

Sanità

CORTE DEI CONTI Medico siciliano condannato a rifondere all'Erario 300mila euro

Ginecologi, l'imperizia costa

Senza emergenze l'errore grossolano non è scusabile: l'Asl può rivalersi



Costerà ben 300mila euro a un ginecologo con contratto a termine rifondere i danni erariali causati a un'azienda sanitaria con la sua imperizia e negligenza. Lo ha stabilito la Corte dei Conti Sicilia (sentenza n. 3311/2013, depositata il 14 novembre scorso).

In occasione di un parto cesareo gemellare, il medico nell'eseguire l'incisione e l'apertura della breccia uterina, provocava una ferita di circa 4 centimetri a carico della regione parietale destra che causò la morte del primo feto. La ferita al cuoio capelluto della neonata, secondo quanto accertato dai consulenti tecnici d'ufficio durante il procedimento penale, sarebbe stata riconducibile all'azione del bisturi impiegato durante il cesareo per eseguire l'incisione sul segmento inferiore dell'utero, mentre la lesione meningoencefalica sarebbe stata conseguente all'uso delle forbici nella fase successiva dell'ampliamento della breccia uterina.

Nel corso del procedimento penale per omicidio colposo (art. 589 Cp), il medico patteggiò la pena, ma nel successivo procedimento civile il medico

IN RETE



Il testo delle sentenze

www.24oresanita.com

non si costituì. Il danno fu parzialmente coperto dalla compagnia di assicurazione chiamata in garanzia dall'azienda ospedaliera la quale, però, dovette sborsare, a titolo di franchigia, la somma di 300mila euro. Da qui il procedimento erariale a carico del medico che decise di non comparire neppure innanzi ai giudici della Corte dei Conti.

Il medico - hanno ricordato i giudici contabili - risponde per danno erariale solo nel caso di colpa grave o inescusabile imperizia. Per configurare ipotesi di responsabilità erariale non basta che il suo comportamento sia stato riprovevole in quanto non rispondente alle regole della scienza e dell'esperienza, ma è necessario che, usando la dovuta diligenza, avesse potuto prevedere e prevenire l'evento verificatosi. Nell'accertamento la Corte erariale deve verificare che, nella fattispecie, si siano

verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione oppure il difetto di quel minimo di perizia tecnica che non deve mancare in chi esercita la professione sanitaria e, comunque, ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per la salute dei pazienti affidati alle sue cure (cfr. Corte Conti, appello 10/11/2004 n. 601/A).

La sentenza riportata è conforme all'orientamento giurisprudenziale della medesima Corte siciliana, secondo la quale sussiste la colpa del medico produttiva di danno erariale quando nel suo intervento non si presenti una situazione emergenziale o quando, come nel caso di specie, l'intervento non implichi particolari difficoltà o quando il sanitario abbia omissa attività diagnostica e terapeutica routinaria, idonea a scongiurare le complicazioni (cfr. Corte Conti Sicilia, 22/01/2008 n. 238 e C. Conti Calabria 02/04/2008, n. 308).

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A PAG. 27**Allarme Aids**

**Sos giovani,
stigma
e diagnosi
tardiva:
le nuove
emergenze
dell'epidemia**

Nella Giornata mondiale del 1° dicembre riflettori puntati sulla fascia d'età 10-19 anni

Aids, è allarme giovanissimi

E l'ultimo report dell'Ecdc europeo denuncia: infezioni a +8% in un anno

Continua a essere un quadro in chiaroscuro quello che illustra la pandemia Aids. I dati Unaid e Oms presentati in occasione della Giornata mondiale del 1° dicembre - quest'anno dedicata al «no alle discriminazioni» - parlano chiaro: se nel 2012 ancora 35,3 milioni di persone vivevano con l'Hiv, oltre 9,7 milioni di individui avevano accesso alle terapie antiretrovirali nei Paesi a basso e medio reddito. Un balzo del 20% in un solo anno: una buona notizia controbilanciata però dal «mare» dei 19 milioni che si vedono esclusi dai farmaci salvavita, malgrado le linee guida aggiornate al 2013 li inseriscano tra le categorie eligibili. L'inequità d'accesso e l'emarginazione di intere categorie nel mondo sono tra i principali problemi. «Per la prima volta - sottolinea **Michel Sidibé**, direttore esecutivo di Unaid - possiamo dire che stiamo controllando la malattia. Eppure lo stigma, i pregiudizi, l'emarginazione dei malati sono ancora tra noi». Ma non basta. Il nuovo allarme lanciato dall'Oms sui giovanissimi, lasciati scoperti dai servizi di prevenzione, diagnosi e cura, getta un'ombra lunga sul futuro. Senza contare che a una manciata di ore dalla celebrazione della Giornata mondiale l'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo della malattia (Ecdc) hanno puntato i riflettori sul boom di nuove infezioni (+8%).

Sos giovanissimi. Oltre 2 milioni di bambini e ragazzi tra i 10 e i 19 anni - il 33% in più rispetto al 2001 - vivono con l'Hiv senza ricevere, in molti casi, assistenza e supporto. Intanto, milioni

di adolescenti corrono il rischio di contrarre l'infezione, anche a causa di servizi che negli ultimi anni sono peggiorati più di quanto non sia avvenuto per la popolazione adulta. «Il tasso di fallimento nel mettere a punto servizi efficienti e adeguati per gli adolescenti comporta un aumento del 50% nelle morti Aids-correlate, mentre nella popolazione generale si riscontra un declino del 30% tra 2005 e 2012», affermano dall'Oms. I giovanissimi sono quindi lasciati soli, con tutte le drammatiche conseguenze che ciò comporta per le loro vite e, in prospettiva, per gli esiti della lotta contro l'infezione. «Gli adolescenti hanno bisogno di servizi sanitari e di supporto, tagliati sulle loro esigenze - ha spiegato **Gottfried Hirschall**, direttore del Dipartimento Hiv/Aids dell'Oms, nel presentare la guida «Hiv and adolescents: guidance for Hiv testing and counselling and care for adolescents living with Hiv». Spesso occorre loro un supporto maggiore di quello che va offerto agli adulti per aiutarli a seguire con costanza il trattamento». «Le ragazze, i giovani omosessuali, chi fa uso di droghe iniettabili o le vittime di abusi sessuali corrono i più alti rischi. Senza contare che si trovano davanti una serie di barriere: leggi troppo rigide, trattamenti diseguali, stigma e discriminazione che li allontanano dai servizi che offrono test, prevenzione e trattamenti», aggiunge il responsabile dei programmi Hiv dell'Unicef **Craig McClure**. Il dramma si concentra nell'Africa sub sahariana: qui si stima che appena il 10% dei ragazzi e il 15% delle ragazze tra i 15 e i 24 anni siano a

conoscenza del proprio «Hiv status».

