare, confrontare le proprie iniziative di acquisto per pervenire ad una programmazione ottimale. Ma il lavoro di Consip sulla sanità non si ferma qui e va avanti già da qualche anno.

Nel 2013 Consip ha presidiato 15 miliardi (di cui 9 mld per beni sanitari in senso stretto e 6 mld per quella generica: pc, energia, buoni pasto

per esempio) di spesa per beni e servizi del comparto Sanità sui 18 complessivamente presidiabili al momento. A questi si aggiunge una spesa di circa 13-14 miliardi che non è presidiabile con gli strumenti attuali ma potrà esserlo con modalità innovative nel futuro ed è proprio su questo fronte che si concentreranno gli sforzi.

Vi rientrano categorie come la ristorazione ospedaliera, la gestione dei rifiuti sanitari ospedalieri, i servizi di lavano, i servizi di pulizia degli ospedali, i servizi sanitari e sociali. In questo mare magnum c'è poi il dato degli acquisti effettuati direttamente da Consip che nel 2013, attraverso i vari strumenti (convenzioni quadro, Mepa, Sdapa) ha acquistato beni e servizi in sanità per circa 1,4 miliardi di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SPENDING REVIEW**La Consip fissa i nuovi costi standard per le apparecchiature negli ospedali**

Dalla Consip arrivano i prezzi di riferimento per mammografi, kit per l'autocontrollo della glicemia, angiografi, mineralometria ossea computerizzata e apparecchiature di telepatologia. L'elenco dei beni oggetto di convenzione Consip pubblicato sul sito del Mef, sarà aggiornato man mano che nuove convenzioni saranno sottoscritte e rientra nel programma di spending review. Oltre ai prezzi è riportata anche la descrizione delle «caratteristiche essenziali» dei beni da acquistare. Secondo la Consip la stima di risparmio è del 10-20% col duplice obiettivo di aiutare le amministrazioni negli acquisti e dall'altro agevolare la vigilanza. Nel 2013 Consip ha controllato 15 miliardi di spesa per beni e servizi del comparto sanità.



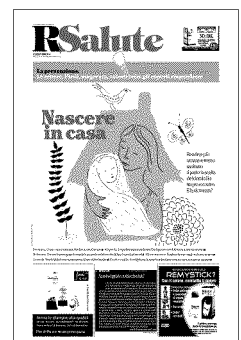
> NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

Sanità digitale, tutti schedati?

UN FIUME di soldi destinati alla salute scorre in sprechi, corruzione e inefficienza. Oltre 20 miliardi di euro, sostengono più ricercatori. Una montagna di soldi che se fosse recuperata, anche solo in parte, permetterebbe di evitare gli odiosi tagli ai servizi sanitari. Ma servirebbero anni di lavoro. Infatti in quanto tempo la riprogrammazione della spesa farebbe risparmiare 10 miliardi di euro? Serve un decennio, dicono ministro e Regioni. Dunque una lunga marcia. Facilitata però dalle nuove tecnologie che permetteranno, sostiene Lorenzin, di misurare quanti soldi, e come, vengono spesi e la qualità delle prestazioni. Grazie a cartelle e fascicoli elettronici e all'anagrafe con i dati sanitari si sapranno in tempo reale prestazioni e costi di ogni ospedale e struttura sanitaria. Ci piace la tecnologia. Eppure così facendo saremo tutti schedati, insieme ai nostri dati più sensibili e personali. Con buona pace per la privacy di 60 milioni di cittadini.

guglielmopepe@gmail.com



Cardiovascolare da 14 miliardi

La ricerca Cebr mette a fuoco, da oggi al 2020, i dati di 6 Paesi Ue sui costi e sulle ricadute sociali delle patologie cardiovascolari. In Italia costano 14 miliardi e causano 14mila morti in età lavorativa. Senza cambiamenti di marcia, i numeri sono destinati a peggiorare.

VAZZA A PAG. 10-11

RICERCA CEBR/ La survey misura in 6 Paesi Ue i costi anche sociali delle patologie

Cardiovascolare, tutti i conti

Ogni anno in Italia 14mila morti - Spesa a 14 mld, che saranno 18 nel 2020

Le malattie cardiovascolari sono ancora lo scoglio più grande da superare nella salute pubblica. Se dal punto di vista economico il costo complessivo delle patologie del sistema cardiovascolare vale oltre 14 miliardi l'anno, la zavorra in termini economici si traduce in un dramma reale per le vite delle persone. Una strage per lo più ignorata, che si porta via nel nostro Paese, senza troppo clamore, ogni anno, oltre 14mila persone in età attiva. Ed è causa di 4 milioni di decessi l'anno in tutto il continente, secondo i calcoli della European Society of Cardiology.

