

Sanità. Livelli essenziali di assistenza

Per i costi standard cinque regioni al top

Roberto Turno

Prima l'Emilia Romagna, al secondo posto a braccetto Toscana e Veneto, poi Lombardia e Piemonte. Se i "giochi" si chiudessero oggi, sarebbero queste le cinque regioni benchmark da cui scegliere le tre migliori per definire i costi standard sanitari per il 2014 e dunque la spartizione di oltre 110 mld. Cinque regioni regine, stando alla griglia temporanea di applicazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza), alle quali fanno da contraltare le "regioni canaglia" in fondo alla classifica: ultima la Campania, poi Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo. Tutte del Sud, tutte (tranne la Puglia) commissariate, con il Lazio (pure commissariato) appena un gradino più su.

A fare le pulci ai governatori è stato il comitato permanente di verifica dei Lea del ministero della Salute. Che, oltre a dare i primi voti parziali, ha anche stilato una classifica impietosa di inadempienze, che in pratica tocca tutto ciò che "fa sanità", o che almeno dovrebbe, soprattutto nelle regioni bocciate.

I giochi, però, non sono ancora chiusi, mancano le valutazioni sugli aspetti economici. Che però difficilmente sposteranno più di tanto gli equilibri e i gradini in classifica. Mentre qualcosa potrebbe cambiare per i criteri di applicazione dei costi standard. Ieri il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha infatti svelato in un'au-

dizione alla Camera sul federalismo fiscale, che gli attuali criteri potrebbero cambiare, ma dal 2015, anche prevedendo forme di premialità anche per le regioni che si avvicinano verso la convergenza rispetto alle regioni benchmark. Un'ipotesi molto simile a quella da tempo sponsorizzata dalla Toscana, che propone l'abolizione del benchmark ristretto a una rosa di regioni, per allargarlo invece a tutte quelle con i conti o posto. Escluse

LA CLASSIFICA

In vetta Emilia-Romagna, Toscana, Veneto, Lombardia e Piemonte. Maglia nera la Campania, poi Calabria, Puglia, Molise e Abruzzo

dunque quelle sottoposte a piani di rientro, le cui modalità peraltro saranno riviste col prossimo «Patto per la salute».

E proprio ieri sul «Patto» c'è stato un vertice tra le regioni e il ministro, in vista di un autentico tour de force che dovrebbe portare all'intesa finale al più tardi per fine febbraio. Una marcia in combinata con i lavori sulla spending review. Con l'obiettivo di rafforzare il ruolo di controllo del ministero sull'applicazione delle riforme: un semi passo indietro, è la speranza diffusa, dal federalismo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, ricoveri in calo ma il Sud sempre bocciato

IL RAPPORTO

ROMA Meno ricoveri e maggiore efficienza nei servizi ospedalieri. Questa la sintesi che esce che emerge dal rapporto annuale, 2012, del ministero della Salute. Anno in cui vennero introdotti degli indicatori, 21, capaci di stilare una sorta di classifica delle regioni più virtuose in quanto ad offerta.

I RISPARMI

Che vuol dire prevenzione per gli infortuni sul lavoro, maggiore informazione sui programmi antitumorali, posti per gli over 75. Tutte prestazioni che, oltre a dare aiuto e protezione ai cittadini, fanno risparmiare il servizio sanitario perché ci si ammala di meno.

E ci si ricovera di meno dove i servizi hanno funzionato. Nel 2012 sono stati contati, appunto, 10.257.796 ricoveri contro i 10.749.246 dell'anno precedente. Cifre corrispondenti ad un totale di 66.707.607 giornate (nel 2011 erano 69.417.699).

DAY HOSPITAL

Rispetto al 2011 il numero complessivo di ricoveri ordinari per acuti si riduce (-2,9%), così come il numero dei cicli di day hospital (-10,3%). Stesso discorso per l'attività totale per acuti che riporta un abbassamento del 5%. Chi è riuscito a lavorare meglio sono le solite regioni che hanno un sistema sanitario ben orga-

nizzato e da anni efficiente: Toscana, Veneto ed Emilia Romagna. A sorpresa la Lombardia si trova un po' in difficoltà mentre il Sud ripropone, più o meno, lo stesso scenario di sempre con offerte poco felici. Ultima la Campania, preceduta da Calabria e Puglia. Anche il Lazio in basso alla classifica. I punti deboli, per tutte, le liste d'attesa, l'assistenza domiciliare e l'organizzazione per la raccolta sangue.

La riduzione dei valori di tutti gli indicatori rispetto al 2011, secondo il ministero, «descrive una tendenza al miglioramento dell'appropriatezza». Che vuol dire una generale deospedalizzazione «con un miglioramento dell'efficienza nell'uso dei nostri ospedali».

Ieri l'incontro tra il ministro della Salute Lorenzin e le Regioni si è chiuso con la possibilità, concreta, di sbloccare il turn over negli ospedali. Uno dei capitoli del cosiddetto "Patto della Salute" (la firma entro febbraio) è

proprio quello che riguarda le assunzioni. Grande sofferenza al Sud dove, la denuncia è del vicepresidente della Regione Antonella Stasi «ci sono interi reparti di ospedali chiusi perché da 5 anni non si può assumere. Saranno aggiornati i livelli di assistenza (le prestazioni del servizio sanitario) e in alcuni casi sfolitti. Un meccanismo allo studio permetterà l'aggiornamento continuo.

LE SPESE

Il ministero della Salute avrà un controllo maggiore soprattutto sulle questioni economiche. Un aiuto, secondo Beatrice Lorenzin, per accompagnare chi è in difficoltà e si avvia verso il risanamento. Quando al ministero, ha aggiunto che «c'è un bisogno assoluto di renderlo più autonomo rispetto a quello dell'Economia».

Il rapporto

La rilevazione è giunta ormai al 99,5% degli ospedali pubblici e privati accreditati

RICOVERI OSPEDALIERI

2011 10.749.246 } -4,5%

2012 10.257.796

GIORNATE DI RICOVERO

2011 69.417.699 } -3,9%

2012 66.707.607

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (dimissioni per 1.000 abitanti)