Il boom di infezioni nell'area europea. I nuovi dati diffusi dall'Ecdc e dall'Ufficio regionale Oms Europa parlano di 131.000 nuove infezioni da Hiv. Circa 10.000, ovvero l'8% in più rispetto al 2011. Mentre i casi di Aids segnalati hanno mostrato un declino costante del 48% nell'area Ue tra 2006 e 2012, il numero di persone con nuova diagnosi di malattia è aumentato del 113% nella parte orientale del vecchio continente tra il 2006 e il 2012. Un incremento strettamente legato «alla bassa copertura delle misure di prevenzione e di terapia anti-retrovirale» in queste aree, scrivono gli esperti di Ecdc e Oms Europa. Malgrado i miglioramenti degli ultimi anni, solo un paziente su tre in stato di bisogno ha accesso alle cure. «Sappiamo che fornire il prima possibile la terapia anti-retrovirale permetterà ai sieropositivi di vivere più a lungo una vita più sana, e ridurrà il rischio di trasmissione dell'Hiv - ha affermato **Zsuzsanna Jakab**, direttore regionale Oms Europa - L'epidemia di Hiv in Europa non è finita, e il nostro obiettivo è di arrestarne la diffusione entro il 2015».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le raccomandazioni Oms per gli adolescenti

1. Il test e il counselling sull'Hiv, con riferimento anche alla prevenzione, al trattamento e alla cura, va previsto per gli adolescenti in tutti i setting: di epidemia diffusa, concentrata o a bassa intensità
2. Nei contesti di epidemia diffusa, il test e il counselling sull'Hiv con riferimento anche alla prevenzione, al trattamento e alla cura è raccomandato per tutti gli adolescenti
3. Nei contesti di epidemia di bassa o concentrata intensità, il test e il counselling sull'Hiv con riferimento anche alla prevenzione, al trattamento e alla cura deve essere reso accessibile a tutti gli adolescenti
4. Gli adolescenti vanno informati dei potenziali benefici e rischi derivanti dalla comunicazione del proprio "Hiv status" agli altri e supportati nel determinare se, quando, come e a chi renderlo noto
5. Approcci basati sulla comunità aumentano l'aderenza ai trattamenti e il mantenimento dello status di salute
6. La formazione dei sanitari contribuisce all'aderenza ai trattamenti e al miglioramento della salute degli adolescenti

9,7 mln

Le persone che alla fine del 2012 avevano accesso ai trattamenti: si registra +20% di aumento rispetto all'anno precedente

19 mln

Le persone che secondo le linee guida Oms 2013 dovrebbero accedere alle terapie Art ma ne sono escluse

62%

La percentuale di donne in gravidanza che hanno ricevuto con successo i trattamenti per evitare la trasmissione al feto

131.000

Le nuove infezioni registrate nella Regione Oms Europa nel 2012: 10.000 in più (+8%) rispetto al 2011

+113%

L'aumento delle diagnosi di Aids nella regione orientale dell'Oms Europa (nell'Ue si è avuto un decremento del 48%)

2 mln

Gli adolescenti tra i 10 e i 19 anni che si stima vivano con l'Hiv. Molti di loro sono privi di assistenza

35,3 mln

Le persone che si stima vivano con l'Hiv in tutto il mondo. Sono 2,3 mln le nuove infezioni nel 2012

1,6 mln

Il numero delle morti per Aids nel mondo. In calo, dal momento che nel 2005 erano 2,3 milioni

10-15%

Solo il 10% dei giovani e il 15% delle giovani dell'Africa sub sahariana conoscono il proprio "Hiv status"

50

Le giovani donne che ogni ora nel mondo si stima vengano infettate dal virus dell'Hiv

Consiglio dei ministri. Varato il decreto legislativo che recepisce la direttiva sull'assistenza transfrontaliera

Cure all'estero, ora si può

Esclusione per i trapianti d'organo e i servizi «long term care»

**Barbara Gobbi
Rosanna Magnano**

L'Italia fissa le regole per entrare a far parte della "Schengen sanitaria". Con il via libera di ieri in Consiglio dei ministri al decreto legislativo di recepimento della direttiva 2011/24/UE sulle cure transfrontaliere (per il testo si veda www.24oresanita.com), i pazienti comunitari potranno ricevere oltreconfine un'assistenza di qualità o usufruire della telemedicina. Con paletti e regole ben precise, che sono in gran parte ancora da fissare. Anche perché il testo varato dall'esecutivo Letta - in ritardo rispetto all'entrata in vigore della direttiva, il 25 ottobre - mette in piedi un'articolata architettura basata su autorizzazioni preventive, tariffe, rimborsi. Con tre premesse: accessibilità limitata alle cure inserite nei Livelli essenziali di assistenza, salvo deroghe regionali; possibilità di ricevere solo un rimborso indiretto, dopo aver pagato di tasca propria; obbligatorietà del rimborso limitata all'assistenza fruita in ambito pubblico.

Restano escluse dal campo di applicazione tre categorie: i servizi long term care, i trapianti d'organo e i programmi pubblici di vaccinazione.

«La direttiva rappresenta una

grande opportunità per il nostro sistema - spiega il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - perché ci consentirà di rilanciare le eccellenze all'estero. Sarà l'occasione per incrementare la nostra capacità di attrazione dei cittadini Ue». Appeal che fino a oggi è stato piuttosto scarso: a leggere i dati sulla mobilità sanitaria internazionale, l'Italia registra un saldo negativo pari a 25 milioni di euro, a partire da un debito di 75 milioni. E, soprattutto nel campo delle cure di alta specializzazione, esporta molti più pazienti di quanti ne arrivino. Numeri che in ogni caso non fotografano flussi consistenti, soprattutto a fronte dei dati della mobilità interregionale in Italia, che vale 3,7 miliardi. La direttiva, oltre ad ampliare il diritto di scelta del paziente, è quindi una chance per pareggiare i conti e migliorare in qualità.

Ma la prima condizione necessaria perché la Schengen sanitaria funzioni anche in Italia è che si riempi di contenuti la cornice approvata ieri. A partire da quel Punto di contatto nazionale, che sarà accessibile dal sito del ministero della Salute: qui cittadini e operatori troveranno le informazioni su strutture, criteri e modalità dei rimborsi, tariffe, procedure di denuncia in caso di malprac-

tice, indicazioni su ricette mediche ed eventuali autorizzazioni preventive. Il decreto prevede infatti che per ottenere il rimborso di una serie di prestazioni sia necessario prima chiedere il "permesso" alla propria Asl, che dovrà rispondere entro 30 giorni o entro 15 nei casi più urgenti.

