

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
1 LUGLIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

REGIONE Pigliaru: «Giunta da promuovere, la Sardegna ora è più credibile» L'operazione San Raffaele ha messo fine all'incertezza che fa scappare gli investitori Il governatore fa il punto: «Tra pubblico e privato messi a correre 997 milioni di euro Una terapia d'urto per dare risposte concrete all'emergenza delle emergenze: il lavoro»

Il tagliando dei primi cento giorni è fra quelli che da sempre fanno più paura a chi governa. Non tanto per quello che il celebrante andrà a dire, nei fatti è un riassunto impegnativo, quanto serve a capire a una Giunta se gli altri (il mondo esterno, la Sardegna) ha capito, percepito, apprezzato «quello che abbiamo fatto». Ebbene, il governatore Francesco Pigliaru, il celebrante per i prossimi 5 anni, ha una certezza e lo dice subito in apertura del rito, consumato a Villa Devoto: «Abbiamo lavorato sodo e sempre in piena trasparenza per affrontare subito le emergenze, molte, e guardare con speranza a un futuro di crescita». Come? «Abbiamo messo a correre da subito e in tutto fra pubblico e privato 997 milioni». Un elettrochoc. «Serviva una terapia d'urto per realizzare quello che avevano annunciato in campagna elettorale e dare risposte concrete all'emergenza delle emergenze: il lavoro». La diagnosi era nota, purtroppo: è il momento di parlare della terapia. «Nei primi 100 giorni abbiamo lavorato subito sulle risorse finanziarie, per allentare i vincoli troppo stretti del Patto di stabilità e avere più soldi da spendere. Sulle riforme istituzionali, per garantire condizioni più favorevoli a imprese e cittadini. Sul lavoro, dando avvio a interventi immediati per rispondere, come detto, all'emergenza». Invertiamo, si parte dal lavoro. «Con il progetto Garanzia giovani, sono 54 i milioni che in due anni daranno una strada d'accesso ai giovani, tra i 15 e i 29 anni, che oggi sono disoccupati, non studiano a e non seguono corsi di formazione. Puntiamo a costruire percorsi personalizzati di avviamento per 12-15mila giovani sardi», Ci sono anche troppi under 30 disoccupati. «Sarà il secondo passo e siamo in fase avanzata. Puntiamo a riorganizzare il mondo del lavoro, per far rientrare con nuove professionalità chi è stato espulso e ora è in cassa integrazione. Vogliamo restituire la dignità del lavoro attivo e lasciare da parte la ciambella degli ammortizzatori sociali. Su questo aspetto, noi e Renzi abbiamo gli stessi progetti e l'impegno sarà comune. Cioè accompagnare i cassintegrati verso un nuovo lavoro». Senza investitori privati sarà difficile. «La Sardegna ha di nuovo diversi corteggiatori ed era impensabile fino a pochi mesi fa. Uno era il Qatar con l'operazione San Raffaele. Bene, abbiamo rispettato i tempi che ci erano stati chiesti per la risposta e la Sardegna così è ritornata a essere autorevole, affidabile e credibile». Una svolta. «Certo, perché abbiamo messo fine a quell'incertezza che di solito fa scappare i privati. È il modello che replicheremo quando altri busseranno alla porte. In assoluta trasparenza, valuteremo i loro progetti, ma con la garanzia che avranno risposte in tempi rapidi». Il San Raffaele passerà? «L'ultimo parere spetta al Consiglio regionale. Sono molto, molto ottimista». A proposito di sanità, le Asl saranno commissariate? «La riforma è

indispensabile soprattutto perché dal 2015 entrerà il meccanismo del pareggio di bilancio e quindi non potremo più far correre quella spesa con la scusa che oggi è fuori dal Patto di stabilità. Dovremo essere rigidi, altrimenti saranno molti meno i soldi che potremmo investire per tutto il resto». Riforme e semplificazione. «Impegni mantenuti. Ci abbiamo messo la faccia e cominciamo a portare a casa i risultati. Lo stesso abbiamo fatto con l'edilizia scolastica e lo faremo con l'istruzione». Pigliaru promosso? «Nessun voto, per ora. Ma in questi primi 100 giorni, la promozione ce la siamo meritata visto che abbiamo rimesso in moto una Sardegna immobile». Le critiche? «Alcune mi hanno stupito più che amareggiato. Però è innegabile che abbiamo saputo ricreare un clima di fiducia e ora per noi devono parlare i fatti, non gli annunci». È stato più difficile di quanto si aspettasse? «Più che altro complicato, ma ormai siamo un treno in corsa per i prossimi cinque anni». Meno cento giorni.

SANITA' Arru, un medico nel campo minato

Ha esordito 100 giorni fa, con una flemma olimpica e continua a essere impenetrabile anche nelle situazioni più complicate. Il prossimo buon esito (auspicato da tutti) del progetto San Raffaele, a Olbia, potrebbe metterlo al sicuro dalle prossime interrogazioni, quelle più rischiose. È un medico e nel piano industriale del nuovo ospedale ci ha messo molto del suo, anche grazie al contributo di un ottimo staff tecnico. Immediato nel rispondere alla protesta dei malati non autosufficienti, ora è atteso da un'altra prova decisiva: ridurre la spesa sanitaria e non si sa ancora se lo farà con il commissariamento o meno delle Asl.

Comunque, ha dimostrato di sapersi muovere bene nel campo minato della sanità. Nove in tecnica sanitaria, la materia preferita, sette in strategia politica che per lui (non è un politico) è un gran bel voto.

OLBIA Celiachia, domani all'hotel President una tavola rotonda

Si svolgerà domani mattina, dalle 8 all'Hotel President, il convegno della Asl sul tema «Celiachia e patologie correlate» che associerà una parte medica e scientifica a una parte dimostrativa con la preparazione di gustosi alimenti senza glutine da parte dell'Associazione cuochi della Gallura. Al convegno è annunciata anche la partecipazione dell'assessore regionale alla Sanità, Luigi Arru. Il programma prevede, alle 8, i saluti del direttore generale della Asl, Giovanni Antonio Fadda, e a seguire la presentazione del progetto da parte dell'assessore regionale. Moderato da Maria Rita Ara (Sian Asl Olbia) e da Roberto Massacci (assessorato regionale sanità), il dibattito prevede la partecipazione di Antonio Balata (direttore Pediatria di Olbia), Daniele Crosa (Pediatria ospedale di Olbia), Stefano Martelossi (Gastroenterologia pediatrica ospedale Burlo Garofalo di Trieste), Vincenzo Villanacci (Ospedali riuniti di Brescia), Luciano Beccaria (Endocrinologia pediatrica ospedale di Lecco), Giuseppina Meloni (Asl Olbia), Giancarlo Tonolo (Diabetologia Olbia), Domenica Anna Obinu, Maria Agostina Murgia, Gianfranco Meloni, Antonello Antonelli, Simona De Stefano e Michele Calvisi.