2011 110 } -1,8%

2012 108

Fonte: Ministero Salute
(dati del 2012 e variazioni sul 2011)

camminati

DOCUMENTO DEL MINISTERO SULLE REGIONI IN ARRIVO NUOVE ASSUNZIONI IN CORSIA



EMILIA AL TOP

Sanità, rivisti i criteri per dare i fondi statali alle Regioni

Roma Bene Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Lombardia e Piemonte. Male Puglia, Calabria e Campania. Ancora una volta la valutazione del ministro della Salute sull'efficienza dei servizi sanitari regionali evidenzia un'Italia divisa in due con un nord che garantisce i livelli essenziali di assistenza ed un sud che arranca con l'eccezione della Basilicata. La valutazione sulle performance del 2012 deve ancora subire qualche limatura ma sarà definita nei prossimi giorni e costituirà un fondamentale punto di riferimento per quella che rappresenta una vera e propria rivoluzione per la sanità pubblica, annunciata da tempo e ieri confermata dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. «Nel 2014 si procederà alla rideterminazione dei criteri di qualità dei servizi, appropriatezza ed efficacia per l'individuazione dei costi standard e per l'identificazione delle regioni benchmark», promette la Lorenzin. La classifica sul rispetto dei Lea diventa quindi il punto di riferimento essenziale che poi determinerà anche «un meccanismo di premialità» per le regioni che riescono migliorare le loro performance, avvicinando le loro prestazioni a quelle delle regioni di riferimento. L'Emilia Romagna è in testa e diventa quindi regione di riferimento per quanto riguarda ad esempio l'assistenza domiciliare residenziale. La Lombardia invece migliora l'organizzazione dei punti nascita. La Toscana ha superato criticità relative alle liste di attesa ed ha potenziato le cure palliative. A fare uno sforzo enorme di adeguamento dovranno essere i fanalini di coda della classifica che non hanno raggiunto la sufficienza né nell'assistenza ospedaliera né in quella territoriale.



SANITA': LORENZIN, IN 2014 RIVEDERE CRITERI COSTI STANDARD

PENSARE A 'PREMIARE' REGIONI CHE SI AVVICINANO PRIMA A VIRTUOSE

(ANSA) - ROMA, 16 GEN - Nel 2014 bisognerà "rideterminare i criteri" per l'individuazione di costi e fabbisogni standard e delle Regioni 'benchmark', pensando anche, a partire dal 2015 a un "meccanismo di premialità" per quelle Regioni, comprese quelle in piano di rientro, che più vanno verso la convergenza rispetto alle Regioni di riferimento". Lo ha detto il ministro della Salute Beatrice Lorenzin in audizione davanti alla commissione bicamerale sul federalismo fiscale. "Occorre - ha spiegato il ministro - una revisione dei criteri" perché nel 2013 gli indicatori utilizzati si sono concentrati "principalmente sull'assistenza ospedaliera", usando "tutti i flussi informativi" a partire "dall'Anagrafe sanitaria" che sarà "l'infrastruttura base", e incrociando i dati con quelli del "piano nazionale esiti, del nuovo sistema informativo sanitario (Nsis)" e delle "norme open data, per le quali chiediamo maggiore collaborazione da parte delle Regioni". Sul criterio della popolazione, ha ricordato il ministro, "c'è un dibattito aperto in Conferenza Stato-Regioni" perché i governatori chiedono che si tenga conto "anche del numero di abitanti, non solo della popolazione pesata". Ma si dovranno considerare anche "gli indici di prevalenza delle malattie, indicatori degli outcome". Perseguendo la logica della 'spending review interna', all'interno del Patto per la Salute "dovremo anche concordare con le Regioni - ha sottolineato il ministro - modalità di risparmio che tengano conto dei loro punti di forza e delle specificità, premiando gli sforzi già fatti". Nel Patto, ha aggiunto, si rivedrà anche "il meccanismo rozzo dei piani di rientro" e saranno "aggiornati i Livelli essenziali di assistenza, che andranno anche sfoltiti, trovando un meccanismo per un aggiornamento continuo". (ANSA).

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 16 GENNAIO 2014

Costi standard. Lorenzin conferma: "Nel 2014 cambieremo i criteri. Più attenzione anche agli aspetti socio economici"

Lo ha spiegato il ministro nel corso di un'audizione presso la Commissione bicamerale sul federalismo fiscale. "Stesso principio dovrà riguardare anche fabbisogni standard e Regioni benchmark". E nel 2014 "gli enormi flussi informativi generati da nuovi strumenti consentiranno un grosso salto di qualità".

Nel 2014 è necessaria una revisione dei criteri per l'individuazione dei costi e dei fabbisogni standard. Un'azione che riguarderà inevitabilmente anche le regioni indicate come benchmark". Lo ha spiegato il ministro **Beatrice Lorenzin** nel corso di un'audizione presso la **Commissione parlamentare bicamerale per l'attuazione del federalismo fiscale**.

"La questione del finanziamento rappresenta l'aspetto dirimente per il futuro del Ssn – ha esordito – in quanto è direttamente legata alla tutela del diritto alla salute. E' quindi, oggi più che mai, necessario razionalizzare la spesa incidendo in maniera oculata e ragionata sui bilanci regionali. In questo senso i costi standard costituiscono un passaggio essenziale per garantire la sostenibilità del sistema in maniera equa. E l'individuazione delle regioni benchmark permette di monitorare le risorse con efficacia. Si tratta di una modalità decisiva per localizzare e accertare le aree di inefficienza e per ridurre il divario che separa le regioni italiane" Lorenzin ha quindi osservato che per l'anno in corso serviranno "nuovi criteri, che non attengano essenzialmente all'assistenza ospedaliera come accaduto nel 2013". Stanno infatti emergendo nuovi strumenti, "cioè flussi informativi – ha proseguito – in grado di conferire rilievo a nuovi ambiti, in particolare a quelli legati alla sfera socioeconomica e all'assistenza domiciliare".

Si profilano quindi notevoli passi avanti che "ci consentiranno di toccare livelli di implementazione mai raggiunti sino a questo momento, tramite un'analisi dettagliatissima del dato economico e del fabbisogno sanitario. In particolare grazie a strumenti come il Piano nazionale esiti, l'Anagrafe sanitaria, che ritengo l'infrastruttura basilare, il Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) e le norme relative all'open data arriveremo a conoscere in ogni azienda territoriale la caratura della popolazione, i costi e i rendimenti delle prestazioni erogate. Questo intreccio e incrocio tra dati – ha assicurato – genererà ingenti risparmi e importanti interventi a tutela dei cittadini".

Ma il 2014 dovrà essere anche l'anno della chiarezza "sin dal principio, soprattutto per quanto riguarda un'immediata effettuazione del riparto per l'anno in corso. Richiesta in tal senso, che condivido pienamente, mi è giunta nell'incontro di stamane con le Regioni. Serve infatti certezza affinché le Regioni siano subito operative. Questa mattina abbiamo discusso anche della necessità di non ragionare esclusivamente sui costi standard, verificando anche ulteriori parametri in modo da ottenere una più omogenea standardizzazione degli obiettivi". E per le Regioni servono anche incentivi, "per esempio meccanismi di premialità per quelle in Piano di rientro che dimostrano di convergere verso gli indicatori standard. E per raggiungere simili obiettivi è imprescindibile introdurre sistemi analitici di controllo e gestione della contabilità che siano utilizzati, senza alcuna eccezione, in tutte le aree geografiche".

