

quotidianosanita.it

Giovedì 21 NOVEMBRE 2013

Ocse. Il Rapporto sanità 2013: “Spesa sanitaria italiana in calo: - 2,4% nel 2011-2012. Ma restiamo i più longevi dopo la Svizzera

Il dato nell'edizione 2013 di Health at a Glance 2013. Contrazioni in altri 10 Paesi europei a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale. Tra i rilievi dell'Ocse al nostro Paese: tanti medici e pochi infermieri, pochi generici, troppi cesarei, obesità infantile. Ma per l'influenza i nostri anziani si vaccinano più di molti altri. [IL RAPPORTO INTEGRALE](#).

La spesa sanitaria pro-capite italiana si è ridotta del 2% in termini reali nel 2011. Si stima poi che un'ulteriore riduzione pari allo 0,4% si sia verificata nel 2012. E questo nonostante nel biennio 2009-2011 la media Ocse registri un incremento, seppur limitato allo 0,2%. La diminuzione italiana, comunque, è un fenomeno che riguarda almeno altri 10 paesi Europei nel biennio 2009-2011 a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale.

I dati sono contenuti nell'edizione 2013 di *Health at a Glance*, il rapporto dell'Ocse che fotografa la situazione e le performance sanitarie dei diversi paesi aderenti.

Secondo l'OCSE, tale condizione richiede all'Italia, così come agli altri paesi, di migliorare la produttività, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario. L'Italia ha messo in atto misure al fine di contenere i costi e migliorare l'integrità fiscale: il Patto per la Salute 2010-12 ha posto una grande enfasi sul controllo della spesa pubblica attraverso la riduzione del numero di posti letto, dei ricoveri e della durata delle degenze.

In Italia si vive più a lungo

È il secondo Paese più longevo tra i paesi Ocse, con un'aspettativa di vita media di 82,7 anni, come il Giappone. Va meglio, ma davvero per poco, solo agli svizzeri, dove l'aspettativa di vita raggiunge gli 82,8 anni. La speranza di vita supera comunque gli 80 anni nella gran maggioranza dei paesi Ocse (media 80,1 anni). Tuttavia, un po' ovunque, Italia compresa, ad avere la meglio sono le donne: se infatti l'aspettativa di vita degli uomini italiani non raggiunge gli 80 anni, le donne sfiorano gli 85. Ma il gap non si limita al confronto uomini-donne. Anche chi è più istruito vive mediamente più a lungo. In media, nei Paesi Ocse, gli uomini istruiti vivono 7,8 anni di più di quelli poco istruiti (in Italia la distinzione si ferma a 5 anni), mentre tra le donne il gap è di 3,8 anni (2,8 in Italia).

Tanti medici e pochi infermieri

In Italia, nel 2011, c'erano 4,1 medici ogni 1.000 abitanti (tra professionisti che assistono i pazienti, manager, ricercatori e professori). Un medico in più di quanto si registri nella media Ocse (3,2 x 1.000 abitanti). Solo Austria (4,8) Russia (5) e Grecia (6,1) hanno più medici di noi. Anche Spagna, Francia e Germania sono sopra la media. Il numero di medici per 1.000 abitanti è invece pari a 2,8 nel Regno Unito.

L'Italia non si caratterizza solo per l'alto numero di medici, ma anche per la loro età avanzata. Il 43% ha infatti più di 55 anni (la media Ocse è 32). Più basso della media, invece, il numero di laureati in

Medicina per ogni medico, pari a 27,6 contro la media del 33,7.

Ma se gli italiani possono contare su più medici che negli altri Paesi Ocse, lo stesso non avviene con gli infermieri. Se la media Ocse è infatti di 8,8 infermieri ogni 1.000 abitanti, il dato italiano si ferma a 6,3, ben al di sotto della Germania, dove gli infermieri ogni 1.000 abitanti sono 11,4, ma anche della Francia (8,7) e del Regno Unito (8,6). Sotto l'Italia è invece la Spagna, dove gli infermieri sono solo 5,5. I nuovi laureati per ogni infermiere sono, in Italia, 29,6. Ben più basso della media Ocse, dove nel 2011 ci sono stati per ogni infermiere attivo 53,7 nuovi infermieri laureati.

Incrociando i due dati, dunque, si ricava che se nei Paesi Ocse ci sono 2,8 infermieri ogni medico, in Italia il rapporto è quasi alla pari: 1,6 infermieri ogni medico. In coda a tutti i Paesi Ocse c'è la Grecia, con un rapporto 0,5 a 1. Anche la Francia è sotto la media Ocse, ma di poco, con 2,6 infermieri ogni medico. Il Regno Unito e la Germania superano invece la linea Ocse rispettivamente con 3,1 infermieri ogni medico e 3 infermieri ogni medico.

L'Italia, il Paese dei parti cesarei

Il 37,7% dei parti, in Italia, avviene con parto cesareo. Un pessimo risultato, se si considera che la media Ocse si ferma al 26,9% e che peggio dell'Italia ci sono solo la Turchia con il 46,2% e il Messico con il 49% (il Cile registra lo stesso dato italiano). Ben diversa la situazione negli altri Paesi europei assimilabili all'Italia. Se è vero che la quota tedesca di cesarei è sopra la media Ocse, è anche vero che è al di sotto dell'Italia di oltre 6 punti percentuali (31,1%). In Spagna la quota è del 24,9%, nel Regno Unito del 24,1%, in Olanda al 15,6% e in Islanda, il Paese con il miglior risultato, i parti cesarei sono solo il 14,7% del totale.

Ancora contenuta la quota dei farmaci generici nel mercato farmaceutico italiano.

Negli ultimi anni, l'Italia è riuscita a contenere la propria spesa farmaceutica grazie all'aumentata competitività e alla riduzione dei prezzi. Ciononostante, la quota di farmaci generici resta una delle più basse tra i paesi OCSE, con meno di un sesto del volume complessivo dei farmaci venduti. Tale quota è assai più bassa di quanto non si registri in altri paesi Europei quali Germania, Regno Unito o Danimarca dove i farmaci generici rappresentano circa i tre quarti del mercato.

Influenza. Gli anziani si vaccinano più in Italia che in altri Paesi

A fronte di una copertura media nei Paesi Ocse pari al 50% nella popolazione over 65, infatti, in Italia, nel 2011, si era sottoposto a vaccinazione contro l'influenza il 63% delle persone con più di 65 anni di età. La copertura, pur sopra la media in gran parte di Europa, si ferma al 55% in Francia, al 56% in Germania, al 58% in Spagna. In Europa il risultato migliore se lo aggiudica però il Regno Unito, con una copertura pari al 74%. Va meglio solo in Australia (75%), Korea (80%) e Messico (94%).

Alti tassi di obesità tra i bambini italiani

L'incremento dei livelli di obesità nei paesi OCSE è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica.

“Health at a Glance 2013” mostra che mentre l'obesità tra gli adulti in Italia è piuttosto contenuta, la situazione tra i bambini risulta essere preoccupante, suggerendo quindi alti tassi di obesità anche per la popolazione adulta negli anni a venire. Più di un bambino su tre è attualmente considerato sovrappeso. Ciò pone l'Italia al secondo posto dopo la Grecia tra i paesi OCSE. È pertanto necessario agire per migliorare i costumi alimentari dei bambini e per aumentarne l'attività fisica, che risulta essere la più bassa tra i paesi OCSE. Le precedenti analisi dell'OCSE hanno mostrato che è possibile mettere in atto una serie di misure volte a ridurre l'obesità per un costo medio annuale di 22 dollari per persona. Tali misure dovrebbero contemporaneamente includere la promozione dell'educazione sanitaria nelle scuole, l'auto-regolamentazione della pubblicità rivolta ai bambini di prodotti alimentari, l'introduzione di un sistema di etichettature dei prodotti alimentari nonché l'attività di orientamento a migliorare gli stili di vita effettuato dai medici di medicina generale.