Il Punto di contatto nazionale, cui potranno affiancarsi sportelli regionali, partirà con l'entrata in vigore del provvedimento, dopo il parere della Conferenza Stato-Regioni e delle commissioni parlamentari. Ma il portale che conterrà tutte le informazioni richieste dall'Ue necessiterà di tempi più lunghi: «Perché diventi pienamente operativo - sottolinea Giovanni Bissoni, presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che dovrà realizzare l'infrastruttura informatica - sarà necessario tutto il prossimo anno». Ciò la dice lunga sui tempi reali di applicazione della direttiva.

Ma la partita resta in alto mare anche sotto altri profili. Innanzitutto, il decreto pur elencando le fattispecie in cui il rimborso è soggetto ad autorizzazione preventiva - ricoveri di almeno una notte, cure che comportino un rischio particolare per il paziente, offerta erogata da strutture di cui sia incerto il livello di qualità

e sicurezza, alte previsioni di spesa, eccezionali esigenze di pianificazione - rinvia per i dettagli a un successivo provvedimento attuativo. Idem per il sistema di monitoraggio della qualità e sicurezza delle cure ospedaliere, che il ministero della Salute dovrà mettere in piedi per conformare i propri standard alle indicazioni dell'Unione europea. E sempre un decreto interministeriale dovrà definire caratteristiche e contenuti delle ricette farmaceutiche rilasciate a pazienti che intendano utilizzarle in un altro Stato membro.

Sui criteri di rimborso la strada è più definita. I costi relativi all'assistenza transfrontaliera sono rimborsati sulla base delle tariffe regionali e le Regioni potranno sempre decidere di risarcire agli assicurati in Italia altre spese, come viaggio, alloggio e costi in più per i disabili. Ma proprio i costi sono, soprattutto in tempi di spending review, un tasto decisamente sensibile: per questo il decreto prevede la possibilità che i ministeri della Salute e dell'Economia - anche a prescindere da richieste delle stesse Regioni - limitino in casi eccezionali le possibilità di rimborso. Come dire che la libertà di cura rischia di infrangersi contro lo scoglio dei bilanci in rosso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PALETTI

Accessibilità limitata alle terapie inserite nei Lea, anticipo dei pagamenti e rimborsi vincolati all'assistenza nel pubblico



Sanità oltreconfine

I NUMERI

25 mln

Il saldo negativo
Il saldo annuale negativo dell'Italia per le cure all'estero nel 2009-2011

3,7 mld

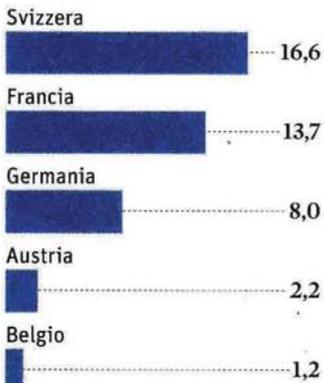
Mobilità tra regioni
Valore della mobilità interregionale alla ricerca delle cure adatte o migliori

43 mln

Debiti per cure
I debiti contratti dagli italiani per sostenere cure specialistiche all'estero

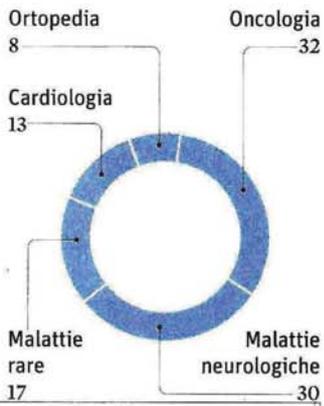
PRINCIPALI DESTINAZIONI

In milioni di euro



PRINCIPALI MOTIVAZIONI

Per aree terapeutiche. In %



Fonte: Commissione salute della Conferenza Stato-regioni

L'oncologo e la battaglia infinita In tre anni 1500 bambini con il tumore

«I veleni nascono dal lavoro nero: inevitabile che lo smaltimento degli scarti sia illegale»

ANTONIO SALVATI
NAPOLI

«**L**a Terra dei fuochi è l'altra faccia della tragedia di Prato, un problema non solo nazionale ma mondiale. Per questo auspico che la data del 3 dicembre diventi la giornata per la tutela della dignità del lavoro e di conseguenza dell'ambiente». L'oncologo Antonio Marfella è una delle voci storiche della protesta contro l'avvelenamento dei terreni in Campania e di sue dichiarazioni sono pieni i faldoni delle Procure e i resoconti stenografici del Parlamento. Eppure la sua chiave di lettura spiazza. «Perché il problema reale è il traffico illegale di rifiuti industriali. Ora conosciamo la vera emergenza e sappiamo che lo Stato ha preferito chiudere gli occhi piuttosto che affrontarla». Un dramma dai numeri impietosi: ad Acerra, uno dei Comuni della Terra dei fuochi, dal 2009 al 2012 le esenzioni da ticket per tumori maligni sono aumentate dell'81,2%. Nel solo triennio 2009-2011 i bambini con tumore nella provincia di Napoli sono stati 1.519, in quella di Caserta 342.

Il ragionamento di Marfella è logico: se una ditta produce in nero un manufatto in pelle, gli scarti dovranno per forza essere smaltiti illegalmente, quindi bruciati nelle campagne tra Caserta e Napoli. E se in provincia di Napoli si registra il più alto numero d'illegalità diffusa in ambito lavorativo allora il conto torna. «Il problema dei roghi tossici - spiega Marfella - non va confuso con la gestione dei rifiuti urbani». Ancora qualche numero: nel 2012 in Italia (dati Ispra) sono stati prodotti 138 milioni di tonnellate di rifiuti speciali, di cui 10 altamente tossici, contro i 29 milioni di rifiuti urbani. A questa cifra va aggiunta la quota in «nero», ossia i rifiuti speciali prodotti dall'economia sommersa. «Se questi scarti di lavorazione non saranno più bruciati nella Terra dei fuochi, - continua Marfella - alimenteranno un traffico mondiale. Ritourneranno forse in Cina per poi approdare ancora in Italia sotto forma di giocattoli fatti con plastica tossica».

E la soluzione? Marfella ha la sua: «Per spegnere la Terra dei fuochi occorre avere il coraggio di abbassare le tasse sulle imprese e consentire di far emergere quel sommerso che sversa rifiuti speciali dove capita». E le bonifiche? E l'Esercito? Per Marfella basta dividere i terreni inquinati da quelli non inquinati.