Nel complesso per vincere sfide così ambiziose "bisogna costruire nuovi sistemi di governance, che impediscano di scaricare le inefficienze sulle Regioni virtuose e che stronchino sul nascere qualsiasi opzione imperniata sul puro assistenzialismo. Cercheremo poi di rivedere il meccanismo rozzo dei Piani di rientro e di aggiornare i Lea. Le risorse ci sono, ora si concordino con le Regioni modalità di risparmio che considerino le differenze esistenti. E su questo punto il Patto per la Salute è decisivo. L'importante è che non venga modellato all'insegna di una visione contrattualistica, evitando cioè di collocare Stato e Regioni su due sponde opposte. Stiamo cercando una visione più ampia e organica. Deve essere il Patto della concretezza, non come i precedenti che sono stati attuati non oltre il cinquanta per cento".

stampa | chiudi

LUNGA VITA

Aspettativa di vita: come cambia a seconda del Paese in cui si nasce

In Italia, Svizzera e Francia si vivrà 82 anni. Il Principato di Monaco il più longevo (90 anni), mentre in Ciad si raggiungono 49 anni

NOTIZIE CORRELATE

Un bambino nato in Italia nel 2013 – nell'ipotesi in cui i dati sulle condizioni ambientali nazionali rimanessero invariati – avrà una aspettativa di vita di 82 anni, proprio come un bambino francese nato lo stesso anno, uno svizzero, un australiano o un piccolo di Hong Kong. Va meglio a noi che agli spagnoli (81 anni) o a tedeschi e inglesi (80 anni). Più fortunati, non solo per i livelli di ricchezza maggiori, sono i neonati del Principato di Monaco: questo piccolo stato ha l'aspettativa di vita più alta al mondo, con una media di 90 anni. Gli sono secondi solo Giappone, Macau e Singapore con 84 anni e la nostra San Marino, che si ferma a 83. I meno longevi saranno i bimbi nati in Ciad e in Sudafrica: per loro l'aspettativa si ferma a 49 anni.

EUROPA MEGLIO DELLE AMERICHE - I dati fanno parte di un grafico interattivo che un giornalista di nome Marcelo Duhalde specializzato in data journalism e originario dell'Oman ha preparato per il Telegraph usando a sua volta i numeri forniti da due pubblicazioni storiche: la prima è l'annuale World Factbook pubblicato dalla CIA nel 2013, la seconda è l'Encyclopedia Britannica. Nel suo specchietto mondiale, si notano subito le differenze per continente: il più longevo è infatti l'Europa, la cui media di vita è di 78 anni, seguito dalle Americhe, con 75 anni, poi Asia con 73, Oceania 72 e Africa 60. Dal grafico si evince anche come sia cambiata la durata media della vita nei secoli: nel neolitico si vivevano circa 20 anni, passati a 30 nel Medioevo, divenuti 52 negli anni Sessanta, 56 negli anni Ottanta e 71 nel 2013.

AFRICA, LA MENO LONGEVA - Il gap tra Paesi sviluppati e Paesi di maggiore arretratezza è però sempre più forte: sono decine infatti gli stati che offrono a oggi una qualità della vita e condizioni che portano a una aspettativa sotto ai 60 anni di età, concentrati soprattutto in Africa: si passa dai 49 anni del Sudafrica e del Ciad ai 50 di Guinea-Bissau e Swaziland, salendo poi ai 51 di Zambia e Somalia, ai 52 di Namibia e Nigeria e così via. Nel continente africano la somma degli indicatori di benessere è più positiva solo nei casi di alcuni Paesi settentrionali, come Marocco, Algeria e Libia (con 76 anni di vita media, pari ai Paesi dell'est europeo) e Tunisia (75 anni, come Cina, Ungheria e Serbia).

ASIA VS AMERICA – Sono gli Stati Uniti a stupire: qui la summa tra stato di salute, educazione, qualità ambientale, ricchezza produce una media statistica di aspettativa di vita pari solo a 79 anni, inferiore ai

maggiori Paesi occidentali, più bassa anche di Australia (82), Nuova Zelanda (81), Canada (81), e di alcuni Paesi asiatici come Israele (81) e Giordania (80). Haiti, in America, è il Paese con l'aspettativa più bassa (62), mentre in Asia la palma del più sfortunato spetta all'Afghanistan con 50 anni di vita media. Va meglio all'India (67 anni) e ancor più alla Cina (75 anni) che tra i Paesi emergenti supera anche la Russia (70 anni) e il Brasile (73).

LUNGA VITA AL VECCHIO CONTINENTE – E' in Europa che i dati sulla speranza di vita sono più promettenti. Un bimbo nato nel 2013 vivrà una media di 78 anni, con differenze a seconda della nazione in cui abita. Oltre a francesi, italiani, svizzeri e abitanti del Liechtenstein che si attestano sugli 82 anni, vi sono molte nazioni che restano intorno alle otto decadi: sono Spagna, Svezia, Islanda, Olanda (81); Norvegia, Irlanda, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Austria, Malta, Lussemburgo, Belgio Finlandia (80); Danimarca, Portogallo, Cipro (79). Il fanalino europeo è l'Ucraina: qui i bimbi del 2013 hanno un a speranza di vita di 69 anni

stampa | chiudi

L'EUROPA DOVREBBE RENDERE TRASPARENTI LE SPERIMENTAZIONI. CHE OGGI NON LO SONO IN UN CASO SU DUE

LA LUNGA BATTAGLIA PER SVELARE I SEGRETI DEI TEST SUI FARMACI

di **Angela Simone**

Il 2014 potrebbe essere l'anno della trasparenza nelle sperimentazioni cliniche dei farmaci in Europa. Queste sperimentazioni sono l'iter obbligato che ogni farmaco (inclusi quelli di derivazione biotecnologica e le terapie cellulari) deve seguire per poter essere commercializzato e quindi usato da tutti i pazienti. Questi percorsi, che possono durare diversi anni e coinvolgere migliaia di volontari disposti a testare efficacia e sicurezza dei farmaci, finora sono stati tra i segreti meglio custoditi dalle case farmaceutiche. Negli ultimi tempi, tuttavia, vari studi hanno mostrato che almeno la metà di tutte le sperimentazioni effettuate fino a oggi non sono mai state condivise in registri pubblici o illustrate su riviste scientifiche, soprattutto quelle mai concluse per l'alto numero di effetti negativi sui pazienti. Così su questo tema l'interesse dei cittadini è cresciuto. E, un anno fa, è nata la campagna Alltrials (www.alltrials.net), che ha avuto il sostegno di riviste scientifiche come il *British Medical Journal*, per rivendicare il libero accesso ai dati delle sperimentazioni cliniche in Europa.

La pressione dell'opinione pubblica, alcune azioni politiche nel Parlamento Europeo ma anche l'esempio degli Stati Uniti, che con il registro pubblico *clinicaltrials.gov* ha imboccato fin dal 2000 la strada della trasparenza, stanno portando l'Unione Europea a sposare la causa. Il 20 dicembre dello scorso anno è stata così approvata la bozza di un accordo tra Parlamento e Consiglio europeo che, tra le molte novità, prevede per le case farmaceutiche e le università l'obbligo di condividere in un database pubblico online tutti i risultati delle proprie sperimentazioni cliniche su territorio europeo. Manca ora l'approvazione della direttiva nel Parlamento, che la discuterà in questi primi mesi dell'anno.