ROMA Ecco la dieta che batte il cancro Summit di esperti a Roma: meno calorie riducono i tumori del 60%

La restrizione dietetica e delle calorie come arma di prevenzione contro il cancro. Ad

affermare la correlazione - confermata anche da nuovi studi sui primati - è Luigi Fontana, uno dei massimi esperti internazionali di nutrizione, docente di Medicina e Scienze nutrizionali alla Washington University di St.Louis (Usa) e all'Università di Brescia, che ha fatto il punto sugli studi in materia in occasione di una Lecture al Policlinico Agostino Gemelli di Roma. «La restrizione calorica senza malnutrizione - rileva Fontana - è il metodo principe con cui mantenersi magri, soprattutto riducendo il grasso addominale, e attualmente la più straordinaria e potente strategia per mantenersi in buona salute e prevenire il cancro». Nel modello animale, spiega, «abbiamo riscontrato che diminuire l'apporto calorico del 20-40%, cambiando il tipo di nutrienti, aumenta la durata della vita e comporta una riduzione dell'insorgenza dei tumori del 60%. La riduzione dell'introito calorico riduce infatti la produzione d'insulina, un fattore che stimola anche la crescita tumorale, e riduce i livelli di numerose sostanze infiammatorie che sono implicate nello sviluppo di tumori, malattie cardiovascolari, autoimmuni e nel diabete».

L'UNIONE SARDA

SAN RAFFAELE. Scontato il sì unanime alla delibera Lungo vertice di maggioranza, oggi via all'iter in Commissione

La maggioranza di centrosinistra ha avviato il confronto sulla delibera della Giunta regionale che autorizza l'apertura dell'ospedale San Raffaele di Olbia. Un centro di eccellenza che potrà nascere grazie a un investimento miliardario della *Qatar Foundation*. Il presidente Francesco Pigliaru, l'assessore alla Sanità, Luigi Arru, e quello alle Riforme, Gianmario Demuro, hanno chiarito durante un lungo vertice in Consiglio regionale conclusosi in tardissima serata gli aspetti procedurali della vicenda. Oggi la delibera inizierà il suo iter in Commissione, scontato il voto favorevole della maggioranza, da vedere quale sarà l'atteggiamento dell'opposizione.

Raimondo Perra (Psi), presidente della commissione, non nasconde il suo favore per l'operazione: «Dobbiamo analizzare con precisione tutti gli aspetti tecnici e amministrativi, stiamo parlando di un'operazione fondamentale per il futuro del sistema sanitario regionale. Il San Raffaele dovrà saper coniugare eccellenza terapeutica e ricerca scientifica».

Sulla stessa lunghezza d'onda Piero Comandini, consigliere regionale Pd: «Grazie all'ottimo lavoro della Giunta creeremo un precedente che potrà essere utile per attrarre nuovi investimenti stranieri. Sono convinto che Renzi manterrà la parola data, ci sarà piena collaborazione tra Cagliari e Roma». D'accordo anche Gavino Sale (Irs): «I sardi si potranno finalmente curare sull'Isola».

IL BILANCIO. Pigliaru promuove la sua squadra: «Promesse mantenute» «Sbloccato un miliardo Così riparte la Sardegna»

Solo alla fine della chiacchierata con i giornalisti, dopo aver messo in fila le cifre di cento giorni di governo, a Francesco Pigliaru viene l'idea di sommarle: «Ecco, abbiamo sbloccato la spesa di circa un miliardo di euro». E va già bene così, per il presidente che prometteva anzitutto «qualità istituzionale». Insomma, una Regione che funziona.

Ci tiene molto, Pigliaru, al rispetto dei programmi. Come quelli sul patto di stabilità:

«Passare alla regola del pareggio di bilancio è un risultato straordinario», assicura.

«Usciamo, prima di altre regioni, dalla regola primitiva che impediva di spendere soldi che

abbiamo».

Però tarda la compensazione per il 2014.

«Manca poco, lo Stato ci ha fatto una proposta che abbiamo respinto, aspettiamo a giorni una risposta sulle nostre controdeduzioni».

Quanto proponevano?

«All'inizio 200 milioni, poi sono saliti un po' (pare attorno ai 600, *ndr*), ma per noi è ancora insufficiente».

Resta molta distanza?

«Non tantissima».

Nel pareggio di bilancio rientrerà anche la sanità. Non è un rischio?

«Al contrario. Essendo fuori dal patto di stabilità, sulla sanità si tendeva a spendere di più. Ora saremo incentivati a risparmiare, per destinare risorse agli investimenti».

Restando sulla sanità: la scelta di non commissariare le Asl è definitiva?

«Puoi commissariare se hai progetti precisi di riforma. Li stiamo preparando».

E i progetti per rilanciare l'occupazione, quando arriveranno?

«Intanto, per creare lavoro a breve, sblocciamo i cantieri sulla 131 e la Sassari-Alghero, oltre agli accordi sui 220 milioni di opere nelle università e i 300 per ammodernare gli ospedali».

Nel medio periodo, invece?

«Come promesso, siamo tra le prime regioni ad avviare la Garanzia giovani, che darà occasioni di lavoro o formazione a 12-15mila sardi tra i 15 e i 29 anni. Abbiamo già 7mila domande».

E i disoccupati “maturi”?

«Obiezione sensata, me la fanno in molti. Non li dimentico, ma ora serve molto lavoro sulla Garanzia giovani».

Quindi agli ultratrentenni cosa diciamo? Pazienza?

«No, diciamo che cercheremo di attrarre investimenti per creare lavoro. Serve tempo, ma stiamo creando le pre-condizioni».

Come si attraggono gli investimenti?

«Con istituzioni credibili, anzitutto. Le imprese chiedono risposte in tempi certi. In più la Sardegna offre un buon capitale umano e un contesto positivo, senza criminalità organizzata».

Si muove già qualcosa?

«Sì. Per esempio, essere usciti dal Galsi fa sì che si aprano varie strade per parlare di metanizzazione. Siamo corteggiati».

Da chi?

«Investitori seri che guardano alla Sardegna con interesse. Ma andremo anche da aziende che ci sono già, come Amazon, che occupa decine di ingegneri sardi in Irlanda. Diremo loro: proviamo a crescere insieme?»

E l'annunciata riforma dei servizi per il lavoro?

«Ci stiamo lavorando. A breve arriverà una proposta per la stabilizzazione dei precari dei centri servizi».

Di cosa va più fiero?

«Del piano per l'edilizia scolastica. Ne parlai molto in campagna elettorale».

E il risultato che avrebbe voluto centrare?

«Mi piacerebbe essere più avanti nell'altra parte del piano per l'istruzione, sulla qualità dell'insegnamento e i livelli di apprendimento».

Stupito, o amareggiato, da certe critiche da sinistra (sull'ambiente e non solo)?

«Stupito un po' sì, devo dire. Amareggiato no, perché in questo mestiere sai che può succedere di doverti spiegare meglio».

Per esempio sulla Conservatoria delle coste?

«Qualcuno ha interpretato il commissariamento come una volontà di sbraccare nella gestione dell'ambiente. Non è assolutamente così, e siamo sereni perché lo dimostreranno i fatti.

Anzi, faremo meglio le cose per cui la Conservatoria era nata».

Vale a dire?

«Istituiremo un fondo per acquisire al patrimonio pubblico tratti di litorale da preservare, come fa l'agenzia della Corsica che ha ispirato la Conservatoria».

Alla fine dei conti: è più difficile di quanto credeva?

«No. È molto difficile, ma chi è stato assessore al Bilancio non può ignorarlo».

REAZIONI. Putzolu (Cisl) critica: «Pochi fatti sul reinserimento lavorativo dei cassintegrati» Sale (Irs): «Tutti a casa senza l'ok sul San Raffaele»

A far la differenza, anche nei primi cento giorni di governo, è la questione San Raffaele. Anche agli occhi della maggioranza che sostiene Francesco Pigliaru.