Terreni (in Campania sono 800 ettari su 700mila) che potrebbero essere riconvertiti per produrre canapa o per creare spazi verdi. «Un giardino dei giusti, con alberi donati da tutti i Comuni della Campania - continua Marfella - per riabilitare anche all'estero l'immagine della nostra regione e dell'Italia tutta». Ma bisogna fare presto, perché il rischio è che la lentezza dell'azione di contenimento dell'avvelenamento del territorio si scontri con le nuove tecniche adottate della criminalità ambientale. Nelle fabbriche dove tutto è fuori legge, gli scarti, ormai, non si bruciano più. Troppo rischioso. Meglio obbligare chi lavora lì a portare a casa la sua quantità di rifiuti speciali utilizzando, poi, il sacchetto di casa per farli scomparire.



Farmaci. Siti illegali di vendita oscurati dal ministro

ROMA

«Il ministero ha ora il potere di oscurare i siti che commercializzano illegalmente farmaci con obbligo di prescrizione o in violazione di legge». A dare l'annuncio è stato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i decreti legislativi approvati dal Consiglio dei ministri in attuazione delle direttive europee. E ha spiegato che alla base degli interventi ci saranno le segnalazioni dei Nas e dell'Agenzia italiana del farmaco.

La vigilanza sui farmaci, ha proseguito Lorenzin, «è un passo avanti per il cittadino: viene riordinata tutta la normativa non solo per la parte medica ma anche per farmacisti e per i pazienti stessi che possono essere comunicatori di eventi avversi e anche segnalare i farmaci non attivi, cioè quelli che non funzionano». I decreti prevedono, inoltre, nuovi obblighi sulle autorizzazioni per l'immissione in commercio e nei casi in cui si debba sospendere la commercia-

Approvato il decreto

Lorenzin: riordinata tutta la normativa. E per evitare la contraffazione d'ora in poi verrà inserito il codice comunitario

lizzazione di un medicinale. Contro la contraffazione dei farmaci viene poi inserito un codice comunitario identificativo. Soddisfazione è stata espressa dalla Federazione degli ordini dei farmacisti (Fofi): «Recepire la direttiva europea 2012/26 ha apportato un elemento di chiarezza che avevamo più volte richiesto».

Per quanto riguarda invece la corretta alimentazione, il ministro ha criticato i «semafori sul cibo» introdotti dalla Gran Bretagna e rilancia-

to le campagne per insegnare a mangiare bene. In particolare, durante l'incontro di ieri con il collega britannico, Jane Ellison, ha «posto il problema» e fatto presente che l'etichettatura che segnala la quantità di grassi nei cibi rischia di colpire prodotti italiani pregiati e di alto livello nutrizionale come parmigiano o olio d'oliva. «Ci troviamo di fronte a una iniziativa che non è condivisa a livello europeo - ha sottolineato -, questo pone un problema dal punto di vista della circolazione delle merci e del mercato unico, anche perché non riguarda solo i prodotti italiani ma quelli degli altri Paesi». Perciò, ha aggiunto il ministro, l'Italia ha sottoposto il problema a Bruxelles. Lorenzin, pur sapendo che le autorità britanniche hanno a che fare con una obesità infantile del 20% e un alto tasso di malattie cardiovascolari, ha proposto l'avvio di una campagna di educazione alimentare sulla dieta mediterranea coinvolgendo i ministeri della Salute dei due Paesi e l'ambasciata italiana a Londra.

www.ecostampa.it



In alcuni c'è tanto sodio che basta all'intera giornata

Si utilizza troppo sale nei farmaci effervescenti

DI ETTORE BIANCHI

C'è troppo sale nelle medicine effervescenti. Alcune, addirittura, contengono una quantità di sodio che corrisponde alla dose giornaliera massima consigliata. L'allarme è stato lanciato in uno studio britannico, che ha analizzato gli attacchi cardiovascolari di cui sono stati vittime 1,3 milioni di persone tra il 1987 e il 2010. La conclusione è che i pazienti ai quali erano stati prescritti **farmaci** effervescenti che contengono sodio, sono stati più colpiti dalle patologie rispetto agli altri.

L'altro motivo di preoccupazione riguarda proprio il contenuto di sodio. È stato calcolato che una compressa di paracetamolo da 500 racchiude 427,8 mg di sodio, la stessa quantità che si trova in un grammo di sale da cucina. I pazienti le cui medicine lo contenevano, assorbivano dunque 6,29 grammi di sale al giorno soltanto con questa modalità: un livello superiore a quanto raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità, che corrisponde a 5 grammi, compresa l'alimentazione.

Tutti i **farmaci** effervescenti sono ricchi di sodio perché, senza questa sostanza, non si formerebbero bollicine e la compressa non potrebbe sciogliersi nell'acqua. Tuttavia gli scienziati britannici parlano di un rischio reale soltanto in caso di notevole consumo di queste specialità. Non c'è nessun pericolo se l'assunzione è occasionale.

Un aspetto interessante di questa ricerca, il-

lustrato da **Michel Krempf**, responsabile del servizio nutrizione e endocrinologia all'ospedale universitario di Nantes, è il fatto che l'apporto di sale non viene solo dall'alimentazione. Si conosce da tempo il legame tra sale e pressione arteriosa. Chi è a rischio ipertensione dovrebbe evitare le compresse effervescenti. In alcuni ospedali c'è già l'abitudine di sostituirle con preparati privi di sodio nelle persone ipertese.

Il problema è che sono pochi i medici e i farmacisti a mettere in guardia i loro pazienti su questo pericolo. Resta il fatto, aggiunge **Jacques Blacher**, cardiologo e epidemiologo all'ospedale Hotel-Dieu di Parigi, che il sale rimane un alimento indispensabile per l'equilibrio alimentare: ridurne la quantità per tutti i francesi (e non solo) in maniera sistematica non sarebbe necessariamente una buona idea. E, come per ogni studio che si rispetti, esso è in attesa di un altro che, anche solo parzialmente, lo smentisca.

—© Riproduzione riservata—



Mercoledì 03 DICEMBRE 2013

IDF World Diabetes Congress. Due over 65 su dieci hanno il diabete, 134 milioni in tutto il mondo

Un numero destinato a raddoppiare nei prossimi venti anni. Per questo gli esperti lanciano l'allarme e, nel corso del congresso mondiale a Melbourne presentano nuove [linee guida](#) e invitano i governi dei Paesi a includere nelle loro politiche sanitarie piani strategici per dare risposte alle necessità degli anziani.