Cottarelli rivela il piano, torna il blocco degli statali

Il commissario taglia-spese vuole toccare le pensioni alte

Sarà necessario «toccare le pensioni d'oro e d'argento. L'approccio della legge di Stabilità è di congelare la perequazione. Esistono difficoltà a livello costituzionale. Ma c'è una scelta da fare»: così al *Corriere* Carlo Cottarelli, il commissario straordinario per la revisione della spesa pubblica.

A PAGINA 15 Tamburello

» **Il colloquio** Il commissario per la spending review: ecco il piano

Cottarelli: «Welfare al setaccio Tagli a pensioni d'oro e d'argento»

«Subito misure per rinnovare il blocco degli statali»

ROMA — Nessun settore resterà fuori dal raggio di azione della *spending review*. Non la sanità, non le pensioni, né il pubblico impiego, né le società pubbliche come la Rai. «Ciò non vuole dire che ci sia la necessità di tagliare o risparmiare ovunque ma che dobbiamo guardare a tutte le realtà senza assumere che ce ne sia qualcuna senza sprechi da eliminare» dice Carlo Cottarelli, il commissario straordinario per la revisione della spesa pubblica incaricato dal governo di tagliare 32 miliardi di euro in tre anni. L'istruttoria sul da farsi è appena partita con la formazione di 25 gruppi di lavoro, l'individuazione delle aree da passare al setaccio e la definizione delle procedure da seguire. Ma le misure concrete non arriveranno prima di marzo-aprile, conferma Cottarelli, il quale non ha ancora cifre da illustrare ma confida di metter a segno interventi significativi già nel prossimo anno. E «significativo» per lui non è un ammontare di 1,5 o anche 3 miliardi.

Pensa a risparmi più accentuati anche se per ora si sbilancia solo nell'affermare che il primo fendente della sua *spending review* cadrà su «le auto blu». E nell'assicurare che i risparmi fatti saranno nella grandissima parte utilizzati per ridurre il cuneo fiscale, «per alleggerire cioè la tassazione sul lavoro». Questo utilizzo, dice «è importante perché è capito, interiorizzato, sentito da tutte le parti sociali e dall'intera economia». La sua azione, infatti, spiega, punta molto sul consenso e sulla spinta dell'opinione pubblica. Anche

quando la revisione toccherà temi delicati, come quello del recupero d'efficienza del pubblico impiego. Il suo programma parla di mobilità e fra gli statali è salita la tensione.

«Non c'è a priori una decisione su ulteriori riduzioni di organici; è chiaro però che certe misure strutturali che potrebbero essere raccomandate potrebbero portare all'emersione di esuberanti. Per esempio in caso di fusione di enti o attività. La domanda è se tali esuberanti potranno essere assorbiti all'interno della pubblica amministrazione oppure se ci saranno altre soluzioni non traumatiche». Finora è stato utilizzato il blocco del turn-over e «questa potrebbe essere la soluzione migliore ma ci potranno essere altri modi che non abbiamo però ancora studiato».

E la Sanità? Il ministro Beatrice Lorenzin sostiene che i risparmi saranno studiati all'interno del suo dicastero e Cottarelli è d'accordo. «Non siamo mica in conflitto. La revisione della spesa la deve fare prima di tutti la pubblica amministrazione», dice il commissario arrivato a Roma, al ministero dell'Economia, dal Fondo monetario internazionale. Le cose da fare, spiega, sono due: capire se si può fare la stessa attività, dare lo stesso servizio, a costi più bassi. E individuare e togliere i servizi non necessari. «Non si tratta di toccare lo stato sociale che è un fondamento dell'economia italiana». Ma, ripete, anche in questo settore occorre eliminare gli sprechi e «i servizi non ne-

cessari».

Ancora più delicato è l'argomento pensioni. L'Italia, riconosce, «ha fatto un'ottima riforma che assicura la riduzione dei flussi di spesa per i prossimi 20 anni. Pochi paesi sono riusciti a farla». Ma per il presente «il paese ha un grosso problema: una spesa in rapporto al Pil che è troppo alta, tra le più alte al mondo». Sarà necessario, aggiunge, «toccare le pensioni d'oro e d'argento. L'approccio della legge di Stabilità è di congelare la perequazione. So che esistono difficoltà a livello costituzionale. Ma c'è una scelta da fare» afferma.

Sulla carta appare invece più semplice affrontare il tema della riduzione del costo della politica: i binari sono stati già individuati e sono la revisione delle remunerazioni e la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Il raggio di azione della *spending review* comprende Regioni, province, comuni e partiti; mentre per gli organi costituzionali, a cominciare dal parlamento, sarà utilizzata una sorta di *moral suasion* perché la facciano per proprio conto, magari utilizzando le metodologie e la tecnica dei gruppi di Cottarelli.

Il commissario è fiducioso di riuscire a portare a termine il suo compito. Secondo le esperienze internazionali che ha preso ad esempio per impostare il suo programma — in particolare «il modello utilizzato dal Canada negli anni 90» — una riduzione di spesa del 2% del Pil è assoluta-

mente raggiungibile in tre anni, eliminando i margini di spreco e razionalizzando le procedure esistenti. Per Cottarelli è poi importante la collaborazione con la Ragioneria diretta da Daniele Franco

ed anche il fatto che è la prima volta che in Italia viene utilizzato il meccanismo di revisione da lui proposto. Certo difficoltà ce ne saranno. Una per tutte: le possibili resistenze delle Regioni e degli enti locali ad attuare i tagli raccomandati. «Idealmente sarebbe opportuno che ogni centro di spesa facesse da sé

la revisione sapendo che ogni risparmio fatto potrebbe tradursi in riduzione di tasse. Noi metteremo a disposizione tutti gli strumenti necessari — e ricorreremo anche alla pubblicazione degli indicatori di efficienza — per incentivare il buon comportamento di tutti».

Stefania Tamburello

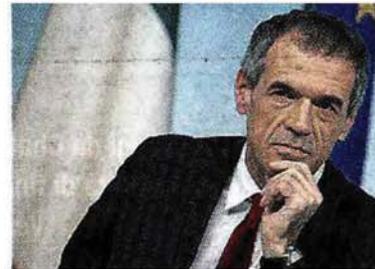
© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it

Chi è

Carlo Cottarelli ha lasciato il 22 ottobre scorso la posizione di direttore del dipartimento per gli Affari fiscali del Fondo monetario

internazionale per assumere il ruolo di commissario per la spending review in Italia. Cottarelli era arrivato al Fondo nel 1988 dopo aver lavorato alla Banca d'Italia e all'Eni. All'Fmi è stato anche vicedirettore dei dipartimenti di Politica europea, Politica strategica e Revisione



La parola

Spending review

“Indica il processo di revisione per migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'amministrazione pubblica, riducendone così i costi, attraverso l'analisi e la valutazione sistematica di tutte le voci di spesa che compongono il bilancio pubblico. L'obiettivo? Tagliare gli sprechi senza incidere sulla qualità dei servizi essenziali. Il neo commissario Carlo Cottarelli punta a risparmiare 32 miliardi in tre anni.



Metodi e tempi
L'istruttoria sul da farsi è affidata a 25 gruppi di lavoro. I primi interventi a partire dalla primavera



La Sanità difende il suo piano Lorenzin: "Reinvestiamo 30 miliardi"

Il ministro vede il commissario: con le Regioni progetto condiviso

PAOLO RUSSO
ROMA

«Grazie, ma la spending sanitaria la stiamo facendo noi con le Regioni e porterà 30 miliardi di risparmi in cinque anni». Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha esordito così ieri sera nel faccia a faccia con il commissario per la spending review, Carlo Cottarelli. Che per Asl e ospedali è pronto a rimettere le forbici nel cassetto e a collaborare con la Salute, purché si intervenga sui farmaci e su beni e servizi con le centrali di acquisto, sulle prestazioni inappropriate con protocolli terapeutici più stringenti e sui livelli essenziali di assistenza eli-

minando il superfluo. Cose in parte già previste dal «Piano Lorenzin», che in realtà è il Patto per la salute in fase ultima di messa a punto con le Regioni. Un Patto che promette di ridisegnare la sanità dei prossimi cinque anni, reinvestendo i 30 miliardi di risparmi soprattutto in innovazione tecnologica e restyling degli ospedali fatiscenti, potenziamento dei servizi sul territorio, incentivi per attrarre ricercatori. Obiettivi da realizzare prima di tutto chiudendo i reparti sottoutilizzati e le chirurgie dove si fanno così pochi interventi l'anno da non essere nemmeno sicure per chi ci capita a tiro. E questo significherebbe circa 14mila posti letto in meno. Ai quali aggiungere la riconversione di circa 160 piccoli ospedali in strutture per l'assistenza territoriale.