Lo ammette con la solita chiarezza il consigliere regionale di Irs, **Gavino Sale**, che sul lavoro presentato dal “professore” alla stampa ha un solo commento: «Se non riusciamo a concludere l'operazione San Raffaele ce ne andiamo a casa, la nostra funzione come governo dell'Isola diventerebbe inutile». Per Sale il primo banco di prova per questa Giunta è, quindi, l'accordo con la Qatar Foundation Endowment per l'ospedale Bambin Gesù di Olbia che prevede un miliardo di investimenti in dieci anni. «Se falliamo in questo - continua - è meglio lasciar perdere, perché vuol dire che il potere risiede altrove». **Pietro Cocco** non ha dubbi, invece, sul fatto che l'accordo con la Qatar Foundation «non conoscerà ostacoli», e sul fatto che «nei primi cento giorni Pigliaru ha fatto il possibile, considerato che ha ereditato una Regione in grandi difficoltà». Per il capogruppo del Pd in Consiglio regionale, c'è solo una questione che va aggredita, se possibile, con più forza, ed è il lavoro. Dello stesso avviso il segretario regionale della Cisl, **Oriana Putzolu**: «Attendevamo fatti più concreti - settori intervento, risorse a disposizione, cronoprogramma - per far rientrare al lavoro una parte dei 147 mila lavoratori che beneficiano degli ammortizzatori sociali. Invece niente su questo fronte. Il sindacato chiede alla Giunta non solamente politiche passive sul lavoro, ma soprattutto attive, che non si vedono o sono indicate come possibili e futuribili: cantieri da aprire, programmi da attuare, finanziamenti ancora da incassare». Dal capogruppo di Sel, **Daniele Cocco**, un augurio alla maggioranza: «Speriamo di poter realizzare nel più breve tempo possibile una riforma della macchina burocratica, enti e agenzie compresi». Secondo il consigliere regionale di Sel, «nei primi cento giorni poco si poteva e poco si può fare, anche a causa della situazione congiunturale». Su una cosa però bisogna insistere, cioè sul «trasferimento dei fondi ai Comuni in difficoltà». Va bene la battaglia vinta sul patto di stabilità i cui vincoli cadranno del 2015, ma a preoccupare Cocco è quel che resta del 2014, posto che, come ha detto il governatore, «è in corso una trattativa col governo per alzare il tetto delle risorse anche nell'anno in corso».

L'OPPOSIZIONE. Pittalis (FI): «Solo nomine e commissariamenti».

Pili: «Che fallimento» Cappellacci: «Partenza a razzo con la marcia indietro»

Il tema dei primi cento giorni della Giunta guidata da **Francesco Pigliaru** scatena l'ironia e le critiche dell'opposizione.

Passano poche ore dalla conferenza stampa del presidente della Regione e non tardano ad arrivare gli attacchi. Pollice verso da parte dei consiglieri regionali di Forza Italia: i primi cento giorni dell'esecutivo vengono giudicati fallimentari. **Ugo Cappellacci** parla di «partenza a razzo, ma con la marcia indietro sbadatamente ingranata». Dopo l'ironia arriva l'elenco dei temi critici che riguardano «l'annullamento del nuovo Piano paesaggistico, l'atteggiamento passivo nei confronti di Renzi, relativamente alle accise, e la rinuncia alla rivendicazione della zona franca». Dura anche la sintesi del capogruppo **Pietro Pittalis** : «Sono stati cento giorni di nomine e commissariamenti». Pittalis si sofferma poi sul Trenino verde che, secondo Cappellacci, «la Giunta vorrebbe a sua somiglianza, cioè fermo»: «Trenino verde fino a settembre e poi valuterà? La risposta dell'assessore Paci», dice Pittalis, «è l'immagine plastica di una Giunta regionale che stenta a prendere contatto con la realtà». **Alessandra Zedda** attacca il governatore ricordando che «Pigliaru in campagna elettorale aveva promesso quattro leggi quadro su artigianato, commercio, agricoltura e turismo, ma al momento non è stata presentata neppure una bozza». Dura la sentenza del capogruppo dei Riformatori, **Attilio Dedoni** : «In tre mesi l'esecutivo non ha fatto nulla; l'appuntamento di ieri è servito soltanto a cercare di giustificare questo nulla o di nascondere dietro una cortina di fumo».

Michele Cossa definisce questi primi cento giorni «deludenti per l'atteggiamento passivo della Giunta su alcune questioni chiave». Il riferimento è alla vertenza sulle accise per cui «la Regione non si è costituita parte civile presso la Corte Costituzionale», dice Cossa che critica anche «i tagli lineari senza strategia ma solo per far quadrare i conti».

Il consigliere regionale di Fratelli d'Italia, **Paolo Truzzu** è convinto che, «prima di cantare vittoria, la Giunta dovrebbe fare un giro per strade, enti e imprese. Siamo al palo su tutto».

Sarcastico il sardista **Angelo Carta** : «Molti titoli sui giornali e poca concretezza. Aspettiamo la soluzione del patto di stabilità perché è vitale». Infine, arrivano i dodici fallimenti elencati da **Mauro Pili** per «celebrare cento giorni di niente nascondendo il fallimento politico e amministrativo di questo inizio legislatura».

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Ocse: le "Health Statistics 2014". Continua calo della spesa sanitaria italiana. Spendiamo 275 dollari a testa in meno degli altri Paesi

Il dato è calcolato a parità di potere d'acquisto e ci pone al di sotto di Usa e di molti Paesi europei, come Olanda, Francia, Svizzera e Germania. L'Ocse ha appena diffuso le sue "Health Statistics 2014" con i dati di riferimento finali relativi all'anno 2012. Aspettativa di vita molto alta (meglio di noi solo Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna) e ottimi dati sulla mortalità per cuore e cancro. I DATI DELL'ITALIA. I DATI GENERALI

In Italia, la spesa sanitaria rappresentava il 9.2% del PIL nel 2012, una percentuale molto vicina alla media dei paesi OCSE (9.3%). La quota di PIL rappresentata dalla spesa sanitaria in Italia rimane tuttavia assai inferiore a quella degli Stati Uniti (che ha speso il 17.7% del PIL per la sanità nel 2012) come pure a quella di altri paesi europei come i Paesi Bassi (11.8%), la Francia (11.6%), la Svizzera (11.4%) e la Germania (11.3).

In valori di spesa pro capite in dollari americani a parità di potere d'acquisto, l'Italia fa registrare una spesa di 3.209 US\$, a fronte di una media OCSE di 3.484 US\$.

Il settore pubblico è la principale fonte di finanziamento della sanità in quasi tutti i paesi dell'OCSE. In Italia, il 77% della spesa sanitaria è stato finanziato da fonti pubbliche nel 2012, un tasso superiore alla media OCSE (72%).

Come in molti altri paesi europei, la spesa sanitaria in Italia è diminuita negli ultimi anni, a seguito degli sforzi del governo per ridurre i disavanzi di bilancio nel contesto della crisi economica. Stime preliminari suggeriscono che queste riduzioni della spesa sanitaria hanno continuato a un tasso pari a -3% in termini reali nel 2013.