Il 19% della popolazione tra i 60 e i 79 anni ha il diabete. In totale 134 milioni di persone. Un numero destinato ad aumentare, si stima che nel 2015 raggiungerà i 252 milioni di persone malate. Sono questi i numeri che arrivano dal World Diabetes Congress organizzato dall'International Diabetes Federation (IDF) in corso a Melbourne dal 2 al 6 dicembre che vede la partecipazione di oltre 12mila delegati provenienti da 160 paesi. Numeri sottostimati: fino al 50% delle persone con diabete di tipo 2 non è diagnosticato con un conseguente aumento delle disabilità. Per questo l'IDF invita i governi a includere nelle loro politiche sanitarie piani strategici per dare risposte alle necessità delle persone anziane e inserire strategie per supportare le conoscenze e le competenze dei professionisti nella cura degli anziani con il diabete.

Non solo, per rafforzare l'impegno verso questa popolazione fragile l'IDF ha stilato apposite [linee guida](#) per il diabete di tipo 2 volte a migliorare le carenze nella cura degli over 60.

“La gestione del paziente anziano è particolarmente impegnativa – ha dichiarato **Trisha Dunn** vice presidente dell'IDF e coautore delle linee guida – specialmente nelle persone con cambiamenti fisici e mentali che aumentano la loro vulnerabilità diminuendo le aspettative di vita e riducendo dignità, benessere e la qualità della vita”.

Le persone con diabete hanno una probabilità di sviluppare la demenza 1,5 volte in più rispetto alle persone non malate. Inoltre i rischi di cadute e fratture aumentano considerevolmente, hanno danni renali ed epatici che complicano la prescrizione e la gestione farmaci. E ancora, sono maggiormente esposti al rischio di eventi avversi associati all'interazione dei farmaci. A questo si aggiunge una carenza dei professionisti su come fornire informazioni e cure alle persone anziane.

“Le nuove linee guida dell'IDF ricalcano quello che i trials clinici e dati di letteratura hanno dimostrato, ovvero la fragilità del paziente anziano – ha spiegato **Giorgio Sesti**, professore ordinario di diabetologia all'Università “Magna Grecia” di Catanzaro – una fragilità che costituisce un'ulteriore complicanza rispetto a quella che è la gestione del diabete mellito di tipo 2. L'anziano ha infatti necessità che richiedono un'attenzione del trattamento meno ‘intensiva’ rispetto all'adulto o il giovane, anche perché ha una serie di co-morbilità, come ad esempio un grado di insufficienza renale cronica o patologie cardiovascolari pregresse, che inducono a non avere un target di controllo metabolico, misurato mediante l'emoglobina glicata, eccessivamente ambizioso”.

Le conseguenze? Gli anziani non vengono trattati adeguatamente esponendosi così al rischio di cali glicemici che possono avere conseguenze devastanti. “Il rischio maggiore che corrono i pazienti anziani è l'ipoglicemia – ha aggiunto Sesti – che costituisce un problema molto serio che costituisce una barriera al trattamento. Inoltre le ipoglicemie frequenti possono danneggiare il sistema

cardiovascolare e il sistema cognitivo ed espongono l'anziano al rischio non secondario di fratture che complicano ancora di più la gestione della patologia. Le linee guida inducono quindi a una maggiore prudenza al trattamento, a ragionevoli target di controllo metabolico e, anche e soprattutto, ad una gestione integrata del paziente che vede il contributo non solo del diabetologo ma anche del geriatra, figure chiave insieme al medico di medicina generale”.

Le linee guida, strutturate in capitolo si occupano in particolare di questioni quali il rischio cardiovascolare, l'insufficienza renale e le malattie del piede diabetico. Includono anche temi meno comunemente affrontati quali la salute sessuale e le cure di fine vita.

Dalla nostra inviata a Melbourne, Ester Maragò

In alcuni c'è tanto sodio che basta all'intera giornata

Si utilizza troppo sale nei farmaci effervescenti

DI ETTORE BIANCHI

C'è troppo sale nelle medicine effervescenti. Alcune, addirittura, contengono una quantità di sodio che corrisponde alla dose giornaliera massima consigliata. L'allarme è stato lanciato in uno studio britannico, che ha analizzato gli attacchi cardiovascolari di cui sono stati vittime 1,3 milioni di persone tra il 1987 e il 2010. La conclusione è che i pazienti ai quali erano stati prescritti farmaci effervescenti che contengono sodio, sono stati più colpiti dalle patologie rispetto agli altri.

L'altro motivo di preoccupazione riguarda proprio il contenuto di sodio. È stato calcolato che una compressa di paracetamolo da 500 racchiude 427,8 mg di sodio, la stessa quantità che si trova in un grammo di sale da cucina. I pazienti le cui medicine lo contenevano, assorbivano dunque 6,29 grammi di sale al giorno soltanto con questa modalità: un livello superiore a quanto raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità, che corrisponde a 5 grammi, compresa l'alimentazione.

Tutti i farmaci effervescenti sono ricchi di sodio perché, senza questa sostanza, non si formerebbero bollicine e la compressa non potrebbe sciogliersi nell'acqua. Tuttavia gli

scienziati britannici parlano di un rischio reale soltanto in caso di notevole consumo di queste specialità. Non c'è nessun pericolo se l'assunzione è occasionale.

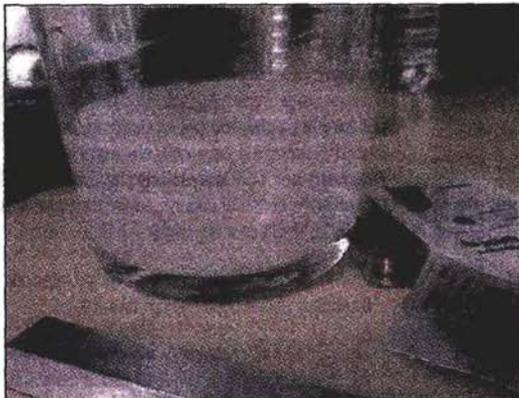
Un aspetto interessante di questa ricerca, illustrato da **Michel Krempf**, responsabile del servizio nutrizione e endocrinologia all'ospedale universitario di Nantes, è il fatto che l'apporto di sale non viene solo dall'alimentazione. Si conosce da tempo il legame tra sale e pressione arteriosa. Chi è a rischio ipertensione

dovrebbe evitare le compresse effervescenti. In alcuni ospedali c'è già l'abitudine di sostituirle con preparati privi di sodio nelle persone ipertese.

Il problema è che sono pochi i medici e i farmacisti a mettere in guardia i loro pazienti su questo pericolo. Resta il fatto, aggiunge **Jacques Bla-**

cher, cardiologo e epidemiologo all'ospedale Hotel-Dieu di Parigi, che il sale rimane un alimento indispensabile per l'equilibrio alimentare: ridurne la quantità per tutti i francesi (e non solo) in maniera sistematica non sarebbe necessariamente una buona idea. E, come per ogni studio che si rispetti, esso è in attesa di un altro che, anche solo parzialmente, lo smentisca.