Se la legge passerà, non sarà un risultato da poco: imporre di rendere accessibili metodi e risultati positivi e negativi eviterebbe mistificazioni da parte delle case farmaceutiche, da sempre accusate di «addomesticare» gli esiti delle sperimentazioni. E - come dice Glenis Willmott, la parlamentare europea del partito laburista inglese che più si è spesa per la proposta di legge - si eviterà che le stesse sperimentazioni possano «essere condotte più volte prima che sia chiaro a tutti che non servono a nulla o che sono addirittura dannose». Ora anche l'Ema (European Medicines Agency), l'agenzia europea che deve approvare le immissioni in commercio dei farmaci, si sta muovendo. Dopo una consultazione, l'estate scorsa, che ha coinvolto le organizzazioni di pazienti, ha stilato le prime linee guida sulle procedure per la pubblicazione dei dati, che verranno poi precisate in un piano più esteso da marzo in poi. ■

Sotto, produzione di farmaci. In basso, la deputata inglese **Glenis Willmott**: si sta battendo per far approvare la legge



Sanità Federfarma: tutto legale, ma italiani penalizzati

Mancano i farmaci «Venduti all'estero a prezzi maggiorati» Tra i 150 medicinali anche antitumorali

ROMA — L'Arimidex, prescritto per il carcinoma al seno, compare e scompare dalle farmacie. Chi ne ha bisogno a volte ha la bella sorpresa di non trovarlo. L'unica alternativa per non interrompere la cura è tornare dal medico e farsi prescrivere pillole con la stessa indicazione. Sono antitumorali e si capisce quanto l'imprevisto possa destabilizzare sul piano psicologico una donna.

Il fenomeno interessa circa 150 farmaci del nostro prontuario ed ha una causa, l'esportazione parallela, pratica legale. Il grossista o il farmacista autorizzato alla distribuzione anziché rispondere agli ordinativi del mercato italiano preferiscono vendere una parte della scorta all'estero dove i costi sono anche tre volte superiori. Dunque l'intermediario ha notevoli margini di guadagno. Il caso più eclatante è il Mirapexin, per il

Parkinson, 89,19 euro da noi (con il rimborso del sistema sanitario nazionale), 275,10 in Germania.

Sei mesi fa Federfarma Roma, l'associazione dei titolari di farmacia, ha presentato un esposto alla Procura chiedendo che venissero verificati i meccanismi del parallel export. Non se ne è più saputo nulla, nel frattempo la situazione è peggiorata. I 150 prodotti cosiddetti contingentati, che verrebbero rilasciati sul mercato nazionale dalle aziende con un ridotto numero di pezzi proprio per sottrarli a questo sistema, in certi periodi dell'anno e in determinate aree geografiche diventano introvabili con un andamento a macchia di leopardo.

L'emergenza attualmente riguarda Roma in particolare. Le molecole che più facilmente imboccano la via straniera sono di largo uso come anti-depressivi per il morbo di

Parkinson, antipertensivi, antiepilettici, protettori gastrici, broncodilatatori, antiasmatici, terapie oncologiche, tutte rimborsate al cittadino che non paga nulla. Le destinazioni finali sono Germania e Regno Unito dove i prezzi sono del 20-60% più alti dei nostri o sono consentite agevolazioni Iva.

Franco Caprino e Antonia Annetta, a capo di Federfarma romana, propongono di attuare le contromisure della Grecia che, colpita dallo stesso problema, ha bloccato le esportazioni parallele per 6 mesi. Massimo Scaccabarozzi, presidente delle aziende farmaceutiche riunite in Farindustria, denuncia la scorrettezza di chi favorisce questa emergenza: «Noi non abbiamo nessun interesse, gli unici ad avvantaggiarsi sono i distributori italiani. Non è vero che contingentiamo la produzione. Il numero di pezzi di-

pende da una pianificazione ad inizio anno, necessaria nel settore del biotecnologico, che se le cose funzionassero normalmente sarebbe appropriata. Poi non si dica che in Italia i prezzi sono alti».

Il problema è all'attenzione dell'Aifa, l'Agenzia nazionale del farmaco, dice il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. L'esportazione parallela è consentita per legge. Anche i farmacisti possono essere autorizzati a fare i grossisti. «Negli ultimi due anni il numero delle autorizzazioni è aumentato. Chi intraprende la seconda attività ha in mano un doppio asso. Rivende il farmaco al prezzo che ha all'estero e con pagamento rapido», dice Paolo Tagliavini, ex direttore di Federfarma Servizi, una delle due associazioni di distribuzione.

Margherita De Bac

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Costi a confronto

Le differenze di prezzo di alcuni farmaci in Italia e all'estero



www.ecostampa.it



VALORI IN EURO ■ PREZZO IN ITALIA ■ PREZZO ALL'ESTERO +20% - +60%

Valore	Prezzo in Italia	Prezzo all'estero (+20% - +60%)
Clexane 4000 Fluidificante del sangue usato nella profilassi della trombosi venosa profonda (TVP) e nella prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi	Nexium Protettivo gastrico utilizzato nel trattamento dell'esofagite da reflusso e nella prevenzione e cura delle ulcere gastriche	Avodart Trattamento dei sintomi da moderati a gravi dell'iperplasia prostatica benigna (IPB)
32,70	8,80	29,41
39,20 - 52,30	10,50 - 14,10	35,30 - 47
Arimidex Trattamento del carcinoma della mammella in fase avanzata	Foradil Broncodilatatore per il trattamento del broncospasmo in pazienti che soffrono di asma bronchiale e bronchite cronica	Karvezide Trattamento dell'ipertensione arteriosa
46,78	52,26	10,17
59,10 - 74,80	62,70 - 83,60	12,20 - 16,30
Mirapexin 2,1 Trattamento sintomatologico della malattia di Parkinson		
		89,19
		275,10 in Germania

CORRIERE DELLA SERA

Il caso

La carenza

Federfarma Roma ha lanciato un Sos sulla reperibilità di 150 farmaci. Tra questi: antitumorali, eparine, antipsicotici e broncodilatatori. Un'emergenza denunciata all'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) dopo che a luglio era stato fatto un esposto in procura

Le motivazioni

Secondo Federfarma la causa è da ricercarsi nel mercato parallelo delle medicine. I farmacisti e i grossisti italiani autorizzati alla distribuzione preferiscono vendere all'estero dove i prezzi

sono nettamente superiori

Il rischio

La Federfarma ha chiesto all'Aifa immediati provvedimenti per evitare ulteriori contingentamenti che metterebbero a rischio la salute dei cittadini

Medicine introvabili: «Mercato parallelo per quelle salvavita»

ROMA Denuncia choc di Federfarma. La denuncia arriva da Federfarma (l'associazione che riunisce i farmacisti) di Roma, che dopo un esposto ha scritto all'Agenzia italiana del farmaco. Sarebbe l'esistenza di un mercato parallelo in Paesi europei più redditizi dell'Italia a determinare la mancanza dei farmaci. L'elenco dei medicinali introvabili è lungo: ci sono gli antitumorali, le eparine, gli antipsicotici e i broncodilatatori. Ma anche prodotti per il trattamento del morbo di Parkinson e dell'ipertensione.