Spesa farmaceutica in calo

In molti paesi OCSE, tra cui l'Italia, una riduzione della spesa farmaceutica ha contribuito alla riduzione complessiva della spesa sanitaria. In Italia, anche se i valori procapite in dollari PPP restano più elevati della media OCSE (514 US\$, contro una media di 498 US\$), la spesa farmaceutica è diminuita ogni anno dal 2009, con una riduzione di oltre il 6% in termini reali nel 2012. Tra il 2008 e il 2012, la spesa per i farmaci è scesa del 14% in termini reali. La riduzione di spesa – sottolinea l'OCSE - è probabilmente dovuta, in parte, al contenimento dei tetti di spesa a livello regionale. Altre possibili cause sono la riduzione dei margini per grossisti e farmacie e il taglio dei prezzi dei farmaci generici sulla base di un sistema di prezzi di riferimento. La quota di mercato dei farmaci generici in Italia è aumentata negli ultimi anni (dal 6% del 2008 al 9% nel 2012), ma rimane molto inferiore a quelle osservate in altri paesi OCSE.

Numero medici, infermieri e posti letto

Con 3.9 medici ogni mille abitanti l'Italia si colloca sopra la media OCSE di 3.2 medici, al contrario risulta sotto la media sia per il numero di infermieri, 6.4 ogni mille abitanti, contro gli 8.8 della media OCSE, che per il numero di posti letto in ospedale per acuti dove ci attestiamo su una media di 3.4 per mille abitanti contro i 4.8 della media OCSE. Quest'ultimo dato mostra in particolare una netta diminuzione dei posti letto italiani che solo 12 anni fa erano 4.7 ogni mille abitanti.

Aspettativa di vita e mortalità

L'Italia mantiene altissimi livelli di aspettativa di vita con 82.3 anni (donne 84.8 e uomini 79.8), al di sopra della media OCSE che è di 80.2 (77.5 per gli uomini e 82.8 per le donne). Solo il Giappone, l'Islanda, la Svizzera e la Spagna hanno registrato una speranza di vita superiore a quella dell'Italia nel 2012.

Per la mortalità delle due principali cause di morte, cardiovascolari e cancro, l'Italia si colloca in ambedue i casi al di sotto della media OCSE con tassi di mortalità di 256 morti ogni 100.000 abitanti per le malattie cardiovascolari (media OCSE 296.4) e di 216.4 morti

ogni 1100.000 abitanti per il cancro (media OCSE 213.1).

Fumo, alcol e obesità

Siamo invece sopra la media per consumo di tabacco tra gli adulti con una percentuale di fumatori regolari pari al 22.1% della popolazione (media OCSE 21), sotto la media per l'alcol con 6.1 litri di consumo pro capite (media OCSE 9.0).

Nella lotta al fumo spiccano i successi di alcuni paesi nordici (Svezia, Norvegia, Islanda), degli Stati Uniti e dell'Australia che hanno ridotto la percentuale di fumatori tra gli adulti a meno del 16%.

L'obesità tra gli adulti è aumentata in misura molto modesta in Italia negli ultimi dieci anni, rispetto ad altri paesi OCSE. La percentuale di obesi, calcolata in base ai dati di altezza e di peso auto-riferiti, è aumentata da 8.6% nel 2000 a 10.4% nel 2012. L'aumento della prevalenza dell'obesità lascia prevedere un aumento di patologie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari, con ripercussioni importanti sulla spesa sanitaria futura.

Insuline: comincia una nuova era. Negli Usa sì a quella "inalatoria" e in Europa via libera alla prima biosimilare

Mentre negli Stati Uniti l'FDA dà l'ok alla first in class delle insuline inalatorie, l'Afrezza di MannKind, in Europa il CHMP dà parere positivo alla prima insulina biosimilare. L'inalatoria va usata in associazione ad un'insulina basale. La biosimilare ha la stessa sequenza del best seller di Sanofi.

Al terzo tentativo la MannKind l'ha spuntata. La sua insulina inalatoria *short-acting* alla fine ha ricevuto il via libera dal'Fda. Un primo 'no' era arrivato nel 2011, perché la documentazione sul nuovo *inhaler* era stata ritenuta insufficiente; poi è arrivata la bocciatura del 2013, per insufficienti informazioni cliniche. Adesso le carte sembrano tutte in regola e dopo l'ok dell'*advisory board* in aprile, quando sono stati presi in considerazione ed esclusi eventuali rischi oncologici (sollevati su una precedente insulina inalatoria sperimentale, per un possibile aumento di rischio di cancro del polmone), il 27 giugno è arrivata l'approvazione definitiva per Afrezza.

Afrezza è così la *first in class* delle insuline inalatorie, una ultrarapida, indicata per gli adulti con diabete di tipo 1 e 2. E' un'associazione farmaco-*device* che consiste in cartucce di polvere di insulina inalatoria e in un piccolo inalatore, discreto e *user-friendly*. Afrezza va somministrata subito prima dei pasti e il picco di insulina si raggiunge dopo appena 12-15 minuti. Il programma di *trial* clinici ha coinvolto oltre 6.500 pazienti, confrontando Afrezza con la terapia insulinica tradizionale; gli studi hanno dimostrato una riduzione dell'emoglobina glicata, non inferiore a quella ottenuto con la terapia tradizionale, con il vantaggio però di un ridotto rischio di ipoglicemie e un minor incremento ponderale, rispetto agli analoghi rapidi. Le alterazioni della funzionalità polmonare osservate negli studi durati fino a 2 anni, sono risultate di piccola entità e reversibili alla sospensione del trattamento. Tra gli effetti collaterali osservati, irritazione alla gola e comparsa di tosse non produttiva, anche questa di grado lieve e transitoria. Durante gli studi clinici, un maggior numero di pazienti in terapia con Afrezza ha presentato episodi di chetoacidosi, rispetto a quelli in trattamento tradizionale. L'insulina inalatoria va usata in associazione ad un'insulina basale nel tipo 1 (e nei pazienti di tipo 2 che richiedano uno schema *basal-bolus*) e non è consigliata nei fumatori, nei pazienti con tumore polmonare o a rischio di

tumore. Afrezza è controindicata anche nei soggetti affetti da BPCO e asma; è consigliabile dunque sottoporre i candidati al trattamento ad una visita pneumologica con spirometria (valutazione di FEV1), prima di utilizzarla. I controlli pneumologici andrebbero poi ripetuti ad intervalli di tempo regolari, anche in assenza di sintomi, dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento, poi annualmente. L'FDA ha richiesto di aggiungere un *boxed warning* per il possibile rischio di 'broncospasmo acuto nei pazienti affetti da malattie polmonari croniche'.

E mentre negli Usa MannKind brinda a questa approvazione storica, in Europa, lo stesso giorno (il 27 giugno), il *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) dell'EMA ha dato parere positivo alla prima insulina biosimilare, in pratica la *long acting glargine* in versione 'generica'. Si chiama Abasria, ha la stessa sequenza aminoacidica della Lantus, *best seller* di Sanofi, ma è prodotta dall'*alliance* Eli Lilly/Boehringer Ingelheim. L'indicazione approvata dal CHMP è per il diabete di tipo 1 e 2, sia per gli adulti, che per i bambini al di sopra di due anni. Il parere definitivo dell'EMA è atteso tra un paio di mesi.