Nodi irrisolti. Perché si continua a morire a questo ritmo? Eppure è stato detto e fatto di tutto. Le campagne informative sul miglioramento degli stili di vita, le linee guida sulla gestione del post evento, le iniziative di educazione alla salute, i programmi di prevenzione. Tante manifestazioni, tantissimi provvedimenti, molta carta stampata e innumerevoli parole al vento. La lotta alle malattie cardiovascolari sembra persa in partenza. I dati della ricerca Cebr, il Centre for Economic Business Research - che pubblichiamo in anteprima - disegnano nero su bianco lo stato reale delle cose. Lasciando poco spazio ai dubbi. Sulla prevenzione ci sono pochissimi miglioramenti. L'Oms ha fissato tra i goal del millennio, da realizzare entro il 2020, la riduzione della

mortalità per queste patologie al 25%, a fronte del 47 attuale. Ma evidentemente non basta.

Numeri impietosi. È un dato di fatto, nel 2014 quasi la metà dei decessi totali nei sei Paesi esaminati (Italia, Francia Germania, Spagna, Svezia e Regno Unito) è provocata dalle malattie connesse al sistema cardiovascolare. Il mondo della ricerca, le istituzioni, i premi Nobel si sono messi d'impegno negli ultimi decenni per spiegare che esistono fattori di rischio "immodificabili", come il sesso e l'età, e altri su cui invece possiamo fare molto, i cosiddetti "stili di vita". Dimagrire, spegnere per sempre la sigaretta, praticare attività fisica, arrabbiarsi di meno, prediligere un'alimentazione varia e sana come la dieta mediterranea. Ma nonostante il buon senso di queste buone pratiche, la ricetta della "salute perfetta" non attira più di tanto gli europei. Perché? Forse sarebbe il caso di scomodare la psicanalisi o semplicemente constatare che gli stili di vita ideali mal si sposano con la vita reale che si conduce nei Paesi a economia avanzata. Facciamo l'esempio dei tedeschi, che anche in questa occasione non mancano di fare i primi della classe. Sono più di 30mila i connazionali di Angela Merkel che a causa delle malattie cardiovascolari ci lasciano la pelle. Seguiti dai sudditi di Sua maestà britannica. L'Italia non è da meno e guadagna la medaglia

di bronzo. Un podio alle Olimpiadi della cattiva salute, che costa punti di Pil. La stima del Cbr dice che ogni cittadino ci rimette personalmente, in media, 65 euro pro capite ogni anno per la perdita di produttività legata alla mortalità precoce. E la cifra è destinata a salire se non si mette mano al cambiamento.

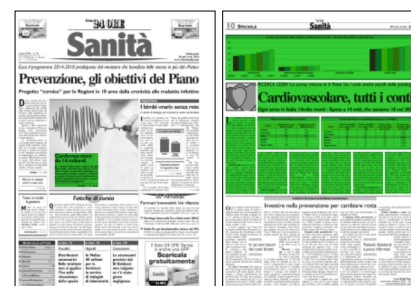
Inversione obbligatoria. Nonostante in questi ultimi decenni le istituzioni di salute pubblica dell'Ue e dei singoli Stati abbiano investito milioni di euro in campagne e provvedimenti sul miglioramento delle abitudini dei cittadini, come detto, i risultati arrancano. Ma stenta anche la prevenzione secondaria, finalizzata a "limitare i danni", a non far peggiorare la situazione di chi è già stato colpito da ictus, infarto o ischemia, e che ogni giorno fa i conti con i controlli di routine e l'assunzione a tempo indeterminato di **farmaci**. I dati della survey parlano di scarsa aderenza alle terapie, di malati cronici lasciati a se stessi e anche di un quadro peggiorato per la salute dei cittadini over 45. E su questo fronte, il ruolo principale lo giocano i medici. In prima linea, ogni giorno, i dottori sono l'avamposto in grado di aiutare e guidare il paziente a migliorare la compliance terapeutica e l'aderenza alle cure prescritte. Ma il medico va aiutato. Fa-

cendo quadrato sulla prevenzione e sulla cura, introducendo medicine innovative e un sistema di comunicazione e monitoraggio degli stili di vita. Visti i danni che comporta la mancata prevenzione delle malattie cardiovascolari, è evidente che non si tratta di un problema solamente di salute in senso stretto.