— © Riproduzione riservata —



L'Oms: l'attività fisica allunga la vita perché combatte obesità, ipertensione, colesterolo e stress
L'aria pungente poi aumenta il consumo di calorie

Star bene con una corsa al freddo

LO SPORT

Chi ha detto che con l'arrivo della brutta stagione bisogna appendere le scarpe da running al chiodo e che per fare un po' di attività fisica ci si debba chiudere in una palestra? L'Organizzazione mondiale della sanità lo ripete da anni: l'attività fisica può addirittura allungare la vita, perché il movimento combatte obesità, diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, stress e ansia. Per questi motivi il nostro corpo ha bisogno di muoversi e lavorare anche nei mesi freddi. Al contrario, uno stato prolungato di riposo lo fa ammalare. L'assenza di esercizio - sostiene sempre l'Oms - provoca ogni anno nel mondo 1,9 milioni di decessi. A ciò si devono poi aggiungere le 2,6 milioni di morti per sovrappeso. La sedentarietà è responsabile direttamente del 22% delle malattie cardiovascolari. Anche d'inverno, quindi, si può correre al parco (il freddo pungente secondo uno studio inglese pubblicato sulla rivista *Obesity Reviews* stimola il consumo di calorie e potenzia gli effetti del jogging) con qualche precauzione.

LE PRECAUZIONI

Ad esempio, lo stretching va fatto al caldo. «Prima di affrontare qualunque sport - ricorda Anna Cicatiello, istruttrice di Pilates a Roma - vi sono dei requisiti indispensabili e validi per tutti: visita medica

che accerti non vi siano patologie di rilievo, in particolare cardiocircolatorie, osteoarticolari e muscolo-tendinee, e peso non eccessivo. Occorre seguire una corretta alimentazione e, ovviamente, preparare i muscoli e le articolazioni allo sforzo fisico. Una buona abitudine che aiuta a mettersi al riparo da crampi, contratture e altri infortuni: riscaldamento muscolare e di mobilizzazione generale che aiutano tendini, muscoli e articolazioni. Al termine della corsa, o di una seduta di Pilates, doveroso un po' di stretching».

Oltre allo jogging. Camminare, ad esempio, per bruciare calorie, migliorare la circolazione, ridurre lo stress e favorire il buon funzionamento di cuore e polmoni. Gli stessi benefici se si praticano escursioni e gite fuori porta. Altrimenti ci sono gli sport invernali: lo sci e il pattinaggio.

Ma quali vestiti scegliere? «Non "a strati" - sottolinea la dottoressa Flavia Bruttini, della Federazione Medico Sportivo Italiana - rischiate di trattenere il sudore. Basta una maglia tecnica traspirante a maniche lunghe». Occorre indossare sempre un berretto o una fascia elastica per le orecchie, dice ancora Bruttini, guanti sottili e leggeri e una calzamaglia lunga in lycra, che mantiene la temperatura del corpo e dei muscoli costante. I calzini siano spessi e caldi. Nei giorni ventosi, quando piove o nevicata indossare una giacca termica.

Francesca Filippi

**IMPORTANTE LA VISITA
MEDICA PREVENTIVA
E UNA CORRETTA
ALIMENTAZIONE
SBAGLIATO VESTIRSI
A STRATI**



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

Prima di tutto riscaldamento



La corsa in inverno va sempre preceduta da almeno un quarto d'ora di riscaldamento muscolare, per evitare crampi, contratture e infortuni

Cappello o fascia contro il vento



Indossare sempre cappello o fasce per proteggere testa, naso orecchie e fronte particolarmente sensibili al freddo e al vento

Guanti anti-geloni e screpolature



Non dimenticare mai i guanti: servono a prevenire i fastidiosi geloni (arrivano anche facendo sport) e le screpolature

JOGGING

Vietato rintanarsi al caldo di una palestra, meglio sempre il parco anche solo per camminare



DISIDRATAZIONE NON INFLUISCE SU PRESTAZIONI SPORTIVE

(AGI) - Sydney, 3 dic. - Contrariamente a quanto si potrebbe pensare e a quanto affermano alcuni studi, la disidratazione durante una performance sportiva non influisce sulla prestazione. Lo afferma uno studio dell'australiana Murdoch University pubblicato dal 'British Journal of Sport Medicine', secondo cui anche se la carenza d'acqua rimane un problema per l'organismo non rallenta gli atleti. Lo studio ha analizzato 10 ciclisti professionisti ben allenati, cui e' stato fatto fare un esercizio con la cyclette in cui dovevano percorrere 25 chilometri in una stanza che imitava in tutto il mondo reale, compreso vento e temperatura. Durante l'esercizio gli atleti erano portati a differenti livelli di disidratazione tramite l'iniezione di una soluzione salina in diverse concentrazioni. Il livello di elettroliti nel sangue era misurato in tempo reale, cosi' come temperatura corporea e battito cardiaco. Al termine dello studio e' emerso che non ci sono state differenze nei risultati degli atleti, nonostante la disidratazione. "Sappiamo che se le persone perdono un ammontare significativo di massa corporea ci sono dei decrementi della performance, ma abbiamo dimostrato che fino al 3 per cento non ci sono effetti - spiega Bradley Wall, uno degli autori - se si leggono i magazine si vede che un 2 per cento di disidratazione diminuisce le prestazioni del 10 per cento e anche la letteratura scientifica in merito presenta questi risultati. Noi non stiamo dicendo che la disidratazione non sia un male, ma evidentemente le linee guida in questo senso vanno riviste".

stampa | chiudi

STUDIO CANADESE

Obesi sani? Non esistono

Anche se gli altri «indicatori» di salute sono nella norma si tratta comunque di individui più vulnerabili

NOTIZIE CORRELATE

Quello degli «obesi in salute», persone cioè che hanno un indice di massa corporea molto superiore alla media ma che hanno invece tutti gli altri parametri nella norma è un falso mito. Lo afferma uno studio del Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute di Toronto, in Canada, pubblicato dalla rivista *Annals of Internal Medicine*, secondo cui queste persone hanno comunque un rischio maggiore di morte rispetto a chi non è sovrappeso.

LO STUDIO - I ricercatori hanno fatto una revisione sistematica di tutti gli studi sul tema pubblicato dal 1950, associando ai tre livelli di indice di massa corporea, normale, sovrappeso e obeso, il rischio di morte e di problemi cardiovascolari a lungo termine. «La nostra ricerca - scrivono gli autori - ha mostrato che anche le persone obese ma metabolicamente sane hanno un rischio aumentato di morte e di eventi cardiovascolari, se confrontati con persone sempre metabolicamente sane ma con peso normale. Questo suggerisce che l'aumento di indice di massa corporea, anche senza anomalie metaboliche, non è una condizione benigna».