Enpam. Approvato il nuovo Statuto. Taglio ai costi e più potere ai contribuenti

I componenti del Cda passano da 27 a un massimo di 17. Del Consiglio nazionale faranno parte, oltre che i presidenti degli Ordini provinciali, anche i rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti. Abolito il Comitato esecutivo. Ridotti del 20% i compensi dei componenti degli organi collegiali. IL TESTO DEL NUOVO STATUTO.

Manca il via libera dei ministeri vigilanti, ma il nuovo Statuto dell'Enpam è già pronto e contiene molte novità: snellito il Consiglio di amministrazione, tagliati i costi, i contribuenti eleggeranno propri rappresentanti nel parlamentino dell'ente di previdenza. Questi alcuni dei cambiamenti approvati nello Statuto dell'ente previdenziale dei medici e degli odontoiatri approvato questa fine settimana.

Il nuovo Statuto, approvato con 86 voti a favore e 2 astenuti, è frutto di tre anni di lavoro della Commissione paritetica Enpam-Fnomceo, del Consiglio di amministrazione dell'Enpam, delle Consulte, del Consiglio nazionale della Fondazione e del confronto con le organizzazioni sindacali di categoria.

L'ultima versione del testo ha accolto gli emendamenti di 21 Ordini (Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Firenze, Genova, Latina, Milano, Napoli, Nuoro, Parma, Pavia, Perugia, Piacenza, Pordenone, Potenza, Salerno, Sassari, Terni, Trapani, Treviso, Verona), [alcuni dei quali tuttavia hanno preferito non partecipare alla votazione](#), dell'Osservatorio Fnomceo sulla professione medica-odontoiatrica femminile, delle Consulte Enpam della medicina generale, degli specialisti ambulatoriali, degli specialisti esterni e di vari sindacati (Aaroi-Emac, Anaa-Assomed, Cisl Medici, Cgil Medici, Fassid-Snr Fesmed).

Nel dettaglio, il testo riduce il numero dei componenti del Cda da 27 a un massimo di 17. Del Consiglio nazionale (il parlamentino della Fondazione), invece, non faranno più parte solamente i presidenti degli Ordini provinciali dei medici e dei dentisti ma anche rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti. Prevista anche un'autonoma rappresentanza della professione odontoiatrica.

Lo Statuto fissa inoltre l'obiettivo dell'equilibrio di genere e, per cominciare, impone che almeno il 20% dei candidati appartenga al sesso meno rappresentato. Nel Consiglio nazionale, inoltre, ci saranno osservatori dei giovani e dei pensionati.

Il nuovo assetto istituzionale, che prevede anche l'abolizione del Comitato esecutivo, "comporterà una significativa riduzione delle spese per gli organi collegiali", assicura l'ente.

"Con la modifica dello Statuto abbiamo portato a compimento tutte le riforme che ci eravamo proposti per il mandato 2010-2015 – ha dichiarato il presidente della Fondazione Enpam **Alberto Oliveti** –. Questo percorso ci rende orgogliosi: nel 2011 abbiamo cominciato riformando il modello di gestione del patrimonio, mettendolo in sicurezza. Nel 2012 abbiamo varato la riforma della previdenza, che ha dato 50 anni di sostenibilità al nostro sistema. Oggi, con un nuovo Statuto, diamo ai contribuenti un Ente in cui possano sentirsi ancora più rappresentati".

Il nuovo testo statutario si occupa anche della gestione economica, esplicitando il principio della prudenza e stabilendo che gli investimenti siano fatti secondo modelli procedurali. Lo Statuto, inoltre, elenca in maniera più dettagliata le forme di investimento ammesse e riduce la discrezionalità del Consiglio di amministrazione.

Novità riguardano anche i requisiti di moralità e l'accesso alle informazioni: saranno ineleggibili non più solo i condannati in via definitiva ma anche chi patteggia per reati economici, contro la fede pubblica o contro la pubblica amministrazione. Prevista infine l'adozione di un Codice della trasparenza.

Infine, gli organi collegiali dell'Enpam si sono tagliati del 20% l'importo delle diarie e dei gettoni di presenza e hanno fissato un tetto ai rimborsi spese. "Senza attendere l'entrata in vigore del nuovo Statuto appena approvato, il Consiglio nazionale dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri ha votato un'ulteriore riduzione dei propri compensi e di quelli degli amministratori. A proporre la sforbiciata è stato lo stesso Consiglio di amministrazione", spiega la Fondazione.

"In questi anni abbiamo lavorato molto e centrato obiettivi importanti, sia sulla gestione del patrimonio sia sulla previdenza. Oggi, in considerazione della situazione economica della categoria e dei sacrifici richiesti con la riforma delle pensioni, crediamo sia opportuno dare un segnale – ha specificato il vice presidente vicario **Giampiero Malagnino** – Un segnale che oltretutto va a favore dei giovani".

Le somme risparmiate verranno utilizzate per forme di sostegno al credito per i giovani medici e odontoiatri. "I compensi degli organi collegiali della Fondazione Enpam – ricorda l'ente - furono stabiliti nel 2005 e mai adeguati all'inflazione. Nel 2011 gli attuali organi collegiali avevano già tagliato del 10% le indennità di carica e i gettoni di presenza".

Patto Salute. Fasola (Cipomo): "Sia occasione per far decollare reti oncologiche"

In questo contesto il presidente del Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri

ha annunciato che Cipomo, insieme ad Aiom e ad Agenas, ha avviato un gruppo di lavoro per produrre un documento condiviso da mettere a disposizione delle Regioni.

Contribuire a far decollare le Reti oncologiche nel Servizio Sanitario Nazionale è una delle priorità dell'azione del Collegio Italiano Primari Oncologi Medici Ospedalieri (Cipomo). Tuttavia, "le delibere relative alla costituzione delle Reti regionali esistono sulla carta, ma sono poche le Regioni italiane dove questo modello organizzativo è avviato. Tra gli esempi più virtuosi si possono citare quello della rete oncologica piemontese e dal punto di vista dei processi dell'informatizzazione clinica l'esperienza pionieristica del Trentino Alto Adige", denuncia il Cipomo. Secondo il quale, però, "il tema acquisisce particolare interesse proprio ora, tenendo conto delle priorità indicate dal Ministro Beatrice Lorenzin nel nuovo Patto per la Salute, soprattutto quando ci si prefigge di migliorare l'offerta e l'assistenza sanitaria sul territorio e anche lontano dai grandi centri ospedalieri".

"Bisogna cercare di definire alcuni requisiti di base per la progettazione delle reti oncologiche, degli indicatori per monitorarne il funzionamento e soprattutto avere tempi certi" - ha dichiarato **Gianpiero Fasola**, presidente Cipomo. "Per questi motivi – ha spiegato Fasola - Cipomo insieme ad Aiom e ad Agenas ha avviato un gruppo di lavoro per produrre un documento condiviso da mettere a disposizione delle Regioni. Crediamo che l'expertise delle società scientifiche e delle associazioni di professionisti sia preziosa per identificare una metodologia per avviare la diffusione e valutare gli effetti delle reti per i pazienti con una diagnosi di tumore. La partnership con Agenas ci sembra per questi aspetti naturale".