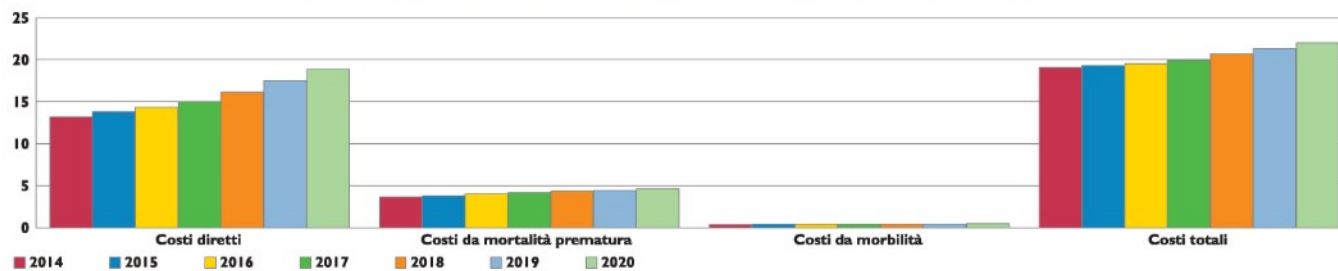
Oltre i dati, la persona. I numeri come sempre dicono qualcosa di più della semplice statistica. Tracciano confini, parlano di abitudini e di politiche, e quando si scopre che ogni anno perdiamo 4 milioni di europei, in età attiva - e cioè i nostri amici, i nostri colleghi, i nostri parenti, noi stessi - allora non servono più parole, ma azioni concrete. Il ministero della Salute ha attivato da anni un sistema di sorveglianza epidemiologico sugli stili di vita, programmando azioni strategiche anti-obesità, anti-fumo, anti-stress. Ma è sbagliato pensare che si tratti solo di "vizi", perché di cattiva salute si muore e si muore tanto. Si tratta di correggere la rotta nell'approccio alle malattie, di cambiare qualcosa nella gestione del paziente e di fare sistema a sostegno del cittadino non solo quando ci si ammala, ma molto prima. E molto meglio di come fatto finora.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il costo complessivo delle malattie cardiovascolari in Italia - Periodo 2014-2020 in milioni di euro



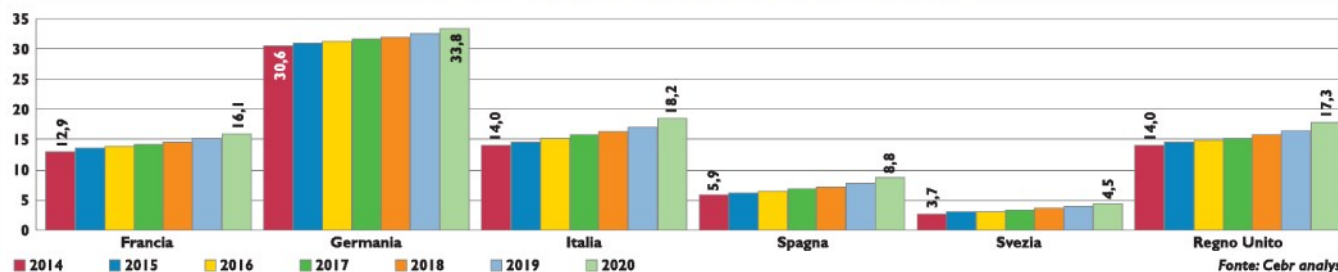
Stima costi diretti per la salute

Paese	Healthcare costi, 2014 (mld €)	Healthcare costi, 2020 (mld €)
Francia	12,9	16,1
Germania	30,6	33,8
Italia	14,0	18,2
Spagna	5,9	8,8
Svezia	3,7	4,5
Regno Unito	14,0	17,3

Costi indiretti per mortalità prematura e morbidità

Paese	Costo mortalità pro capite 2014 (€)	Costo morbidità pro capite 2014 (€)	Costo totale mortalità 2020 (in mld €)	Costo totale morbidità 2020 (in mld €)
Francia	40	33	2,6	0,201
Germania	74	60	6,9	0,726
Italia	65	53	4,4	0,441
Spagna	38	31	2,0	0,092
Svezia	56	43	0,7	0,048
Regno Unito	75	61	5,7	0,146