(Fonte Ansa)

stampa | chiudi

Malattia autoimmune causa l'ispessimento della pelle arrivando anche a colpire gli organi interni. Sono 60mila i pazienti, la maggior parte donne under 35, e non hanno esenzioni né agevolazioni

La sconosciuta sclerodermia

«FONDAMENTALE LA DIAGNOSI PRECOCE SOTTOVALUTARE I SINTOMI PUÒ ESSERE FATALE»

I primi controlli sono importanti

Roberto Giacomelli
Ordinario reumatologia
L'Aquila

IL CASO

Sono pochi, stanno molto male, non hanno esenzioni dai ticket, devono sottoporsi a diverse visite ogni mese e non hanno più voce per farsi sentire. Sono i sessantamila pazienti (nella maggioranza giovani donne sotto i 35 anni) colpiti da sclerodermia o sclerosi sistemica progressiva. Una malattia autoimmune che causa l'ispessimento della pelle arrivando, nei casi più gravi, a colpire anche i tessuti degli organi interni come polmoni, cuore, reni, esofago e tratto gastrointestinale.

Sessantamila pazienti, in confronto alle grandi patologie, sono un piccolo numero ma, non per questo, non devono avere diritto a delle agevolazioni quando entrano in un ospedale e in un ambulatorio della Asl. Primo passo: da anni i malati chiedono che la sclerodermia entri nell'elenco delle malattie rare in modo di avere una sorta di corsia preferenziale una volta che si devono fare visite ed esami. Come risposta, solo rinvii su rinvii.

Per discutere, anche di questo, al ministero della Salute è stato organizzato, dal Centro per la diagnosi precoce della sclerodermia, la cura delle ulcere e la videocapillaroscopia diretto dall'angiologa Antonella Marcocchia dell'ospedale Sandro Pertini di Roma, un convegno sulle novità scientifiche e sui problemi quotidiani dei pazienti.

LE VISITE

«È una patologia poco conosciuta - spiega Roberto Giacomelli ordinario di Reumatologia all'università dell'Aquila - e la sottovalutazione dei primi sintomi può essere fatale mentre una diagnosi precoce può ritardare la disabilità e salvare delle vite. Ogni anno si contano trecento nuovi casi e, per tutti, la strada è in salita. I

pazienti devono essere visitati da più specialisti e sottoporsi a diversi esami. Il non aver ancora inserito questa patologia tra le malattie rare rende ancora più penosa la quotidianità di chi sta male. Attese, ticket, passaggi tra ambulatori. Tutto porta ad un ritardo nella diagnosi».

La malattia, spiegano all'Associazione italiana lotta alla sclerodermia (www.ails.it) è devastante per l'ispessimento della cute che tende ad indurirsi e a ritirarsi, cambiando spesso i lineamenti del viso e modificando progressivamente la fisionomia del malato. Il cambiamento, inoltre, non è solo esteriore «poiché la produzione esagerata di collagene e la vasculopatia generalizzata possono coinvolgere gli organi interni».

GLI OSPEDALI

Solo in pochi ospedali esistono dei team formati da vari specialisti per i pazienti colpiti da sclerodermia o centri d'eccellenza. Oltre al Pertini di Roma, all'Aquila ospedale universitario, ad Ancona Clinica Medica, a Firenze Careggi e a Napoli università Federico II.

«Va ricordato - aggiunge Giacomelli - che la malattia colpisce soprattutto donne in età fertile e la causa è ancora ignota. Il problema, all'inizio, si localizza alle mani e alle dita. In seguito, soprattutto nella forma diffusa, arriva ad estendersi anche in altre aree del corpo. I segni manifesti sono ulcere alle nocche e ai polpastrelli. E poi dolori articolari, debolezza muscolare, difficoltà a inghiottire e respiratorie, alterazione del ritmo cardiaco. Non si può fare prevenzione, il vero aiuto è quello di diagnosticare presto la patologia». Riconoscendo, per esempio, il fenomeno di Raynaud, uno dei primi segni che si presenta sulle mani: vasospasmo eccessivo, riduzione del flusso del sangue nelle arteriole, cianosi, formicolio e dolore.

C.Ma



Apnee notturne e gambe stanche: due campanelli d'allarme per il cuore

Respiratori e nuovi farmaci: le strategie contro i rischi dei disturbi del sonno

DANIELE BANFI

Un terzo della vita lo trascorriamo dormendo. I più fortunati anche di più. Un buon sonno ristoratore è necessario non solo per il cervello, ma anche per il sistema cardiovascolare. Riposare bene - a differenza di quanto si possa pensare - rappresenta una medicina efficace anche per prevenire le malattie cardiovascolari. Ecco perché apnee notturne e sindrome delle gambe senza riposo - due tra i più importanti disturbi del sonno - possono, se trascurati, minare seriamente la salute del cuore. Fortunatamente negli ultimi anni sono stati fatti passi da gigante nel trattamento di queste patologie. Tecnologia Pap d'avanguardia, un respiratore per chi soffre di apnee, e nuovi farmaci sempre più selettivi sono le principali novità nel trattamento di questi due strani disturbi del sonno.

Come spiega Luigi Ferini Strambi, direttore del Centro di Medicina del Sonno dell'Ospedale San Raffaele Turro di Milano, «le apnee notturne consistono nel temporaneo arresto del respiro, che può durare anche molti secondi, mentre la persona è nel letto a dormire. Questo genere di disturbo è conseguenza di

diversi fattori, come il sovrappeso, la conformazione del palato e la deviazione del setto nasale». Un problema tutt'altro che trascurabile: il fastidio non è solo per la persona che ci dorme accanto. La gravità dipende dal numero di eventi che si verificano durante la notte. Una persona è considerata affetta da apnea ostruttiva notturna se supera 5 eventi l'ora.

Durante ogni singola ostruzione il corpo viene sottoposto ad uno stress non indifferente. In questi casi il sistema cardiovascolare non riposa mai a causa dei continui sbalzi di pressione. «Secondo le ultime statistiche - continua Ferini Strambi - il 30% degli individui ipertesi soffre di apnee notturne. Ma il dato che più preoccupa è quello relativo agli individui che non rispondono alle classiche terapie anti-ipertensive. Il 70% di loro è affetto da apnee».