DOCTORNEWS33

Enpam, approvata riforma statuto. Dieci ordini sulle barricate: democrazia in soffitta

Snellito il consiglio di amministrazione, tagliati i costi, rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti, anche al di fuori degli Ordini dei medici. Sono queste le principali novità previste nel nuovo Statuto della Fondazione Enpam approvato lo scorso fine settimana. Novità approvate a larga maggioranza, come sottolinea una nota dell'Ente, visto che ci sono stati 86 voti a favore e 2 astenuti, ma per le quali non sono mancate le voci polemiche visto che dieci presidenti di Ordine hanno, per protesta abbandonato l'assemblea. Il testo riduce il numero dei componenti del Cda da 27 a un massimo di 17 e prevede che del Consiglio nazionale facciano parte, oltre ai presidenti degli Ordini provinciali anche rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti. Il nuovo Statuto prevede che almeno il 20% dei candidati appartenga al sesso femminile e anche osservatori dei giovani e dei pensionati. In più, continua la nota Enpam, il nuovo testo si occupa anche della gestione economica, esplicitando il principio della prudenza e stabilendo che gli investimenti siano fatti secondo modelli procedurali. Inoltre su proposta del Consiglio d'amministrazione gli organi collegiali dell'Ente si sono tagliati del 20% l'importo delle diarie e dei gettoni di presenza e hanno fissato un tetto ai rimborsi spese. Iniziative che rendono orgoglioso il presidente Alberto Oliveti che sottolinea come siano state «portate a compimento tutte le riforme che ci eravamo proposti per il mandato 2010-2015. Nel 2011 abbiamo cominciato riformando il modello di gestione del patrimonio, mettendolo in sicurezza. Nel 2012 abbiamo varato la

riforma della previdenza, che ha dato 50 anni di sostenibilità al nostro sistema. Oggi, con un nuovo Statuto, diamo ai contribuenti un Ente in cui possano sentirsi ancora più rappresentati». Di diverso avviso gli Ordini all'opposizione, capeggiati da Milano, che lamentano l'impossibilità per i singoli consiglieri di presentare emendamenti. «Una procedura, comunicata agli Ordini solo 48 ore prima della riunione» spiega una nota, «ha stabilito che per presentare un emendamento occorressero almeno 35 firme, pari ai 1/3 dei votanti. In tal modo, il testo predisposto dal Consiglio di Amministrazione è risultato blindato e sostanzialmente imm modificabile». Per questa ragione i rappresentanti degli Ordini dei Medici di Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Isernia, Latina, Milano, Piacenza, Potenza, Salerno e Trapani hanno abbandonato la seduta e parlano di iniziative legali allo studio. «Ancora una volta – ha dichiarato Roberto Carlo Rossi, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano - questa dirigenza dell'Enpam ha perso un'occasione concreta per dimostrare di volere veramente aprire un nuovo corso dopo le note vicende degli ultimi anni».

Accesso alla specialità, il Cun chiede chiarezza al Miur

Il bando di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina è ormai alle porte ma, come lamenta il vicepresidente dei Giovani medici **Andrea Silenzi**, «gli aspiranti specializzandi ancora brancolano nel buio e non sanno come prepararsi per affrontare le prove di ammissione, nonostante ormai siamo arrivati a luglio e il bando, come promesso più volte dal Miur, dovrebbe essere di prossima uscita».

L'ultima sollecitazione al ministro dell'Istruzione, dell'università e della ricerca è arrivata dal presidente del Cun **Andrea Lenzi**, affinché vengano resi pubblici al più presto modalità e criteri di selezione e programma di studio per il concorso di accesso alle scuole di specializzazione e perché si coordini col ministero della Salute per evitare una perdita di posti assegnati ai corsi di formazione specifica in medicina generale, dovuta alla probabile sovrapposizione delle rispettive procedure concorsuali.

A questo proposito, Sigm segnala dal proprio sito iniziative finalizzate a trarre profitto attraverso l'organizzazione di corsi e la stesura di testi per la preparazione al nuovo concorso, ma ribadisce che, ad oggi, «non esistono informazioni ufficiali a riguardo né della bibliografia né del programma di riferimento».

Come ricorda Silenzi, il Segretariato italiano dei giovani medici sta tentando tutte le possibili vie per ottenere chiarezza: «Qualche mese fa c'era stata una mozione del Consiglio nazionale studenti universitari che chiedeva la pubblicazione del regolamento e di un vademecum per preparare il concorso e ora siamo passati a una via più istituzionale; il nostro rappresentante all'interno del Cnsu è Giovanni Cerullo, della nostra sede di Napoli e grazie a lui abbiamo chiesto un intervento al presidente Cun Andrea Lenzi, che ringraziamo per la disponibilità». Tuttavia non è arrivata alcuna risposta e «verosimilmente i dubbi dei giovani medici saranno chiariti soltanto con la pubblicazione del decreto ministeriale... speriamo quanto prima».

Sondaggio Simg. Su non sostituibilità Mmg ricercano equilibrio con bisogni paziente

Un medico di medicina generale che, laddove ha la possibilità di scegliere se applicare o

meno la clausola di non sostituibilità, ricerca un rapporto equilibrato tra bisogni del paziente e terapia, garantendo la stabilità della cura al paziente soprattutto nei casi più critici e in cui la compliance potrebbe altrimenti risentirne. È questa la fotografia che emerge dalla Survey sulle abitudini prescrittive del medico di medicina generale avviata dalla Simg a fine febbraio, attraverso un questionario diffuso via mail e reso disponibile online, secondo le parole di **Claudio Cricelli**, presidente della società. L'indagine, che ha ricevuto il grant incondizionato di Zentiva, ha contato un totale di 407 utenti che hanno risposto. A emergere è «un medico di medicina generale» continua Cricelli «che utilizza sempre di più il principio attivo nelle prescrizioni e che si relaziona, nella scelta della non sostituibilità, alle circostanze». Una delle considerazioni è che «la stabilità di terapia del paziente è cura solo del medico di medicina generale mentre spesso il farmacista eroga il farmaco che ha a disposizione nel presidio senza effettuare un controllo che il paziente assuma sempre lo stesso medicinale. E spesso è il paziente stesso che richiede in farmacia la sostituzione della prescrizione, preferendo per lo più il brand». Dal sondaggio emerge quindi che «il medico tende a utilizzare la clausola di non sostituibilità quando è importante mantenere stabilità nella cura, garantendo l'erogazione dello stesso farmaco, qualsiasi sia, e di fronte a un paziente critico, in cui la compliance potrebbe risultare alterata in caso di una sostituzione - per esempio di fronte a pazienti anziani che hanno a che fare con patologie croniche. Nei casi in cui la sostituzione in farmacia non è ritenuta rilevante o pericolosa il medico tende a non intervenire più di tanto». Infatti, dal sondaggio emerge che a verificare sempre se il «paziente assume sempre lo stesso farmaco equivalente (stessa azienda farmaceutica che tu hai indicato in ricetta) o se il farmacista dispensa ogni volta un farmaco equivalente diverso in base alla sua disponibilità» è il 26% dei medici, mentre il 66% ha risposto alcune volte. Alla domanda «In che percentuale il paziente si fa cambiare la tua prescrizione di un brand con un farmaco equivalente» ad avere risposto «più del 40% delle volte» è il 30% dei medici, mentre il 40% ritiene di farlo «tra il 10 e il 40% delle volte». Inoltre di fronte alla domanda «Hai un paziente di 50 anni in terapia per ipertensione arteriosa con beta bloccanti di marca. Cosa ti fa mettere la dizione: Non sostituibile» il 15% dice di «non fidarsi della sostituzione effettuata dal farmacista», il 44% dice di «non fidarsi della variabilità con la quale il farmacista cambia il prodotto di marca ad ogni richiesta», per l'8% «I beta bloccanti sono farmaci pericolosi da cambiare» e per il 33% «tutte le precedenti». Infine, il 69% dei medici ritiene di prescrivere più del 40% delle volte «il principio attivo + il nome commerciale del farmaco sul totale delle prescrizioni», mentre il 18% dice che questo valore è compreso «tra il 10 e il 40% delle volte». Inoltre, «La clausola di non sostituibilità associata a una prescrizione di farmaco equivalente (es. Ramipril non sostituibile) (sul totale delle prescrizioni di principi attivi fuori brevetto)» non viene mai inserita per il 34% delle risposte, mentre è utilizzata meno del 30% delle volte dal 49% dei medici. «Ritengo che i risultati dell'indagine condotta da Simg siano perfettamente coerenti con quella che è la nostra percezione della situazione attuale nel Paese e confermino la validità della strategia basata sulla qualità dei nostri farmaci e sulla costruzione di servizi e informazione di valore aggiunto» è il commento di **Marco Grespigna**, direttore Bu Sanofi Off Patent e Zentiva Italia che aggiunge: «Abbiamo aderito molto volentieri alla richiesta del presidente della Simg, Claudio Cricelli, di aderire a questa indagine mirata ad approfondire le dinamiche che regolano la sostituzione di un farmaco da parte del paziente e gli effetti sull'aderenza terapeutica e l'appropriatezza prescrittiva. Una migliore comprensione di questi temi e della percezione del paziente non può che avere effetti positivi sull'attività di tutti noi; ne consegue anche una maggiore tranquillità e consapevolezza del paziente».