Ma la rivoluzione investirà anche i medici di famiglia, che non dovranno più lavorare da soli ma aggregarsi, anche con

specialisti e infermieri per garantire continuità assistenziale nell'arco della giornata. Un po' come avviene nelle neo-nate «Case della salute» in Toscana ed Emilia. Per ottenere risparmi le aggregazioni dei medici di base verrebbero dotate di un budget. Ma l'ondata lunga delle prestazioni inutili verrebbe arginata anche in altro modo. Vietando le decine di ricoveri inappropriati, come quelli per diabete, ipertensione, bronchiti. Cose che al massimo richiedono il day hospital. Ma anche intervenendo sui Lea, i livelli essenziali di assistenza, che sono poi il librone delle prestazioni mutuabili. La lista di quelle considerate «ad alto rischio di inappropriatezza» c'è già. Qualche esempio: la risonanza al ginocchio o alla spalla per gli ultrasessantacinquenni. Non serve perché a quell'età i tessuti non vengono «letti» dalla macchina ma costa cara e se ne fanno una valanga. L'idea è fare come si fece a suo

tempo con i farmaci, inserendo delle note nei Lea che autorizzano le prestazioni solo quando necessarie. La mammografia solo per controllare, senza rientrare in uno screening o senza diagnosi sospette si paga. A meno che il medico non specifichi perché la prescrive.

A garantire un altro po' di risparmi ci sarebbero poi gli acquisti centralizzati per beni e servizi mentre per i farmaci un anticipo del Patto potrebbe andare già nella legge di stabilità con le aste di acquisto per categorie terapeuticamente omogenee: non compro il prodotto dal prezzo più basso tra quelli che hanno lo stesso principio attivo ma allargo il cerchio a tutti quelli che curano ad esempio l'ipertensione. E sono 300 milioni da reinvestire per l'assistenza domiciliare ai cronici gravi.

Un menù che è tutto l'opposto dei tagli lineari. Resta da vedere se le Regioni alla fine chiuderanno il cerchio. «Altrimenti - ha detto Lorenzin a Cottarelli - farà bene ad intervenire lei».



Agguerrita
Il ministro della Salute
Beatrice Lorenzin



SPRECOPOLI

108 MILIARDI
DI EURO
LA SPESA SANITARIA ITALIANA



ECCO LE SPESE PAZZE DEGLI OSPEDALI D'ITALIA

IL COMMISSARIO ALLA SPENDING REVIEW COTTARELLI NON AVRÀ VITA FACILE: NEGLI ACQUISTI DELLA SANITÀ I PREZZI OSCILLANO IN MODO PAUROSO E MANCANO LE INFORMAZIONI. COME TESTIMONIA LA SECONDA PARTE DELL'INCHIESTA DI «PANORAMA». di Stefano Caviglia e Maria Pirro

Auguri al commissario per la spending review, Carlo Cottarelli, che lunedì 18 novembre ha promesso 6-7 miliardi di minori spese nella sanità nei prossimi tre anni. Dopo le bacchettate della Commissione europea, che giudica troppo timido il governo italiano sui tagli, Palazzo Chigi rimette al centro dell'azione la riduzione delle spese (un tema su cui *Panorama* batte da mesi), con un'attenzione particolare alla sanità. Ma se davvero Cottarelli vorrà avvicinarsi a un obiettivo così ambizioso dovrà combattere

contro una quantità di cattive abitudini che a parole sono state debellate mille volte e tuttavia non cessano di aggravare inutilmente i bilanci delle asl e degli ospedali italiani. La prima, da cui molte altre discendono, è la difficoltà con cui circolano le informazioni nel sistema sanitario nazionale.

Nella precedente puntata di questa inchiesta *Panorama* ha rivelato che il medesimo stent coronarico (lo Xience Prime) viene comprato a prezzi ben diversi nelle varie regioni del Paese: 448,95 euro in Toscana, 478,83 in Emilia-Romagna, 850 in Piemonte, per citarne solo tre.



29,6 MILIARDI DI EURO

LA SPESA SANITARIA
PER BENI E SERVIZI

DIFFERENZE IN REGIONE (IN EURO)

Le tabelle mostrano come possono variare i prezzi anche in una stessa regione, se l'acquisto non è centralizzato. Gli esempi sono relativi a dispositivi medici a maggiore spesa e diffusione acquistati da asl e ospedali. Si tratta di dati forniti dal ministero della Salute che provvede al monitoraggio dei consumi. Da una verifica effettuata da «Panorama» questi costi risultano abbattuti in Toscana che, ad aprile 2013, ha centralizzato la fornitura delle siringhe per iniettore. Le tabelle, riferite a singoli prodotti, non hanno la pretesa di fornire un quadro generale degli acquisti di una regione, ma danno l'idea di quello che accade.

LOMBARDIA

VITI PER OSTEOSINTESI E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA

REGGIANO:	SUPERIORE AI 55 EURO
PREZZO MEDIO:	50,68
MONZA:	INFERIORE AI 45 EURO

TOSCANA

SIRINGHE PER INIETTORE

FIRENZE:	INTORNO AI 19 EURO
PREZZO MEDIO:	16,94
MASSA CARRARA:	INTORNO AI 12 EURO

PUGLIA

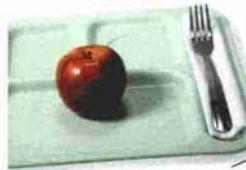
FORBICI MONOUSO PER CHIRURGIA A ULTRASUONI LAPAROSCOPICA

TARANTO:	INTORNO AI 760 EURO
PREZZO MEDIO:	730,39
BARI:	INTORNO AI 690 EURO

Fonte dati: ministero della Salute - Flusso consumi dispositivi medici, anno 2012

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

LE DIFFERENZE IN ITALIA (IN EURO)



SERVIZI DI RISTORAZIONE, IL COSTO QUOTIDIANO DI UN PAZIENTE

Prezzo di riferimento Avcp*	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
11,57	12,44	15-16

SERVIZI DI PULIZIA IN AREE AD ALTISSIMO RISCHIO (AL MESE PER MQ)

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
6,48	8,44	12-13

SERVIZI DI LAVANDERIA GIORNATA PAZIENTE

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
3,5	4,2	5-6

BENDE E RULLI DI GARZA IDROFILA NON STERILI DI 7 CM PER 5 METRI

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,12	0,19	0,3

STENT CORONARICI NUDI IN LEGHE DIVERSE DALL'ACCIAIO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
179	365	500-550

LA SACCA DI CLORURO DI SODIO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,54	0,63	0,8-0,9

CEROTTI CHIRURGICI SU ROCCHETTO A NASTRO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,16	0,18	0,20-0,25

Avcp*
Autorità di vigilanza
sui contratti pubblici

Come devono sentirsi i vertici di un ospedale, scoprendo che ad appena 300-400 chilometri di distanza i loro colleghi pagano lo stesso strumento poco più della metà? Giuseppe De Filippis, direttore sanitario dell'Ospedale Mauriziano di Torino (quello dello stent a 850 euro, appunto), tiene a precisare che quel prezzo era valido fino a qualche tempo fa ed è stato rinegoziato. Ora costa 770 euro. Meno di prima, d'accordo, ma sempre molto più degli altri. «La differenza» afferma «può dipendere in parte dai quantitativi: noi abbiamo ordinato solo 300 pezzi. Immagino che la centrale di acquisto della Toscana tratti quantità di gran lunga superiori».