Un altro disturbo associato ad una cattiva qualità del sonno è la sindrome delle gambe senza riposo («Rls», dall'inglese «Restless legs syndrome»), una malattia neurologica cronica caratterizzata da un bisogno incontenibile di muovere gli arti inferiori, spesso associato a sensazione di fastidio, prurito e, a volte, dolore. «Le cause di questo disturbo - spiega Ferini Strambi - non sono tuttora completamente note. Sia che si manifesti nella sua

forma primitiva, spesso riconducibile a una componente genetica, sia nella forma secondaria, correlata ai cosiddetti «fattori predisponenti», la sindrome può avere un pesante impatto sulla qualità di vita, determinando vari disturbi, tra i quali c'è, per i casi più gravi di «Rls», l'ipertensione». Ecco perché curare questi due disturbi del sonno è necessario per evitare problemi di tipo cardiovascolare.

In entrambe le patologie ad essere alterata è la secrezione del cortisolo, l'ormone dello stress, i cui livelli calano fisiologicamente fino a raggiungere il minimo durante la notte. In questi casi, invece, i livelli rimangono costanti e il sistema cardiovascolare non riposa. «Per le apnee notturne - dice il professore - si interviene con il C-Pap, un dispositivo in grado di erogare aria quando serve. Questo trattamento, in molti casi, consente anche nei pazienti farmaco-resistenti di migliorare la loro situazione».

Ma le buone notizie riguardano soprattutto chi soffre di «Rls». Esiste, infatti, un 40% di individui che non risponde ai classici farmaci. Per loro la si-

tuazione potrebbe presto cambiare: uno studio pubblicato sulla rivista «Lancet Neurology» dimostra che la somministrazione di due molecole - ossicodone e naloxone - è particolarmente indicata per questo genere di pazienti.

«Lo studio - chiarisce l'esperto - ha documentato in casi particolarmente difficili da trattare un notevole beneficio, mantenuto nel tempo e raggiunto con dosaggi di farmaco modesti e che non hanno necessitato di successivi incrementi. Insomma, un'arma terapeutica importante».

Le brutte notizie, invece, arrivano sul fronte dell'organizzazione sanitaria: nonostante le sempre maggiori evidenze della relazione tra cattivo sonno e patologie croniche, in Italia, ad oggi, i corsi di laurea prevedono pochissime ore per l'insegnamento di medicina del sonno. «Un gap da colmare. Dormire male si riflette sulla qualità della vita. Nel nostro Paese i centri che si occupano di questa disciplina sono circa 40. In Germania, il Paese più all'avanguardia in tal senso, sono oltre 400», conclude Ferini Strambi.

@danielebanfi83

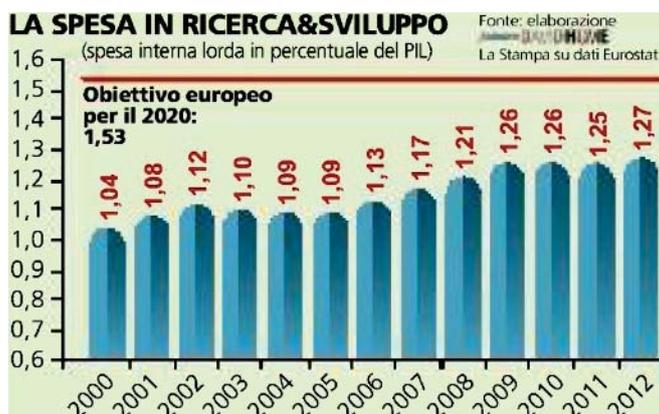
Luigi Ferini Strambi
Neurologo

RUOLO: È PROFESSORE DI NEUROLOGIA E DIRETTORE DEL CENTRO DI MEDICINA DEL SONNO DELL'OSPEDALE SAN RAFFAELE DI MILANO



L'Istat: si paga la scarsità di grandi aziende

E nella ricerca restiamo il fanalino di coda dell'Ue



FRANCESCO RIGATELLI
MILANO

Tre indagini dell'Istat sui settori privato, no profit e pubblica amministrazione nel 2011, più una previsione per gli enti pubblici nel 2012 e nel 2013 e un'elaborazione delle università sull'insegnamento consentono di tracciare un quadro della ricerca in Italia. Tinte fosche, ma non senza squarci di luce e buone notizie. Come quella di ieri sul programma «Horizon 2020»: 77 miliardi per scienza e innovazione in tutta l'Ue europea (i primi bandi dall'11 dicembre).

2020 è anche l'anno entro cui ogni Stato europeo dovrebbe spendere il 3% del pil in ricerca e sviluppo. Per questo l'Istat compila un report dettagliato sull'argomento. Emerge che nel 2011 l'Italia ha speso l'1,25% del pil in ricerca e sviluppo. Meno della media europea, al 2,05. Guardando la classifica Eurostat, l'Italia sta al 18° posto dell'Europa a 27. Prima ci sono Finlandia (3,8%), Svezia, Danimarca, Germania (2,89), Austria, Slovenia, Islanda, Estonia, Francia (2,25), Belgio, Olanda e Regno Unito. Pure Spagna (1,36) e Portogallo fanno, di poco, meglio dell'Italia.

Rispetto al 2010 la spesa italiana per ricerca e sviluppo è aumentata dello 0,9%, raggiungendo 19,8 miliardi, ma, tenendo conto dell'inflazione, è calata dello 0,4. E' diminuita del 6,8 nel no profit e dell'1,3 nel pubblico,

mentre è cresciuta del 2,3 nelle imprese. «Considerando il 2011 un anno di crisi - commenta Mauro Masselli, responsabile statistiche strutturali Istat - la differenza è minima, anche se preoccupa la tendenza negativa. E per il futuro non si attendono cambiamenti, perché la ricerca è trainata dalla grande impresa, che diminuisce, delocalizza o importa conoscenza da dove è defiscalizzata come in Francia e in Germania. Una nota positiva viene però dalle medie imprese, sotto i 500 dipendenti, a cui si deve quel +2,3».

Tra gli altri squarci di luce c'è da considerare che l'Italia è tradizionalmente più un Paese di innovazione che di ricerca. «Per riconoscibilità dei marchi e novità di prodotto - spiega Masselli - siamo a livelli europei». E nel settore manifatturiero, che esporta di più in assoluto, si investe di più pure in ricerca. Tra gli altri, medaglia d'oro il **farmaceutico**, l'elettromedicale, la meccanica di precisione, l'automobile. Pecore nere il tessile, i servizi eccetto le telecomunicazioni, il turismo e l'agroalimentare tranne la trasformazione. Cosa non va? Oltre alla defiscalizzazione è una questione culturale e strutturale: troppe piccole imprese. Anche se, come dimostra un rapporto del ministero dello Sviluppo, laddove queste si sono sforzate di fare gruppo in consorzi di ricerca si è creata innovazione.

twitter @rigatells