Massi a pag. 14

È allarme medicines «Introvaibili i salvavita»

► I farmacisti di Roma:
«Export verso paesi
più redditizi dell'Italia»

IL CASO

ROMA Non si trova il "Clexane" che evita la formazione dei trombi e neppure lo "Spiriva" per il trattamento delle malattie respiratorie. Medicinali, per la stragrande maggioranza dei pazienti, considerati dei "salvavita". Nelle farmacie non si trovano. Oppure si riescono a comprare per alcune settimane e poi spariscono di nuovo. Qualcuno sta stivando l'armadietto per i tempi di magra, qualcuno ha chiesto aiuto agli ospedali e qualcuno si è rivolto ad altre regioni dove la situazione, rispetto a Roma, sembra essere meno allarmante.

SCAFFALI VUOTI

Certo è che, dall'estate scorsa, un buon numero di farmaci non è più quotidianamente disponibile. Una situazione che ha scatenato allarme tra chi sta male e ha portato i farmacisti a parlare di vera e propria «emergenza». Roma soffre da tempo ma anche il resto d'Italia ha paura per gli scaffali vuoti.

L'elenco dei medicinali introvabili è lungo: ci sono gli antitumorali, le eparine a basso peso molecolare, gli antipsicotici e i broncodilatatori. Ma anche prodotti per il trattamento del morbo di Parkinson e dell'ipertensione.

li è lungo: ci sono gli antitumorali, le eparine a basso peso molecolare, gli antipsicotici e i broncodilatatori. Ma anche prodotti per il trattamento del morbo di Parkinson e dell'ipertensione.

IL BUSINESS

La denuncia arriva da Federfarma (l'associazione che riunisce i farmacisti) di Roma che dopo un esposto a luglio scorso ha scritto

all'Agenzia italiana del farmaco. Sarebbe un mercato parallelo in paesi europei più redditizi dell'Italia a determinare la mancanza dei farmaci. «Sì - spiega Franco Caprino presidente di Federfarma Roma - esiste un mercato parallelo dei medicinali destinati al nostro paese ma venduti all'estero dove si guadagna di più. E' questo che provoca la mancanza di certi prodotti proprio nelle nostre farmacie».

La ricostruzione del business ipotizza che i grossisti, come aziende o farmacisti, comprano dei medicinali destinati al mercato italiano ma poi li vendono dove si guadagna di più, come la Germania o la Gran Bretagna. Un super affare che porterebbe alla carenza o anche all'irreperibilità di alcuni farmaci. C'è l'ipotesi di contingentamento, di partite messe da parte in attesa che i paesi stranieri facciano richiesta.

A luglio nell'esposto, sempre di

Federfarma Roma, si trovavano vari esempi: il "Mirapexin 2,1" per il trattamento del Parkinson, in Italia costa 53,10 euro (al netto dell'Iva e dello sconto) mentre in Germania il costo in farmacia è di 275,10 euro.

IN GERMANIA

«Se un farmaco da noi costa 20 euro ed in Germania 200 - aggiunge Caprino - si verifica che l'acquirente italiano di quel medicinale lo acquisti per poi rivenderlo in Germania determinando un guadagno per sé ed una rarefazione del prodotto sul nostro mercato». A distanza di sei mesi la situazione è esattamente la stessa. Anzi, secondo i pazienti e i farmacisti sarebbe anche peggiorata. Nel senso che è sempre più difficile riuscire a trovare alcuni medicinali e sempre più

complesso, per i medici, cambiare le terapie secondo le disponibilità del mercato.

Il vantaggio, dunque, per chi opera nel mercato parallelo è puramente economico: l'esportazione viene effettuata solo per quei farmaci che in Italia hanno un prezzo al pubblico inferiore rispetto a quello degli altri paesi europei.

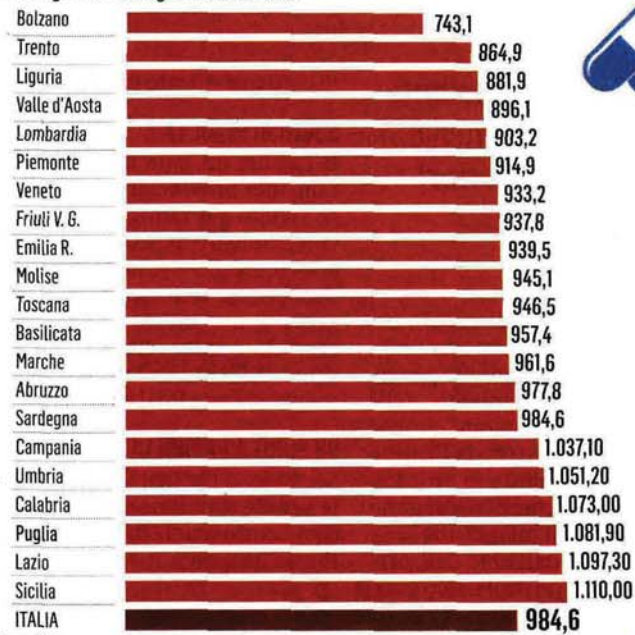
Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LETTERA ALL'AIFA:
SPARITI DAI
BRONCODILATATORI
AGLI ANTITUMORALI
PER ALIMENTARE
IL MERCATO PARALLELO**

Il consumo di farmaci

Dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti



Fonte: Aifa

ANSA - centimetri



L'ALLARME Dall'estate non si trovano alcuni medicinali salvavita



SANITÀ CRAC

Più della metà degli italiani non ha assistenza. Colpa di tagli e ristrutturazioni. Fatti alla cieca. Siamo andati a vedere cosa succede negli ospedali. In attesa dei due miliardi promessi da Letta

LE REGIONI IN DEFICIT HANNO MESSO TASSE E TOLTO REPARTI. SENZA PENSARE ALLA SALUTE DELLA GENTE

DI DANIELA MINERVA

Può capitare, in una tarda serata d'inverno di finire, per una sciocchezza, al Pronto soccorso. Basta un niente, un'aritmia cardiaca passeggera ed eccoci lì, nell'inferno dell'unico luogo dove trovano rifugio anziani, disabili di vario genere, povera gente che non sa che dove andare.