Anche questo incide, ed è un solido argomento per collocare la centralizzazione degli acquisti in cima all'agenda di Cottarelli. Tuttavia, c'è un altro punto cruciale, che viene segnalato dal direttore amministrativo dell'Ospedale Mauriziano, Chiara Serpieri: la mancanza di informazioni. «Il prezzo ottenuto dai colleghi in Toscana» dice «è riportato sul sito dell'Autorità di vigilanza per i contratti pubblici solo in modo generico, senza la marca del prodotto. In sede di negoziazione l'azienda fornitrice, la Abbott, ci ha detto che non si sarebbe attenuta al prezzo di riferimento dell'Autorità, in quanto non era relativo al modello in questione. E noi non abbiamo avuto argomenti per replicare. Se la dicitura con cui il prodotto è indicato nel sito dell'Avcp fosse stata più completa, avremmo avuto un'arma in più per negoziare». È solo un esempio, ma se si pensa che una semplice correzione testuale sul sito dell'Autorità di vigilanza avrebbe potuto fruttare all'Ospedale Mauriziano di Torino parecchie migliaia di euro di risparmi, è giusto chiedersi quanti soldi si sprecano ogni giorno in tutta Italia per problemi della stessa natura.

I primi nemici da debellare nella lotta contro la voragine finanziaria della sanità sono dunque gli enormi scostamenti esistenti fra una regione e l'altra in tutti i parametri più importanti: non solo i costi di beni e servizi, ma anche la qualità delle prestazioni, le quantità dei singoli prodotti acquistati, il livello della spesa farmaceutica pro capite. Per finire ai bilanci sanitari delle singole regioni, che in genere rappresentano la sintesi migliore di tutto il resto. I disavanzi regionali del 2012, con i 660,8 milioni di passivo del Lazio e i 156 della Campania, contrapposti agli attivi di regioni virtuose come

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Fotolia

■ SELPRESS ■
www.selpress.com

le Marche, l'Umbria, la Lombardia, il Veneto, sono eloquenti. Per questo è fondamentale la partita dei costi standard, con l'individuazione delle tre regioni migliori che dovranno essere prese a riferimento da tutte le altre. Il governo vorrebbe procedere già dagli ultimi mesi del 2013, ma l'importante è che si metta finalmente in funzione un meccanismo efficiente di perequazione almeno dall'inizio del 2014.

È eloquente al riguardo la tabella sulle differenze dei prezzi pubblicata nella pagina accanto. Vi si rileva non tanto che la mediana dei prezzi è sensibilmente più alta dei prezzi di riferimento fissati dall'Autorità per i contratti pubblici. Quel dato è del 2012, ossia del momento in cui il prezzo «giusto» è stato fissato dall'Autorità, insieme con l'obbligo di non superarlo di più del 20 per cento. Più significativo è il comportamento delle regioni meno virtuose (di cui però non vengono indicati i nomi), esaminato per tutti questi mesi dalla Regione Veneto, in quanto coordinatrice del tavolo sui costi standard nella conferenza Stato-regioni. Se le differenze sono così ampie, vuol dire che ci sono aree d'Italia in cui i prezzi di riferimento vengono sforati, regolarmente, alla grande. Vista la confusione che regna nella spesa sanitaria, qualcuno obietterà probabilmente che il Tar del Lazio ha smontato da tempo il prezzo di riferimento come limite obbligatorio, accogliendo il ricorso di diversi fornitori. Ma attenzione: questo è vero solo per i dispositivi medici e per una piccola quantità di farmaci. Per tutto il resto invece il prezzo di riferimento dovrebbe essere considerato un limite invalicabile, come evidentemente non è.

Scostamenti importanti si verificano perfino all'interno di una stessa regione. Nelle tabelle a pagina 89 relative ai prezzi di tre regioni (Lombardia, Toscana e Puglia) si vede come gli stessi beni siano acquistati a prezzi notevolmente diversi anche a poche decine di chilometri di distanza. I dati, forniti dal ministero della Sanità, sono relativi al 2012 e in qualche caso sono stati migliorati grazie agli sforzi fatti per unificare le centrali di acquisto, ma rappresentano comunque una testimonianza del caos della sanità.

Per mettere un po' d'ordine non c'è che un sistema: allestire centrali di acquisto per aree di dimensione regionale, cosa che consente anche di spuntare prezzi migliori facendo leva sulla quantità. Sembrano aver capito la lezione in To-



Io invece difendo alcune spese

Luca Ricolfi

Molto si parla di spending review, ossia di revisione sistematica degli acquisti della pubblica amministrazione per risparmiare miliardi di euro. Non si capisce perché lo stesso bene debba costare 100 in un posto e 300 in un altro, perché una scrivania debba essere pagata 200 se si può avere a 100, o un computer 150 se si può avere per 100. Dunque, obblighiamo tutti a seguire una procedura centralizzata, che vincola a comprare ai prezzi più convenienti. Come non essere d'accordo? Però... La mia esperienza personale, come studioso di sprechi e come professore universitario, mi spinge a sollevare anche qualche piccolo dubbio. Dubbio numero 1. Se guardiamo i dati (mi è capitato di farlo

qualche anno fa nel mio libro «Il sacco del Nord»), scopriamo una cosa sorprendente: le regioni in cui il peso degli acquisti di beni e servizi sulla spesa corrente totale è più alto sono anche le regioni più efficienti, in cui ci sono migliori servizi e minori sprechi. Detto in altre parole: spendere tanto per gli acquisti è un (sia pur rozzo) indicatore di efficienza, non certo di inefficienza. Come è possibile? Semplice: perché il contrario della spesa per l'acquisto di beni e servizi è la spesa per il personale. E il peso della spesa per il personale è spesso un segnale di inefficienza: le amministrazioni dei territori più virtuosi non gonfiano artificialmente l'occupazione pubblica per guadagnare consensi, quelle dei territori meno virtuosi invece lo fanno, e per poterlo fare devono sacrificare la spesa per l'acquisto di beni e servizi. Nessuna scuola si libererà mai di un pessimo insegnante solo per non costringere i bambini a portarsi da casa la carta igienica, o per evitare alle famiglie la continua richiesta di «contributi» in denaro. Dubbio numero 2. Gli acquisti centralizzati, sulla carta, sono una bellissima cosa. Io Stato impedisco a te università, scuola, ospedale, tribunale di comprarti il computer che vuoi, la scrivania che vuoi, l'apparecchiatura che

vuoi. Devi acquistare il modello che decido io, sulla base del listino prezzi centralizzato. Questo principio, se rispettato, riduce sicuramente abusi e illegalità che esistono un po' ovunque. Compro dal mio fornitore preferito perché lui, il fornitore da me arbitrariamente privilegiato, mi garantisce mazzette, favori o vantaggi in natura. Esiste però anche un'altra faccia della luna. Spesso capita di avere bisogno di fare un acquisto rapidamente. Spesso si ha l'esigenza di appoggiarsi a una ditta conosciuta, di cui si sa che garantisce buona assistenza e manutenzione. Spesso si desidera il modello più costoso non per capriccio ma per ragioni tecniche (affidabilità, garanzia, manutenzione). In tutti questi casi l'acquisto centralizzato, ovvero l'obbligo di comprare quel che lo Stato suggerisce, non è la scelta più efficiente o più efficace. Ma siamo sicuri che lo Stato sappia meglio dei diretti interessati come devono spendere i soldi di cui comunque dispongono?



Spese folli nella sanità?
Raccontatelo sulla pagina Facebook di *Panorama*.

6-7 MILIARDI DI EURO

L'OBIETTIVO DI RISPARMIO IN TRE ANNI
SULLA SPESA SANITARIA DEL COMMISSARIO ALLA SPENDING
REVIEW, CARLO COTTARELLI

27 novembre 2013 | Panorama 91

Lo strano caso della Asl di Catania

Bandi per quasi 2 miliardi al di fuori del sistema Consip: «Ma il fornitore era uno solo»

In tutti i tentativi di riduzione della spesa è considerata cruciale l'attività della Consip, l'azienda incaricata di effettuare bandi e mettere a disposizione piattaforme telematiche per gli acquisti della pubblica amministrazione. In teoria tutti i soggetti pubblici, comprese le asl, dovrebbero passare per le sue procedure. Ma in pratica non tutti lo fanno. In particolare non lo ha fatto molto, ultimamente, l'azienda provinciale di Catania,

scana, regione che pure non è entrata nel gruppetto delle prime cinque più virtuose, dove otto anni fa è iniziato il

processo di centralizzazione degli acquisti con la costituzione di tre enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav) per la quasi totalità degli acquisti nelle diverse aree regionali. Pochi giorni fa la giunta ha approvato un passo ulteriore, che porta le centrali di acquisto da tre a una sola. «Il segreto di questo tipo di organizzazione» spiega a *Panorama* l'assessore al Diritto alla salute della Toscana, Luigi Marroni, «è che produce una standardizzazione dei consumi. Dal momento che tutti devono comprare insieme, si evita che ci siano centinaia di siringhe o di guanti diversi. Basta averne 20».