Costi diretti in miliardi di euro nei sei Paesi esaminati - Periodo 2014-2020



Fonte: Cebr analysis

La quantificazione dei costi economici del Cvd

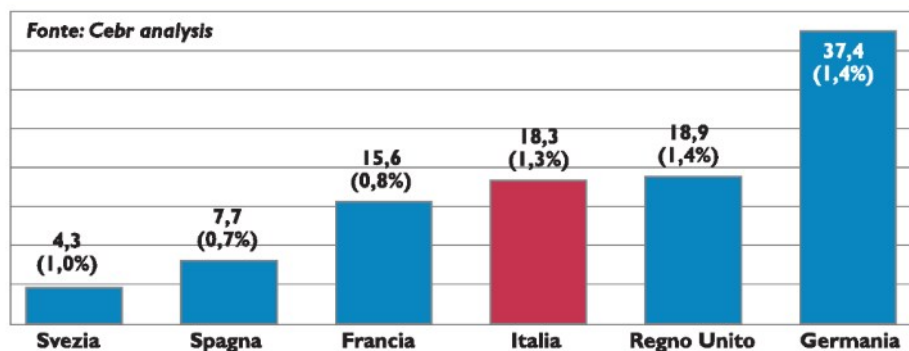
Costi indiretti		Costi diretti
Costo delle cure cardiache	Produttività persa a causa della mortalità	Produttività persa per la morbidità
Costi per le cure primarie, gli acuti, ammissioni/dimissioni ospedaliere, medicazioni	I costi connessi alla mortalità rappresentano il valore dei mancati proventi causati dalle morti premature	I costi di morbidità rappresentano il valore della rinuncia ai guadagni dovuta al calo di produttività connessi alla malattia del lavoratore

La mortalità totale e in età da lavoro causata dalle malattie cardiovascolari

Paese	Numero totali decessi da Cvd			Totale decessi in età attiva		
	2014	2020	2014-2020	2014	2020	2014-2020
Francia	156.551	176.911	1.169.214	14.030	14.122	98.392
Germania	363.417	389.979	2.631.313	30.703	32.754	222.869
Italia	236.719	252.065	1.712.977	14.518	15.677	105.316
Spagna	128.169	141.584	942.943	11.359	12.911	84.769
Svezia	39.362	43.034	289.192	2.385	2.436	16.760
Regno Unito	194.239	211.515	1.422.968	20.589	21.843	147.930

Fonte: Who office for Europe mortality data, Un-Desa for population data; Cebr analysis

Valore del Pil in miliardi di euro e in percentuale sul totale



ANALISI ► SI VIVE PIÙ A LUNGO MA OCCORRE IMPARARE E INVECCHIARE BENE E A FRONTEGGIARE NUOVE SFIDE SOCIALI

Aspettativa di vita più alta e longevità in aumento grazie allo sviluppo

L'aspettativa di vita alla nascita è aumentata in modo sostanziale in tutto il mondo: nel lasso di tempo tra il 2010-2015 è di 78 anni nei paesi sviluppati e di 68 nelle regioni in via di sviluppo. Entro il 2045-2050 i neonati avranno un'aspettativa di vita di 83 anni nelle regioni sviluppate e di 74 anni in quelle in via di sviluppo.

Nel 1950, nel mondo c'erano 205 milioni di sessantenni, nel 2012 il numero degli anziani è arrivato a quasi 810 milioni. Si prevede che arrivi al miliardo in meno di dieci anni e che raddoppi entro il 2050, arrivando a due miliardi. Come

tendenza generale, le donne sono la maggioranza degli anziani. Attualmente, per 100 donne sessantenni nel mondo ci sono solo 84 uomini. Per quanto riguarda gli ottantenni invece, si contano solo 61 uomini ogni 100 donne.

L'invecchiamento è un trionfo dello sviluppo: una longevità sempre in aumento è, infatti, uno dei grandi successi dell'umanità. Si vive più a lungo grazie a migliori alimentazione, igiene, progressi nel campo della medicina, cure mediche, istruzione e benessere economico.

L'invecchiamento della popolazione è, però, un traguardo che presenta anche diverse

sfide sociali, economiche e culturali per individui, famiglie, società e per la comunità globale. In quest'ottica è importante non standardizzare gli anziani come un'unica categoria, ma riconoscere che essi sono diversi e differenziati come qualsiasi altra fascia d'età, per quanto riguarda il sesso, l'età, la provenienza geografica, l'istruzione, il reddito e la salute.