Lo abbiamo fatto. Abbiamo trascorso una notte al Pronto soccorso dell'ospedale San Carlo di Milano, un grande nosocomio di periferia. Chiuso nella nebbia del Lorenteggio, accerchiato da palazzoni grigi, strade senz'anima; poco lontano dai campi Rom e molto vicino al territorio di bande giovanili in guerra chissà perché. Affollato già alle sette di sera. E poi progressivamente sempre più inverosimile man mano che avanza la notte. Inverosimile se si va a cercare sui protocolli della buona sanità cosa deve essere un Pronto soccorso. Ci si deve aspettare l'arrivo di incidentati, di feriti, di persone colpite all'improvviso da attacchi di cuore o cerebrali. Insomma, gente che ha bisogno di quella che i manuali e le molte fiction televisive ci hanno presentato come "medicina d'urgenza".

E invece no. Sono coloro che non sanno dove andare i grandi protagonisti della scena, anziani soprattutto. Con l'influenza o in stato confusionale, dovuto magari a

una caduta da niente che non ha ferito il corpo ma spiazzato la mente. Stanno lì, buttati tutti insieme. Lottantenne che urla tutta notte impropri contro il figlio che chissà dov'è: non ha nulla, ma l'hanno portato lì perché non sanno occuparsene. Si alza più volte, accenna a rivestirsi e andarsene e gli infermieri gli ringhiano di stare buono, lo rimettono a letto con poche cerimonie. Accanto a lui, un metro al massimo, una signora caduta per uno scippo: niente di rotto ma la paura l'ha fatta strappare. Piange e chissà se si accorge che quell'uomo di fronte a lei ha sporcato il letto e che gli infermieri, brontolando sonoramente, puliscono senza neanche chiudere la tenda. E nel cambiarlo si lasciano dietro una scia di urina che si seccerà e resterà lì tutta la notte. Di certo lo nota quel cinquantenne in fibrillazione atriale: deve semplicemente essere monitorato finché il cuore non smetterà naturalmente di fare capricci; ma anche per lui l'unica chance è stata la lettiga dov'è finito a trascorrere la notte occupando spazio e sprecando risorse come quasi tutti quelli che sono lì invece che in una struttura molto più idonea a gestire la piccola patologia. Inevitabilmente più umana. Arriva però un giovanotto colpito da un'arma da fuoco e poi un povero ragazzo frantumato in un incidente di motocicletta che viene portato in sala operatoria e mobilità, finalmente all'uopo, la grande e costosa struttura di medicina d'emergenza.

E al cronista si palesano insieme le due grandi malattie della sanità post berlusconiana: troppa gente, anziani soprattutto buttati su un letto che costa oltre mille euro al giorno e un degrado che va di pari passo con la progressiva assenza di risorse e gestione economicistica dei luoghi di cura. Cominciamo dall'affollamento nei Pronto soccorso e

nei reparti. Questo, infatti, accade, quasi ovunque: la gente non sa che fare, il medico di base è andato a cena e comunque non potrebbe fare gran ché nel suo studiolo, e va al Pronto soccorso. Che non può mandare i malati dove troverebbero la miglior cura: in strutture capaci di gestire un'influenza o un anziano malconco, o nei reparti in caso di ▶ attacchi di cuore o di insufficienze respiratorie gravi, ad esempio, quando è necessaria una terapia medica specialistica. Non può farlo perché le strutture assistite sono pochissime e strapiene, come lo sono gli stessi reparti, ingolfati spesso perché costretti a tenersi i malati ben oltre il tempo necessario alla terapia ospedaliera: non sanno dove mandarli per le cure che devono comunque fare. I tagli hanno spazzato via molte strutture, magari sprecone e da riformare, che però servivano a questi pazienti che i clinici chiamano "postacuti". Gli stessi tagli che hanno giorno dopo giorno aumentato il degrado. Perché se non ci si capacita del fatto che, come abbiamo visto al San Carlo, uomini e donne convivano a frotte in stanzoni senza separazioni, resta pur vero che nei nosocomi assediati, privati di risorse e di personale, la dignità del malato può diventare un lusso. Se il cronista finisce per odiare con tutte le sue forze i due infermieri di turno che apostrofano i vecchi e non tirano le tende, resta il fatto che tutto quel carico di lavoro e sofferenza pesa su gente che guadagna meno di 1.500 euro al mese, che ha subito ristrutturazioni e tagli, che non viene mai e poi mai coinvolta nel governo dell'ospedale ormai in mano a quelli che i clinici definiscono con una punta di disprezzo "gli amministrativi".

TRENTA MILIARDI IN TRE ANNI

Il Pronto soccorso è la fotografia del sistema sanitario di un paese, e se basta una stagione influenzale debole, come quella in corso, a far salire del 30 per cento gli acces-

si, a riempire il Niguarda di Milano, a spingere i pazienti a sfondare la porta d'accesso del San Giovanni Bosco di Torino o a restare fino a cinque giorni su una barella qualunque in attesa di un ricovero a Roma vuol dire che le cose non sono più sotto controllo. E che, di conseguenza, la maggior parte dei cittadini italiani non ha buona assistenza. Lo racconta l'incessante ritornello delle cronache locali; lo dimostrano le cifre del Rapporto Oasi del Cergas Bocconi che sarà presentato nei prossimi giorni, e che "l'Espresso" anticipa qui.

Così è andata: dall'estate del 2011 a oggi Asl e ospedali hanno perso 30 miliardi di finanziamenti e centinaia di operatori andati in pensione e mai sostituiti. Mentre è lettera morta la promessa di avere sparsi ovunque piccoli presidi sanitari capaci di gestire gli anziani e le patologie meno gravi per lasciare ai grandi ospedali solo quei malati che hanno bisogno di medicina d'urgenza o altamente specializzata. Da quell'estate in poi, tre ministri hanno allestito altrettanti piani e decine di "tavoli" per farlo, ma ben poco è stato realizzato; e il decreto ad hoc emanato da Renato Balduzzi nel 2012 è quasi ovunque inattuato. Serve a poco a dire che ci sono regioni - Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche e Veneto, di fatto - dove quello che burocraticamente si chiama "il territorio" è da anni potenziato e altre, come la Lombardia dove si prova, con scarsi successi, a farlo. Nel resto del Paese non c'è proprio niente. Eppure non si può fare diversamente. E sulla carta sembra persino semplice: organizzare i medici di base di modo che servano i loro malati 24 ore al giorno, in luoghi capaci di gestire piccolissime patologie, come l'influenza; avere assistenze domiciliari per i malati cronici e gli anziani e presidi capaci di accogliere i dimessi dagli ospedali e bisognosi di riabilitazione o altra assistenza.

A leggere il Rapporto Oasi della Bocconi, invece, emerge chiaramente che mezz'Italia è sanitarmente al crack: l'austerità ha rimesso in gran parte i conti in ordine ma ha creato una crescente inadeguatezza dei servizi. La buona notizia, però, c'è. Ed è nella legge di stabilità: per la prima volta dal 2011 il Fondo sanitario cresce, di due miliardi. Non solo: le strutture sanitarie del Paese indicheranno dove e come fare i tagli della spending review; e il governo ha promesso che tutti i denari risparmiati saranno reinvestiti nel Ssn. «È una grande occasione. Ci dà il fiato per poter fare le riforme», chiosa il presidente dell'Agenas (l'agenzia per i servizi sanitari regionali) Giovanni Bissoni. Un'occasione, dunque. Ma per capire il da farsi serve un passo indietro. E bisogna tornare ai dati della Bocconi.