Proprio sulle siringhe per iniettore usate nelle tac si è potuta toccare con mano recentemente la prova lampante dell'efficacia di questo ragionamento. Fino al 2012 (come si vede nella tabella a pagina 89) il prezzo di acquisto oscillava fra i 12 euro di Massa e Carrara e i 19 di Firenze. È bastato acquistarle in modo unificato da parte delle tre centrali (passando da 28 a tre tipi diversi) per produrre un crollo del prezzo per tutti fino a 5,9 euro per siringa. Un altro esempio dei benefici della centralizzazione viene dalla Puglia (che pure si sta muovendo in modo non troppo spedito su questa strada): la distribuzione diretta delle bombole di ossigeno liquido ha comportato un dimezzamento della spesa da 32 a 16 milioni.

La raccomandazione costante di tutti coloro che si muovono per mestiere nel labirinto della sanità italiana è di non fermarsi alle apparenze. Il divario dei prezzi è la prima cosa che salta agli occhi, ma ce ne sono parecchie altre importanti. L'eccessiva varietà dei modelli (come abbiamo visto) è una delle barriere al cui riparo prospera

che tra la fine del 2012 e l'inizio del 2013 ha effettuato bandi per poco meno di 2 miliardi a trattativa privata per farmaci esclusivi per l'intera regione. In modo legittimo? Non secondo la Consip che, sollecitata da *Panorama*, ha sostenuto l'esistenza di un obbligo a utilizzare la sua piattaforma telematica in quanto garanzia di efficienza e trasparenza. Ma non è questa l'opinione della Asl di Catania né della Regione Siciliana, dove i bandi effettuati fuori dal sistema Consip sono spiegati da un lato invocando l'autonomia dello statuto speciale, dall'altro con la particolarità dell'acquisto di farmaci con brevetto dove c'è un solo possibile

candidato (cosa che renderebbe impossibile una gara al ribasso). Difficile dire chi abbia ragione. Quel che è certo è che anche in Sicilia si comincia a riconoscere l'importanza dell'unificazione delle procedure di acquisto. È del 15 novembre scorso l'annuncio dell'assessore alla Sanità Lucia Borsellino di importanti risparmi conseguiti proprio con la partecipazione alla gara Consip per i farmaci generici.

l'impennata di alcuni prezzi, però bisogna tenere d'occhio anche le quantità dei beni acquistati e delle prestazioni

fornite. Che possono dilatarsi anche senza particolari interessi, per semplice mancanza di organizzazione. «Un fattore di lievitazione della spesa» spiega a *Panorama* Maria Teresa Brassiolo, presidente della sezione italiana di Transparency international, associazione non governativa e non-profit che si propone di combattere la corruzione, «è la mancanza di distinzione fra strutture di eccellenza attrezzate per gli eventi più critici e il resto dell'assistenza ospedaliera. Nelle strutture di eccellenza, dove un paziente costa in media 2.200 euro al giorno, la degenza potrebbe essere di 3-4 giorni, per poi accompagnare i pazienti in strutture più adatte alle loro condizioni, con un costo di almeno 1.000 euro inferiore. In Italia succede invece che si resti sempre nello stesso ospedale, in media per 10-12 giorni».

Moltiplicando la differenza del costo quotidiano per i milioni di pazienti ricoverati ogni anno viene fuori un ordine di grandezza piuttosto alto. Come pure il racconto della Brassiolo su un episodio verificatosi poco meno di 10 anni fa, quando la consulenza di Transparency era stata richiesta da una asl della capitale che rischiava di dover portare i libri in tribunale. «Il responsabile ci ricevette dopo ore di attesa, scusandosi perché costretto ad assentarsi di continuo per discutere con contabili e avvocati. Parlammo con lui un'oretta, con l'accordo di incontrarci di nuovo. Non si è fatto più sentire». Nel frattempo era intervenuto il governo, mettendo sul tavolo qualche miliardo per quella asl e altre due che si trovavano in condizioni analoghe. Mettersi a studiare come ridurre gli sprechi non era più necessario. (2-continua) ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chiusi centri per anziani e disabili



Blitz dei Nas in decine di strutture: trovati cibo e farmaci scaduti. Vecchietti costretti a vivere in cantina

MODENA. Da Mantova a Modena passando per l'Umbria, non c'è regione che non sia toccata dal fenomeno delle residenze per anziani e disabili abusive, come sta scoprendo la task force dei Nas dei Carabinieri e dal ministero della Salute. Nell'ultimo blitz in tutta Italia i militari hanno chiuso 18 strutture per disabili e anziani, al termine di un maxicontrollo per verificare le autorizzazioni ed il rispetto dei requisiti igienico-sanitari in cui sono stati trovati persino farmaci e cibi scaduti. Sono oltre mille le strutture ispezionate negli ultimi mesi. Tra quelle chiuse c'è una casa di riposo a Roma in cui tre anziani in sovrannumero erano alloggiati in un

seminterrato fatiscente, privo di abitabilità ed in pessime condizioni di manutenzione, ma anche una residenza abusiva a Mantova per cui un ottantenne è finito ai domiciliari. Nel primo caso sono anche stati trovati alimenti congelati senza indicazione della scadenza e insudiciati. «Nel nostro Paese non consentiremo ad alcuno di mettere a rischio la salute dei cittadini - ha commentato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin - e di ledere i principi fondamentali di diritto alla salute e di rispetto della dignità dell'essere umano». Nel corso delle varie operazioni sono state segnalate 102 persone all'autorità giudiziaria e 174 a quella sanitaria, e i Nas hanno

accertato 174 violazioni penali e 251 amministrative. Numeri che secondo Giuseppe Paolisso, presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Sigg) potrebbero essere la classica punta dell'iceberg, soprattutto in un momento in cui la crisi economica rende impossibile pagare le rette, tra 1500 e 6mila euro al mese, delle strutture ufficiali. «È difficile fare una stima del fenomeno - sottolinea Paolisso -. Purtroppo manca un database unico delle strutture, che servirebbe da una parte a razionalizzare i servizi, mentre oggi ci sono regioni con pochi anziani e molti posti letto e viceversa, e dall'altra a facilitare i controlli».



quotidianosanita.it

Giovedì 21 NOVEMBRE 2013

Gli italiani e il mal di testa. Indagine Doxa: ogni settimana ne soffre 1 su 4. Nel mese 3 su 4. "E' una patologia sociale"

Diffusissimo in Italia e fortemente invalidante, ha cause molteplici che spesso sono sconosciute ai pazienti, che raramente ricorrono a un medico per una diagnosi. Ecco il quadro, poco rassicurante, che emerge dall'ultima indagine Doxa commissionata da Dompé sul rapporto tra italiani e mal di testa. [IL RAPPORTO.](#)

Per qualcuno è “mal di testa da stress lavorativo”, per qualcun altro è “mal di testa da vita in famiglia”, per qualcuna è “mal di testa da ciclo mestruale” e per altri ancora – chi lavora o passa tanto tempo al computer - “mal di testa da Excel o da social network”. Insomma, le cause possono essere diverse, ma la stragrande maggioranza degli italiani soffre di cefalee o emicrania: tutti l'hanno avuta almeno una volta nella vita, la metà delle donne e il 40% degli uomini ce l'ha almeno due volte al mese, il 73% degli italiani ce l'ha ogni mese e il 27% addirittura ogni settimana. Questi i dati che emergono dall'[indagine Doxa Marketing Advice](#) sul rapporto tra italiani e mal di testa realizzata per conto di Dompé, una delle principali aziende biofarmaceutiche italiane, presentata ieri a L'Aquila.