Cassazione. Chirurgia estetica: responsabilità automatica per chi tace i rischi di un intervento non necessario

Le conseguenze risarcitorie, nel caso di assenza o insufficiente consenso informato, sono diverse nel caso di interventi «salvifici o necessari» rispetto a quelli «estetici non necessari».

La necessità dell'intervento chirurgico preclude la possibilità di qualificare "contra ius" l'intervento stesso: l'ordinamento non può - pena l'autocontraddizione - qualificare in difformità alla legge un intervento medico necessario. Invece, nel campo degli interventi non necessari (secondo la scienza medica del tempo), un'operazione compiuta senza valido consenso perde qualsiasi fonte di legittimazione. Diventa un intervento contra ius, che espone chi lo compie a tutte le conseguenze della sua condotta. Anche se l'intervento è compiuto secondo i migliori protocolli terapeutici.

Questa differenza è spiegata dalla sentenza n. 12830/2014 depositata il 6 giugno della terza sezione civile della Cassazione, destinata a fare scuola, che ha confermato una decisione della Corte d'appello di Perugia sfavorevole per un medico. Nella fattispecie, il chirurgo estetico aveva abraso un tatuaggio in modo tecnicamente riuscito, ma lasciando sulla pelle della paziente una brutta cicatrice senza che ciò fosse stato prospettato come rischio.

Quando a un intervento di chirurgia estetica, affermano i giudici, consegue un inestetismo più grave di quello che si mirava a eliminare o ad attenuare, accertato che il paziente non era stato compiutamente e scrupolosamente informato di tale possibile esito, consegue ordinariamente la responsabilità del medico per il danno derivato, anche se l'intervento è stato correttamente eseguito. La particolarità del risultato perseguito dal paziente e la sua normale non declinabilità in termini di tutela della salute consentono di presumere che il consenso non sarebbe stato prestato se l'informazione fosse stata offerta e rendono pertanto superfluo ogni altro accertamento.

In sostanza, il miglioramento del proprio aspetto fisico acquista un particolare significato nel quadro dei doveri informativi cui è tenuto il sanitario, anche perché soltanto in questo modo il paziente è messo in grado di valutare l'opportunità o meno di sottoporsi all'intervento di chirurgia estetica.

Quando, al contrario, il medico esegue un intervento necessario per preservare la vita o la salute della persona dal quale siano, tuttavia, derivate conseguenze dannose, ove tale intervento non fosse stato preceduto da un'adeguata informazione del paziente circa i possibili effetti pregiudizievoli non imprevedibili, il medico può essere chiamato a risarcire il danno alla salute solo se il paziente dimostri, anche tramite presunzioni, che, ove compiutamente informato, egli avrebbe verosimilmente rifiutato l'intervento, non potendo altrimenti ricondursi all'inadempimento dell'obbligo di informazione alcuna rilevanza causale sul danno alla salute.

Relazione annuale Antritrust: focus su collusione e cartelli nella farmaceutica

Il settore sanitario-farmaceutico, insieme con quello della distribuzione commerciale, rappresenta il «nucleo di settori produttivi più "problematici" e in cui è stata esercitata con particolare intensità e sistematicità l'azione dell'Autorità». E' quanto si legge nella Relazione annuale presentata in Senato dal Garante della concorrenza e del mercato. Che ricorda come i due citati siano gli «ambiti nei quali le distorsioni concorrenziali incidono direttamente sul benessere della collettività, sul potere di acquisto da parte della domanda e, nel caso della sanità, anche sul godimento di diritti fondamentali del cittadino».

Sotto la lente, in particolare, i casi elencati al capitolo "Collusione e cartelli" e ricordati nella sintesi illustrata al presidente di Palazzo Madama Pietro Grasso, dal presidente Antitrust Giovanni Pitruzzella: «Già nel 2012 - si legge a pagina 20 - l'Autorità aveva accertato un grave abuso di posizione dominante nella commercializzazione di alcuni farmaci per la cura del glaucoma, che aveva ostacolato l'ingresso dei genericisti sul mercato, provocando un mancato risparmio per il Servizio sanitario nazionale stimato in quattordici milioni di euro (caso Ratiopharm-Pfizer). Nel medesimo settore e con i medesimi effetti di rilevante danno verso il sistema sanitario nazionale, l'Autorità ha di recente concluso l'istruttoria sul caso [Roche-Novartis/Farmaci Avastin e Lucentis](#) dalla quale è emersa un'intesa restrittiva della concorrenza molto grave posta in essere nel mercato dei farmaci per la cura di gravi patologie vascolari della vista, e che ha comportato per il Sistema sanitario nazionale un esborso aggiuntivo stimato in oltre 45 milioni di euro nel solo 2012, con possibili maggiori costi futuri fino a oltre 600 milioni di euro l'anno (...) In considerazione della particolare gravità dell'illecito accertato, l'[Autorità](#) ha comminato al gruppo Novartis una sanzione di 92 milioni di euro e al gruppo Roche una sanzione di 90,5 milioni di euro, per un totale di oltre 180 milioni di euro».

Nel complesso, il Garante tra 2013 e 2014 ha comminato sanzioni per oltre 314 milioni di euro. In particolare l'Antitrust «per comportamenti anticoncorrenziali, nel 2013 ha irrogato sanzioni pari a 112.873.512 euro e, nei primi sei mesi del 2014, pari a 184.528.819 euro. In sede di accertamento di pratiche commerciali scorrette, sono state irrogate sanzioni per 9.253.000 euro nel 2013 e per 8.198.500 nei primi sei mesi del 2014». Pitruzzella ha poi sottolineato la centralità della «funzione deterrente della sanzione. Essa va oltre il caso deciso e lancia a tutti gli operatori economici l'avvertimento che violare le regole sulla concorrenza può fare incorrere in pesanti sanzioni economiche».