OCCHIO AI SOLDI, NON AI MALATI

Perché per la prima volta è proprio il dossier degli economisti più blasonati d'Italia a indicare il disastro della gestione economicistica della sanità. A partire dagli effetti dei cosiddetti Piani di rientro

imposti alle regioni con deficit monster (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia). I bocconiani hanno fatto i conti e misurato che «il disavanzo annuale del Ssn è notevolmente ridimensionato, sceso dal 17,3 per cento del 2011 allo 0,9. E questo anche perché scende il deficit sanitario delle regioni con Piano di rientro». Ma, continua Elena Cantù, coordinatrice del Rapporto Oasi: «Questo non trova corrispondenza sul piano della capacità di rispondere ai bisogni e di erogare servizi. I Piani di rientro non sembrano sin ora stati capaci di attivare processi di positiva evoluzione organizzativa».

Insomma, messe sotto tutela dal governo perché troppo indebitate le regioni spendaccione hanno risposto innanzitutto imponendo tasse locali, e poi sforbiciando a caso gli ospedali senza organizzare l'assistenza ai malati che deve esserci fuori dai loro cancelli. E questo perché, sottolinea ancora Giovanni Bissoni: «I Piani hanno avuto la finalità di ridurre la spesa. Ma hanno promosso pochissimo la riorganizzazione dei servizi come invece avrebbero dovuto. Così è accaduto che, per lo più, essi sono peggiorati». E non ci si deve stupire a leggere nel rapporto fatto dalla stessa Agenas, che in Campania e Calabria l'assistenza negli ospedali è peggiore che altrove, o che un grande nosocomio come quello di San Giovanni Rotondo in Puglia è costretto a sospendere l'erogazione di una terapia salvavita per l'epatite C, come hanno denunciato i malati raccolti nell'associazione Epac.

L'austerità ha fatto molto più male nelle regioni del centro-sud; il risultato è che oggi il nostro è il Paese con maggiore disparità territoriale in Europa, in materia di sanità. E, sintetizza Bissoni: «L'Italia è divisa in due ancora più di ieri. Questi tre anni sono stati terribili per tutti. Dalle Marche in su i sistemi hanno più o meno retto, altrove, purtroppo, no». E non è neppure che gli italiani abbiano deciso di spendere di tasca propria per curarsi. Anzi: «La spesa privata è calata. E le differenze tra le regioni in merito non sono legate al funzionamento della sanità pubblica, ma ai diversi livelli di reddito. Le regioni meridionali sono infatti quelle in cui i cittadini spendono meno anche in sanità privata», conclude Elena Cantù. Insomma: dove il reddito è più basso, la gente semplicemente non si cura.

MANO TESA DEL GOVERNO

Ma i soldi messi a disposizione dal Patto di stabilità sono oggi l'occasione per invertire la rotta: «Adesso bisogna

utilizzare questa boccata di ossigeno per accelerare la riorganizzazione», sentenzia Bissoni: «E puntare dritti all'obiettivo che ci si è posti per avere una sanità moderna: ridurre ancora i posti letto in ospedale, che devono scendere a 3,7 per mille abitanti, riorganizzando il Pronto soccorso, medici di base e le strutture capaci di accogliere degnamente anziani e lungodegenti».

È un rebus senza soluzione: senza ridurre gli accessi agli ospedali, non si riesce a renderli altamente specializzati e capaci di rispondere al meglio a malattie gravi - dal cancro a quelle neurologiche, a quelle dovute a traumi - perché non ci sono soldi e i sanitari sono ingolfati da bambini con l'influenza e anziani in stato confusionale. I dati Oasi ci mostrano che ancor oggi i ricoveri degli over-65 vanno ben oltre le esigenze reali (vedi tabella qui sopra). Ma contemporaneamente se non ci sono i denari per offrire un'alternativa, fare un accordo coi dottori di base e convincerli a creare i presidi attivi H24 ad esempio, medici ospedalieri e cittadini non sanno che fare. Ed è sempre l'Oasi a mostrare che ancora oggi dai reparti di chirurgia (dove dovrebbero trovarsi persone che hanno avuto interventi chirurgici seri) vengono dimessi malati che hanno, invece, ricevuto solo cure mediche, magari banali (vedi tabella qui sopra). Nelle more di questo rebus imperverano "gli amministratori" che danno seguito al mandato di «ridurre i posti letto» e di «riorganizzare la rete ospedaliera»: i due mantra che hanno portato sin qui al disastro nel centro-sud e una serie incessante di disservizi in tutti il Paese. Perché attuati senza tenere presente quella che in sanitate si chiama «operatività delle reti cliniche». E che prende forma, ad esempio, nel paradosso lombardo: la giunta di Maroni dovrebbe chiudere 170 piccoli ospedali perché la riorganizzazione firmata Balduzzi chiede di eliminare quelli con meno di 120 letti. Ma se ciò accadesse, la regione finirebbe con l'aver solo 2,59 posti per mille abitanti, ben al di sotto di quanto posto come obiettivo dallo stesso decreto.

«Per mettere in ordine la sanità serve un grande sostegno progettuale. Che non c'è», conclude Bissoni. Le fila le tira il ministero dell'Economia. Quello della Salute può solo sgridare gli inadempienti, è un ministero debole. **Beatrice Lorenzin** ha un bel da annunciare un nuovo e potente Patto per la salute entro la primavera. Tutti sanno che poi ad attuarlo saranno i Governatori, ognuno per i fatti suoi. Che se la vedranno con Saccomanni o chi per lui. Insomma, rischia di prevalere ancora la logica dei conti in ordine a scapito dei malati. Come ben dimostrano gli effetti del blocco del turn over tra medici e infermieri che raccontiamo nelle pagine che seguono.

ha collaborato Antonino Michienzi

L'Olanda il paese dove si mangia meglio. Delusione Italia, solo all'ottavo posto

L'associazione umanitaria internazionale Oxfam ha stilato una classifica delle nazioni in cui il cibo è più ricco, sano, nutriente e accessibile a tutti. Il nostro Paese superato anche da Francia, Svizzera, Austria, Danimarca, Svezia e Belgio. Gran Bretagna la peggiore in Europa. Agli ultimi posti Burundi, Yemen, Madagascar e India

ROMA -In Italia si mangia meno bene di quanto non si creda. A insidiare il mito del cibo come simbolo ideale del made in Italy è l'ultimo rapporto dell'Oxfam che ha lanciato il Good Enough to Eat Index, un indice globale sull'alimentazione che confronta i dati di 125 paesi e analizza come affrontano la sfida di garantire una alimentazione ricca, nutriente, sana e accessibile a tutti i propri abitanti.