“Il quadro che emerge dai dati ci mostra come la patologia cefalagica sia una patologia sociale”, ha commentato **Gennaro Bussone**, Fondatore Centro Cefalee, IRCCS Istituto Neurologico C. Besta e Presidente Onorario ANIRCEF (Associazione Neurologica Italiana per la Ricerca sulle Cefalee), presente nel capoluogo abruzzese. “E come tale comincia a non essere più banalizzata, come accadeva un tempo. E in effetti non va sottovalutata: bisogna ricordare che per l'Oms il mal di testa in ambito neurologico è la seconda patologia che dà disabilità, subito dopo l'Alzheimer”. Condotta su un campione rappresentativo della realtà nazionale, 509 persone di età compresa tra i 25 e i 54 anni, lo scopo della ricerca era quello di andare a indagare il vissuto delle persone che soffrono di mal di testa, quale atteggiamento hanno, come lo affrontano e come lo curano.

E così scopriamo – ma molti dei lettori, stando a quanto emerge dall'indagine, forse lo immagina già – è un fenomeno così invasivo che obbliga a molte rinunce oltre l'80% dei connazionali. Tra queste anche il sesso: 1 su 3, infatti, ha dato forfait all'intimità per colpa del mal di testa. Ma è solo la punta dell'iceberg. Quasi metà degli italiani, infatti, rinuncia alla propria vita di relazione (ad esempio, uscire con gli amici), 1 su 3 ha rinunciato ai propri hobby e passioni (sport, cinema e viaggi) e 2 su 10 hanno rinunciato ad andare al lavoro. “E un dato importante è anche che dall'indagine emerge che nessuno degli intervistati ha affermato di non aver mai sofferto del problema”, ha spiegato **Massimo Sumberesi**, Direttore Generale di Doxa Marketing Advice.

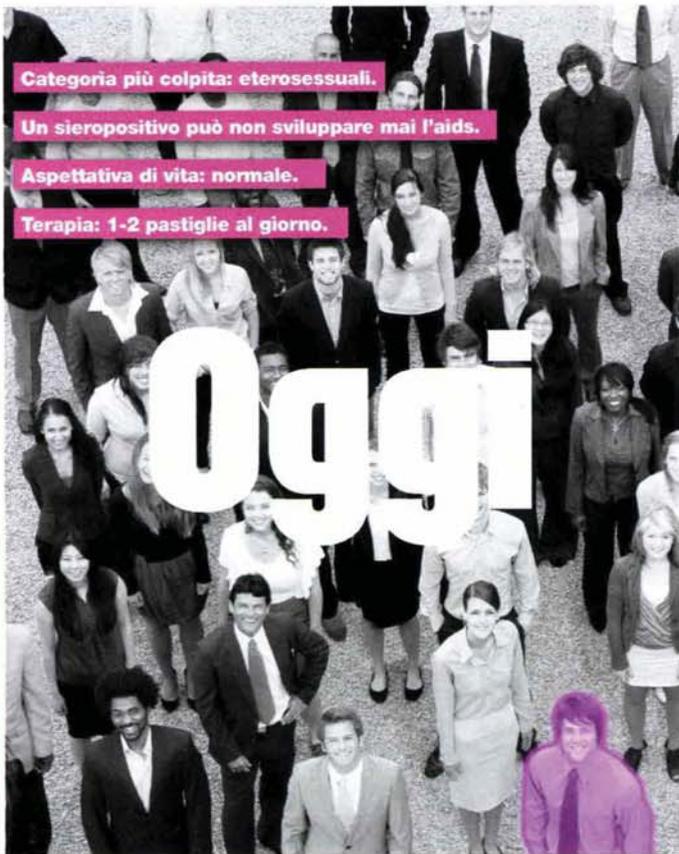
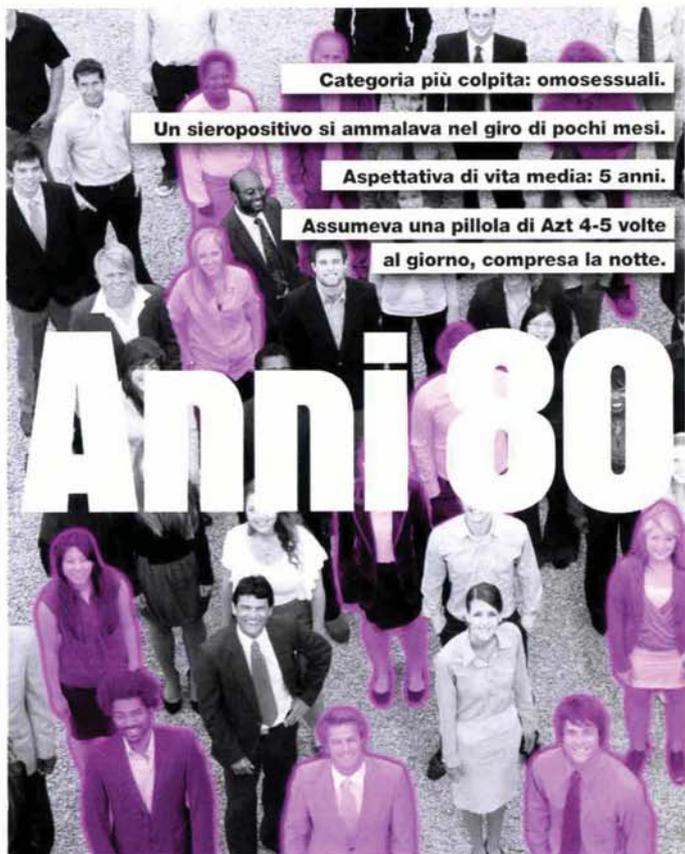
I fattori scatenanti, come già accennato, possono essere molteplici: sotto accusa innanzitutto lo scarso riposo (soprattutto tra chi gestisce un'attività in proprio), l'ansia e lo stress (principalmente tra chi è senza lavoro), le preoccupazioni e le difficoltà economiche (in maggioranza tra le casalinghe) e gli eccessivi impegni quotidiani. Ma per più della metà degli italiani esiste anche il mal di testa da “prestazione”, quello che compare quando occorre dare il massimo, a scuola o sul lavoro. E per il 34 per cento degli italiani la causa dei dolori è da riferire anche al tempo passato davanti al computer, al lavoro o a casa. Persino dedicarsi al social network preferito può causare il mal di testa. Un italiano su tre ritiene infatti che il mal di testa possa essere figlio della costante connessione in rete per chattare,

condividere e scambiare messaggi con amici e colleghi. “La ricerca mette in evidenza come il mal di testa sia uno scomodo compagno di vita per tantissimi italiani e come soprattutto, dietro le cause indicate dagli intervistati, vi sia l'attuale situazione economica”, ha sottolineato Sumberesi. “Lo scarso riposo generatore di mal di testa - soprattutto per gli imprenditori - può essere infatti letto anche come causa di una generale preoccupazione per l'andamento del proprio business. Anche il mal di testa dovuto ad ansia e stress, rilevato soprattutto nei disoccupati, può essere direttamente collegato alle difficoltà derivanti dall'aver perso il lavoro o di trovarne un altro. Peraltro un terzo degli italiani indica all'origine del proprio mal di testa proprio le preoccupazioni economiche: ad esempio le casalinghe, che si trovano a dover far quadrare il bilancio familiare”.

Ma un altro problema diffuso è che spesso gli italiani non si rivolgono al medico, anche quando soffrono di mal di testa. E così finisce che i nostri connazionali non conoscono esattamente ciò di cui soffrono: quasi 4 su 10 non sanno identificare se si tratta di cefalea o emicrania. Ma la metà di chi dice di soffrire dell'uno o dell'altro disturbo non ha in realtà mai avuto una corretta diagnosi da parte di uno specialista. “Questo dato è sicuramente preoccupante, soprattutto se si pensa alle persone che accusano frequentemente cefalee”, ha spiegato Bussone. “Se per gli attacchi saltuari, tipici della cefalea muscolo-tensiva, si può infatti ricorrere all'automedicazione con gli analgesici, in caso di attacchi ricorrenti di mal di testa è fondamentale rivolgersi al medico per una corretta diagnosi e terapia”.