L'invito a difendere l'iniziativa economica privata, principio costituzionalmente garantito, è arrivato dal presidente del Senato Grasso: «L'Authority - ha ricordato - ha senso se riesce a dimostrare in ogni suo atto la più alta e ferma indipendenza dalle pressioni e dalle proposte indebite provenienti da ogni parte. Nell'attuale contesto di crisi economica e finanziaria, in cui si affacciano i primi - per quanto ancora fragili - segnali di ripresa, la politica della concorrenza svolge un ruolo di primo piano nel garantire il corretto funzionamento dei mercati, tutelato dall'articolo 41 della nostra Costituzione secondo cui "L'iniziativa economica privata è libera».

«Solo con un mercato libero e concorrenziale l'Italia e l'Europa - ha sottolineato Grasso - potranno uscire dalla crisi: non a caso la tutela della concorrenza è una componente essenziale del processo di integrazione europea fin dai Trattati istitutivi del 1957. La concorrenza, infatti, è un vero e proprio motore di innovazione e crescita - ha aggiunto il presidente del Senato -. Una concorrenza effettiva stimola le imprese a diventare più

efficienti; consente alle aziende maggiormente produttive di prendere il posto degli operatori meno efficienti; promuove gli investimenti e l'innovazione. Solo valorizzando il talento, le competenze e l'efficienza nella scuola e nelle università, negli enti pubblici e nelle imprese sarà possibile rilanciare la crescita e sbloccare la nostra economia. Oltre a ciò, lasciatemi aggiungere, c'è un'altra concorrenza sleale che blocca la nostra economia e soffoca nella culla idee innovative, operatori coraggiosi e imprese che in altri contesti potrebbero prosperare. Mi riferisco alla criminalità organizzata, che inquina l'economia e prospera senza doversi preoccupare della difficoltà di reperire i capitali per iniziare le attività e dei vincoli previsti dalla legge in materia di tutela dei diritti del lavoratore».

Rapporto Ocse 2014, in Italia la spesa sanitaria continua a calare

In Italia la spesa sanitaria continua a diminuire, secondo quanto riporta il Rapporto Statistico 2014 dell'Ocse ([VEDI](#)). Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, la riduzione si deve soprattutto agli interventi del governo per contenere i disavanzi di bilancio. Secondo stime preliminari, queste riduzioni hanno un tasso pari a -3% in termini reali nel 2013. La quota di Prodotto interno lordo italiano relativa alle spese sanitarie era del 9.2% nel 2012. Si tratta di una percentuale molto vicina alla media dei Paesi Ocse (9.3%), ma molto più bassa ad esempio di quella degli Stati Uniti (che ha speso il 17.7% del Pil per la sanità sempre nel 2012) e di altre nazioni come Paesi Bassi (11.8), Francia (11.6), Svizzera (11.4) e Germania (11.3). In valori di spesa pro capite in dollari americani a parità di potere d'acquisto, l'Italia spende 3.209 dollari, mentre la media Ocse è di 3.484 dollari.

Il ruolo del settore pubblico nei risparmi. In Italia, come nella maggioranza delle nazioni Ocse, il settore pubblico rappresenta la più importante fonte di finanziamento di spesa. Nel 2012 in particolare la quota ha raggiunto il 77%, tasso superiore alla media Ocse, che è del 72%. Nella riduzione complessiva delle spese sanitarie ha inciso il taglio della spesa farmaceutica, soprattutto nelle Regioni, che dal 2009 è diminuita ogni anno, con un calo di oltre il 6% in termini reali nel 2012 e del 14% tra il 2008 e il 2012. Oltre ai tagli regionali, il calo delle uscite deriva anche dalla riduzione dei margini per grossisti e farmacie e dalla diminuzione dei prezzi dei farmaci generici sulla base di un sistema di prezzi di riferimento. La quota di mercato dei farmaci generici in Italia è aumentata dal 6% del 2008 al 9% nel 2012, ma rimane molto inferiore a quelle osservate altri paesi Ocse.

Aspettativa di vita e mortalità. L'Italia si conferma come Paese con livelli di aspettativa di vita molto elevati, pari a una media di 82.3 anni (donne 84.8 e uomini 79.8). Questa media si colloca sopra quella Ocse di 80.2 anni (77.5 per gli uomini e 82.8 per le donne). Nel 2012 soltanto Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna arrivano ad avere una speranza di vita superiore a quella dell'Italia. Malattie cardiovascolari e cancro sono le due principali cause di morte. Per entrambe le patologie, il nostro Paese sta al di sotto della media Ocse: 256 morti ogni 100.000 abitanti per le malattie cardiovascolari (media Ocse 296.4) e di 216.4 morti per il cancro (media Ocse 213.1).

Stato di salute e fattori di rischio: fumo, obesità e alcol. Nel 2012 la speranza di vita alla nascita in Italia era di 82.3 anni, oltre due anni in più rispetto alla media Ocse (80.2 anni). L'Italia si piazza al quinto posto nella graduatoria dei Paesi con l'aspettativa migliore, superata soltanto da Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna. Buoni risultati anche nella lotta contro il fumo. Qui il nostro Paese nel 2012 ha avuto un tasso di fumatori del 22.1%, contro

il 24.4% del 2000, anche se la percentuale di tabagisti in Italia è un po' più alta rispetto alla media Ocse del 21%. Alcuni paesi nordici (Svezia, Norvegia, Islanda), gli Stati Uniti e l'Australia hanno ridotto la percentuale di fumatori tra gli adulti a meno del 16%. Siamo invece sotto la media per il consumo di alcol, con 6.1 litri di consumo pro capite (media Ocse 9). Quanto all'obesità tra gli adulti, il fenomeno è aumentato di poco in Italia negli ultimi dieci anni, rispetto ad altri paesi Ocse: da 8.6% nel 2000 a 10.4% nel 2012, percentuale calcolata in base ai dati di altezza e di peso auto-riferiti. L'aumento della prevalenza dell'obesità lascia prevedere un aumento di patologie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari, con ripercussioni importanti sulla spesa sanitaria futura.

Numero medici, infermieri e posti letto. Con 3.9 medici ogni mille abitanti l'Italia si colloca sopra la media OCSE di 3.2 medici, al contrario risulta sotto la media sia per il numero di infermieri, 6.4 ogni mille abitanti, contro gli 8.8 della media OCSE, che per il numero di posti letto in ospedale per acuti dove ci attestiamo su una media di 3.4 per mille abitanti contro i 4.8 della media OCSE. Quest'ultimo dato mostra in particolare una netta diminuzione dei posti letto italiani che solo 12 anni fa erano 4.7 ogni mille abitanti.

Lo scenario internazionale. Come abbiamo scritto, la percentuale di spesa nel 2012 era del 9,3% in aumento dal 9,2% nel 2011. La spesa pro capite nella Penisola nel 2012 era di 3.209 dollari contro i 2.030 del 2000 e pone l'Italia al 19esimo posto sui 34 Paesi. In Europa, la flessione della spesa sanitaria è evidente soprattutto in Grecia dove è stata del 25% tra il 2009 e il 2012. Il Paese con la maggiore spesa sanitaria restano gli Stati Uniti (17,7% del Pil), ultima invece la Turchia (5,4%). .

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584