Sulla base dei dati diffusi da Oxfam, l'Olanda è al 1° posto della classifica, subito davanti a Francia e Svizzera, mentre l'Italia è inaspettatamente all'8°, a pari merito con Irlanda, Portogallo ed altri paesi e subito dietro ad Austria, Danimarca, Svezia e Belgio. Il Ciad chiude la classifica, appena sotto Etiopia e Angola.

I parametri dello studio. Il rapporto prende in esame dati su quantità, qualità, sanità e accessibilità a tutti degli alimenti. L'indice evidenzia come la fame e la scarsa qualità del cibo siano estremamente diffuse in un mondo nel quale, anche nei paesi più sviluppati come l'Italia, è sempre più difficile assicurare equamente l'accesso a cibo sano e nutriente.

Italia deludente. "Un piazzamento deludente per un paese che fa del mangiar bene un tratto forte e distintivo dell'identità nazionale" afferma Elisa Bacciotti, direttrice Campagne di Oxfam Italia. "L'Italia potrebbe essere al primo posto, ma nel nostro paese - rileva - sempre più persone fanno fatica a mangiar sano e far quadrare il bilancio: il costo della vita in generale è alto rispetto al reddito medio degli italiani, che in proporzione spendono di più rispetto ad altri paesi e hanno meno possibilità di acquistare cibo buono a buon mercato".

Il dato globale. Il Good Enough to Eat Index dimostra che, "a livello globale, nonostante ci sia cibo a sufficienza per tutti, la possibilità di avere cibo salutare e a prezzi abbordabili non è così diffusa nel mondo. C'è ancora molto da fare per garantire che tutti siano in grado di mangiare in modo sano", afferma Winnie Byanyima, Direttrice di Oxfam International. "Sono povertà e ineguaglianza a nutrire la fame. L'indice dimostra che si soffre la fame dove i governi non sono in grado di attuare politiche efficaci per redistribuire le risorse, dove il mercato fallisce e le persone non hanno il denaro e le risorse necessarie per acquistare tutti i beni e servizi di cui hanno bisogno", conclude Byanima.

Regno Unito peggiore in Europa. Un tema, quello dell'accessibilità del cibo, calcolato sulla base del 'domestic food price level index' elaborato da Fao e Banca Mondiale e che

vede il Regno Unito "registrare la performance peggiore tra le nazioni dell'Europa occidentale: l'Inghilterra è infatti all'ultimo posto, insieme a Cipro, tra i paesi europei-riporta Oxfam- Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda, Brasile e Canada sono fuori dalla top 20".

Africa. Poi, "tutte le nazioni africane, tranne 4, occupano le ultime 30 posizioni a cui si aggiungono Laos, Bangladesh, Pakistan e India. In Guinea, Gambia, Ciad il cibo costa due volte e mezzo in più degli altri beni di consumo, facendo di questi i paesi più cari dove acquistare prodotti alimentari. In Angola e Zimbabwe si registra la più alta volatilità dei prezzi". I paesi in cui la popolazione affronta le maggiori difficoltà per accedere a una quantità di cibo sufficiente, "con i peggiori indici di malnutrizione e di sottopeso infantile, sono Burundi, Yemen, Madagascar e India. Al contrario gli Stati Uniti, il Messico, le Isole Fiji, il Kuwait e l'Arabia Saudita ottengono punteggi più bassi a causa dell'alto numero di individui con diabete o affetti da obesità", conclude Oxfam.

http://www.repubblica.it/salute/alimentazione/2014/01/15/news/in_olanda_si_mangia_meglio_che_in_italia_lo_dice_il_report_oxfam-76047039/

I traumi cranici possono rivelarsi letali dopo anni

Le lesioni alla testa possono essere causa di morte precoce anche dopo anni dall'evento. Un largo studio mette in evidenza il rischio di vita negli anni a seguire per le vittime di incidenti che abbiano incluso colpi alla testa



Secondo un nuovo studio, le lesioni cerebrali provocate dai traumi alla testa possono essere causa di morte precoce anche diversi anni dopo.

Dopo l'incidente sugli sci occorso al campione di Formula 1, Michael Schumacher, si è riaperto il dibattito sulla **pericolosità delle lesioni alla testa** causate da cadute o altri tipi di contusioni.

Un nuovo largo studio, condotto in team dai ricercatori dell'Università di Oxford e del Karolinska Institutet di Stoccolma ha preso in esame i dati relativi a ben quarant'anni di storia clinica che ha visto il coinvolgimento di oltre 2 milioni di persone. Il tutto per **analizzare il rischio di morte a seguito di una lesione cerebrale** avvenuta anche molti anni prima. I risultati, pubblicati su *JAMA Psychiatry*, hanno mostrato che questo rischio è reale ed è triplicato proprio in caso di colpi alla testa.

A seguito dell'analisi, i ricercatori hanno trovato che durante il periodo di tempo analizzato **più di 1 milione di persone all'anno in Europa** sono state ricoverate in ospedale con una lesione traumatica cerebrale. I ricercatori hanno poi seguito per 6 mesi i pazienti sopravvissuti agli infortuni che avevano comportato un colpo alla testa. I dati raccolti hanno evidenziato che lo 0,2% dei partecipanti in generale era morto prematuramente, prima dei 56 anni d'età. La differenza tra coloro che non avevano subito traumi cerebrali e coloro che li avevano subito era **un tasso di morte prematura di tre volte maggiore**. Questa scoperta ha poi permesso di scoprire che tra le cause più comuni di morte precoce tra coloro che avevano subito queste lesioni vi erano il suicidio e le ferite mortali, magari a seguito di altri incidenti o aggressioni. Ma non solo: tra coloro che avevano sviluppato disturbi psichiatrici, il tasso di morte prematura era salito al 4%. Tra le ipotesi per questa predisposizione alla morte prematura dei traumatizzati, i ricercatori ritengono vi possa essere **un danno permanente alle reti neurali del cervello**, causato dalla lesione, che può alterare il giudizio e la capacità di affrontare nuove persone e situazioni. «Ci sono questi sottogruppi con tassi [di morte prematura] molto alti – spiega la dott.ssa Seena Fazel, coautrice dello studio e ricercatrice di Oxford – e queste sono malattie potenzialmente curabili, per cui questo è problema nei cui confronti possiamo fare qualcosa». I traumi cerebrali, quando non mortali da subito, possono dunque essere causa di danni permanenti che mostrano la loro drammaticità nel tempo. Per questo motivo i ricercatori ritengono che le persone sopravvissute a questo genere di fatalità **debbano essere seguite** al fine di scongiurare una possibile morte precoce per altre cause.

<http://www.lastampa.it/2014/01/16/scienza/benessere/salute/i-traumi-cranici-possono-rivelarsi-letali-dopo-anni-X0Wel9tw2skYGt2jZYZ2mL/pagina.html>