Infine, altra questione importante è anche la risposta al mal di testa, che troppo spesso non è cercata tempestivamente. C'è da dire, in ogni caso, che di fronte al dolore, gli italiani assumono comportamenti davvero bizzarri. In particolare si possono suddividere in 4 tipologie, che corrispondono ad altrettanti approcci. Ci sono gli “stoici”, che considerano il dolore una prova da superare stringendo i denti: sono soprattutto giovani e, strano a dirsi, fanno i conti con il mal di testa abbastanza spesso. Gli “indifferenti”, ovvero chi preferisce aspettare che il dolore passi, in particolare gli uomini adulti con livello di scolarizzazione medio basso. A “soffrire” delle crisi da social network sono soprattutto gli “ego-riferiti”, giovani tra i 35 e i 44 anni, che cercano l'immediata soluzione al dolore. Infine ci sono i “risoluti”, in maggioranza donne, che hanno scelto di informarsi e contrastare il problema, in particolar modo perché il mal di testa penalizza la loro qualità di vita. Spesso hanno l'analgesico a portata di mano: fondamentale è infatti che il dolore passi il prima possibile. Secondo l'indagine, infatti, per gli italiani oltre ad essere efficace, il rimedio farmacologico deve innanzitutto essere a rapida azione, non avere effetti collaterali e utilizzabile anche a stomaco vuoto. “In effetti per chi soffre di mal di testa avere una soluzione rapida, efficace e sicura rappresenta il primo obiettivo. Oggi abbiamo a disposizione una formulazione del ketoprofene, analgesico raccomandato dalle Linee Guida Europee per il trattamento della cefalea muscolo-tensiva, che risponde proprio a questi obiettivi. Dati clinici hanno evidenziato, infatti, la rapidità d'azione di questa formulazione orosolubile, il ketoprofene sale di lisina”, ha precisato Bussone. “Questo è dovuto anche alla particolare modalità di assorbimento da parte dell'organismo, che rende disponibile il principio attivo in pochi minuti, e che si associa ad un soddisfacente profilo di tollerabilità”. Di sicuro, ha poi precisato nel corso dell'incontro a L'Aquila, che “c'è di sicuro un bisogno latente di farmaci che possano essere usati facilmente anche fuori di casa o a stomaco vuoto, soprattutto tra i pazienti che ancora non hanno ricevuto una diagnosi e ricorrono all'automedicazione”.

SCENARI FRONTIERE



Anni 80 Oggi

Aids, i nuovi farmaci salvavita

Se nei paesi più poveri si muore ancora, in quelli occidentali è diventata una malattia cronica. Con altre terapie in arrivo.

Era la peste del secolo, 30 anni fa, oggi l'aids, almeno nei paesi industrializzati, si è trasformata in una condizione cronica capace di accompagnare una persona sieropositiva per tutta la vita, senza diventare malattia conclamata.

Merito della terapia combinata, ossia l'uso contemporaneo di più principi attivi antiretrovirali, che oggi compie 10 anni dalla sua approvazione (lo si ricorderà in occasione del 1° dicembre, giornata mondiale dell'aids). Quella cura cambiò la vita dei pazienti perché molto meno complicata e meno tossica delle tante compresse quotidiane di un tempo. «Oggi la terapia è concentrata in un'unica pillola al giorno, contro la replicazione del virus

hiv» dice Norbert Bischofberger, capo mondiale della ricerca della Gilead, azienda biofarmaceutica californiana, tra le prime a mettere a punto la terapia combinata. «A breve sarà disponibile una versione potenziata, già approvata in Europa e che credo arriverà presto anche in Italia. Una pillola con una potente attività repressiva del virus, capace di restare più a lungo in circolo e con effetti collaterali più lievi. In futuro avremo nuove generazioni di farmaci, perché è vero, l'aids non è più una condanna a morte, ma c'è ancora molto da fare per sconfiggere davvero la malattia».





CORRIERE DELLA SERA.it

stampa | chiudi

IL MAXI-STUDIO

I nostri genitori correvano più veloci (tutta colpa dell'obesità)

Gli adulti di oggi correvano molto più forte da bambini rispetto ai ragazzini di oggi (si è perso il 5 % della velocità ogni decade)

NOTIZIE CORRELATE

Se mamma o papà dicono ai figli «Io alla tua età corrovo più veloce» hanno ragione e il trend chiama in causa trasversalmente maschi e femmine under 17, decisamente più pantofolai, meno resistenti e più molli dei genitori.

GENERAZIONE SLOWPOKE - Generazione di lenti: i ragazzini di oggi, considerato il segmento anagrafico che va dai 9 ai 17 anni, corrono meno forte rispetto ai loro equivalenti di un tempo e mediamente, negli ultimi 46 anni, si è perso il 5 per cento del tempo nelle prestazioni di velocità ogni dieci anni. Per quanto riguarda gli italiani e gli americani il ritardo rispetto a papà e mamma nelle corse sale addirittura al 6 per cento e in generale i giovani sono secondo gli esperti il 15% meno in forma dei loro genitori alla loro età. Basti pensare che in una corsa media di 1 miglio (1,609 km), vanno più lenti di 90 secondi rispetto alle generazioni intercettate all'inizio dello studio, ovvero nel 1964. Lo evidenzia uno studio ripreso da alcuni fonti con il titolo di slowpoke generation (il termine slowpoke in inglese identifica infatti una persona ottusa, lenta) che è durato 46 anni (sino al 2010), coinvolgendo ben 25 milioni di bambini provenienti da 28 Paesi differenti e raccogliendo e integrando le conclusioni di 50 precedenti ricerche.

LO STUDIO - La ricerca, promossa dalla School of Health Sciences della University of South Australia e presentata all'appuntamento annuale dell'American Heart Association, punta il dito contro l'obesità infantile, richiamando la necessità di un esercizio fisico costante di almeno un'ora al giorno per i bambini. Questo preoccupante trend di decrescita della velocità media tra la popolazione giovanissima fa pensare a una generazione di ragazzini soprappeso con cattive abitudini di vita, anche se da una parte il concetto di sport è ben più affermato di un tempo.

TANTO SPORT MA NON BASTA- I ragazzini di oggi, stretti tra tempi scolastici ben più rigorosi e una miriade di attività nel proprio calendario settimanale, oscillano spesso tra più sport e altrettanti corsi, ma questa organizzazione del tempo giovanile (che talvolta fa pensare più a dei mini amministratori delegati

che a dei ragazzini) mostra tutte le sue lacune, a fronte di un'iperattività associata troppo spesso a un'alimentazione scorretta e a stili di vita per nulla salutari. Si aggiunga il soprappeso ormai dilagante e ci si spiega senza alcuna difficoltà il fatto che bambini e ragazzini corrano sempre più lentamente. A dispetto di un'attività fisica spesso frenetica e di un'attenzione elevata alla forma fisica rispetto ai tempi passati, i ragazzini dimostrano infatti di correre molto più lentamente dei propri genitori e nelle prestazioni di resistenza si è perso dal 30 al 60 per cento. Secondo l'autore che ha guidato lo studio, Grant Tomkinson (della University of South Australia), la spiegazione sta infatti nella crescita della massa grassa tra i giovanissimi che spinge a dover riconsiderare le abitudini di vita e l'esercizio fisico, sia quantitativamente che qualitativamente, anche perché una condizione giovanile come quella fotografata dallo studio australiano è predittiva di una scarsa salute cardiovascolare negli adulti di un domani. E 'importante dunque anche il tipo di attività fisica oltre alle modalità con cui viene fatta.