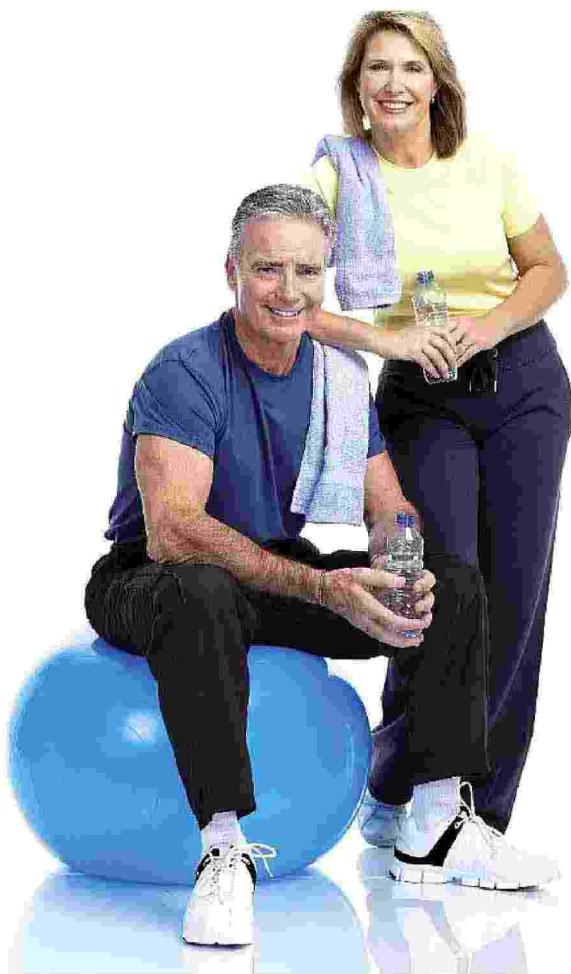
Ogni gruppo di anziani ha necessità e interessi particolari che devono essere presi in considerazione in modo specifico, attraverso l'adozione di modelli di intervento e programmi su misura.

Tra le preoccupazioni più

pressanti delle persone anziane in tutto il mondo c'è la garanzia del reddito: gli investimenti nel sistema pensionistico sono considerati uno strumento fondamentale per

garantire l'indipendenza economica e ridurre la povertà nella terza età.

La sostenibilità di questi sistemi è un punto di particolare preoccupazione, soprattutto nei paesi sviluppati e in questi tempi di crisi, in cui può capitare che le pensioni costituiscano la principale fonte di reddito familiare, che deve sostenere anche i giovani e le loro famiglie in caso di diminuzione o addirittura di perdita del lavoro.



TROPPI FARMACI PER GLI ITALIANI



■ Secondo uno studio condotto dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) su oltre 12 milioni di anziani italiani, è emerso che questi ultimi esagerano con i farmaci mettendo in grave pericolo la propria vita. Secondo i dati raccolti dagli esperti dell'Aifa e pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica americana "Journals of Gerontology Series A", il 50% degli anziani italiani assume dai cinque ai nove farmaci al giorno, mentre l'11% supera i dieci medicinali. Una realtà pericolosa perché la commistione tra le diverse medicine può portare effetti indesiderati qualora non vengano rispettate le indicazioni dei dottori. I problemi maggiori riguardano i pazienti afflitti da ipertensione e da osteoporosi, ma soprattutto gli over 65 che assumono antidiabetici e antidepressivi.

LO SPORT COME ELISIR DI LUNGA VITA

■ È risaputo che il movimento fisico è salutare per le coronarie, anche per le persone di una certa età. Infatti, se praticato con moderazione, riduce il rischio di ipertensione, diabete e ipercolesterolemia, oltre a essere un toccasana per lo spirito. Infatti, la regolarità nell'esercizio fisico migliora il flusso sanguigno del cuore, diminuendo notevolmente il rischio di infarto. Inoltre, praticare sport può indurre l'anziano ad avere un atteggiamento diverso nei confronti del proprio corpo che invecchia e ad accettarlo meglio.

L'annuncio

Maroni: Lombardia «ticket free» entro due anni

«Noi possiamo cancellare il ticket in Lombardia e lo faremo, cominciando dalla Legge finanziaria per il 2015. Saremo nel giro di due anni la prima Regione d'Italia ticket free». Roberto Maroni rilancia la sfida della cancellazione dell'imposta sulle prestazioni sanitarie. Dagli schermi di *Telelombardia* il governatore ha

assicurato che le risorse ci sono e che l'obiettivo, indicato nel programma elettorale, è possibile. Scettico il Pd. «Sui ticket abbiamo sentito già troppe promesse e l'unico ritocco fatto finora è stato sostanzialmente un flop», commenta il consigliere regionale Carlo Borghetti: «Maroni si prodiga in annunci continui forse anche per

coprire le difficoltà della maggioranza sulla riforma della sanità, che non è ancora stata scritta perché ci sono visioni evidentemente discordanti nel centrodestra. Sui ticket però il governatore si gioca la faccia, soprattutto ora che le risorse ci sono, garantite dal governo nel patto per la salute».