QUESTIONE DI NAZIONI - «Bisogna sudare», sottolinea Michael Gwiz dell'American Heart Association, spiegando che l'esercizio fisico da ragazzi deve essere costante e deve occupare almeno un'ora del tempo, anche distribuito in piccole sessioni. Non stupisce infine che tra i giovani occidentali siano stati rilevati i tempi peggiori, ma va notato che ormai anche molti Paesi asiatici si stanno uniformando agli standard europei e americani. Corea del Sud, Cina e altre nazioni asiatiche hanno registrato tempi medi di velocità nella corsa persino peggiori rispetto ai bimbi e agli adolescenti americani. Deve esserci dunque uno sforzo condiviso da parte delle famiglie, della scuola e delle comunità a far sudare di più i ragazzi, perché come chiarisce Christopher Allen della British Heart Foundation, «è ormai accertato che un'inattività fisica durante la crescita può avere delle implicazioni molto serie in futuro».

stampa | chiudi

R2

Perché i nostri bambini corrono sempre più piano

dal nostro corrispondente
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA
SE IL bambino che è in noi potesse sfidare i nostri figli a chi corre, nuota o pedala più veloce, vinceremmo a mani basse. I ragazzi di oggi, rivela una ricerca, sono più alti dei loro padri ma mediamente più lenti, perlomeno nelle attività sportive.

La corsa al rallentatore dei nostri figli “Alla loro età eravamo più veloci”



DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA
Il bambino che è in noi potesse sfidare i nostri figli a chi corre, nuota o pedala più veloce, vinceremmo a mani basse. Non è una gran consolazione per tutte le cose, dalla rapidità nell'usare il telefonino a quella nel capire come funziona un nuovo gadget, per citarne soltanto un paio,

in cui sono loro a battere noi: ma è la prova, decisamente preoccupante, di un paradossale declino generazionale nelle prestazioni fisiche. I ragazzi di oggi, rivela una ricerca scientifica, sono più alti dei loro padri ma mediamente più lenti, perlomeno nelle attività sportive. Ogni decennio, la capacità cardiovascolare sotto sforzo diminuisce del 5 per cento, afferma l'indagine condotta a studiosi della University of South Australia e pubblicata ieri dal Times



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

di Londra. In altre parole, se un 11enne del 1975 corresse un miglio **Sulla distanza di un miglio un 11enne di oggi è più lento di un minuto e mezzo di uno del '73**

glio (1 chilometro e 600 metri) contro un 11enne del 2013, il primo arriverebbe al traguardo un minuto e mezzo prima del secondo. Se i due si sfidassero a una corsa di quattro giri di pista d'atletica, il bambino del 1975 vincerebbe con quasi un giro di distacco sul bambino di oggi.

Nello sport professionistico, naturalmente, il fenomeno è opposto: tutti i record di atletica sono migliorati considerevolmente rispetto a trenta o quaranta anni fa. Nel 1975 il record dei 100 metri piani era 9.9, quello attuale di Usain Bolt è di 9.58. Ma quello che vale per i campioni non vale per la massa. Gli scienziati australiani hanno esaminato più di 50 test fisici e cardiovascolari condotti tra il 1964 e il 2010 su più di 25 milioni di bambini e ragazzi tra i 9 e i 17 anni in ventotto paesi: ovunque hanno riscontrato che le generazioni odierne vanno più piano, da un punto di vista sportivo, rispetto alle precedenti. Il declino nelle prestazioni è simile per maschi e femmine, per bambini più giovani e per adolescenti, e in regioni del globo differenti, sia pure con variazioni da paese a paese. Uno di quelli in cui il peggioramento è più netto è la Gran Bretagna: se un bambino inglese del 1998 che aveva una prestazione media corresse una gara oggi, arriverebbe tra il 5 per cento dei migliori classificati; e il bambino che nel 1998 arrivava ultimo batterebbe più di metà dei bambini di oggi in una gara analoga.

In Italia a essere piccoli campioni sono i bambini in età di scuola elementare: nella fascia tra i 6 e i 10 anni — rivela uno studio della **Società italiana di pediatria** — in dieci anni si è passati dal 48 al 53 per cento di pratica sportiva. Mentre gli adolescenti — e soprattutto le ragazze — brillano per sedentarietà.

Le cause, osserva il professor Grant Tomkinson, autore del rapporto australiano, sono chiare. I bambini di oggi sono più grassi, con un'allarmante diffusione dell'obesità vera e propria, specie negli Stati Uniti ma ora pure in Europa. Le ragioni sono evidenti: mangiano cibi più grassi e fanno meno



LO STUDIO

La University of South Australia ha studiato 25 milioni di ragazzi tra i 9 e i 17 anni in 28 paesi



LA RESISTENZA

Un bimbo di oggi in una gara podistica di 1 miglio arriverebbe 1,5 minuti dopo uno di 30 anni fa



I RAGAZZINI

Tra 11 e 15 anni meno di un adolescente su due fa sport. Nel 2011-12 si è scesi dal 56 al 53%



LE RAGAZZE

Aumentano le sedentarie assolute: dal 24% (tra 15 e 17 anni) al 30% (tra 18 e 19 anni)

attività fisica, passando sempre più tempo seduti davanti a un computer, un telefonino, un tablet o alla televisione. «Ciò riduce la capacità di avere buone prestazioni aerobiche», afferma Tomkinson. Ma il fenomeno si potrebbe contrastare con una migliore alimentazione e con almeno 60 minuti di esercizio fisico intenso — cioè corsa, nuoto, ciclismo — al giorno. Insomma, i figli possono correre più veloci di come correvano i genitori alla loro età. Ma devono abbandonare per un po' il telefonino e infilare le scarpe da ginnastica.

In Italia i più a rischio sono gli adolescenti, specie le ragazze: troppo junk food e computer. La sorpresa dai piccoli, che amano calcio e nuoto

La protesta Il gesto estremo perché nessuno li riceveva. Poi l'incontro con il sottosegretario all'Economia Baretta: «Aumenteremo le risorse»

I malati di Sla senza respiratore davanti al ministero

ROMA — È la decima volta che si accampano sotto il ministero per l'Economia, sdraiati sulle carrozzine, circondati dai familiari, protetti dalle coperte se fa freddo. Quando l'attesa va oltre e nessuno gli dà retta, staccano il respiratore, a turno.

Non gesti dimostrativi. Sono determinati ad andare fino in fondo come ieri avrebbe fatto Tore Usala, malato di Sla, segretario del Comitato 16 novembre, l'associazione nata perché siano riconosciuti ai grandi disabili il diritto alla libertà di scegliere dove essere curati e fondi più dignitosi per la non autosufficienza grave. Per il 2014 il budget è di duecentocinquanta milioni e non riguarda solo la Sla, comprende tutti i casi più disperati.

A un certo punto visto che non succedeva nulla, che nessuno si preoccupava di loro, Usala ha svitato il tubicino che collega il ventilatore alle batterie. Avrebbe avuto quattro ore di autonomia. Solo allora dal ministero qualcuno è sceso per annunciare che sarebbero stati ricevuti dal sottosegretario Pier Paolo Baretta, per la seconda volta in un mese. E Tore si è fermato, pronto a ricominciare se necessario.

«Lui sarebbe andato fino in fondo, ne sia certa», afferma una signora venuta dall'Abruzzo, per accompagnare a Roma il marito Pino. Ci sono stati malori tra i malati, si è temuto il peggio. Ambulanza e momenti di tensione in via XX Settembre, chiusa al traffico.

Non si poteva rischiare una seconda vittima dopo Raffaele Pennacchio, sfinito

«Sono qui per lui, per continuare la sua battaglia», dice la vedova, stremata, la fotografia del marito riprodotta in grande sugli striscioni.

«Lottiamo per ricevere assistenza a casa 24 ore su 24 senza essere obbligati a farci ricoverare nelle Rsa, le residenze sanitarie che oltretutto hanno un costo doppio rispetto alle cure in famiglia», riassume Mariangela La Manna, vicepresidente nazionale del Comitato. La legge così prescrive. Oggi chi sceglie di restare fra i suoi cari per non subire l'ulteriore dolore di un ambiente estraneo, non ha diritto al rimborso di una persona che lo accudisca, privilegio che invece è riconosciuto in Sardegna grazie al progetto «Restare a casa». Lo chiede, raccontando la sua vita, Pino, dopo essersi ripreso dal malore, protetto da una coperta offerta dai soccorritori. Prima di scoprire la Sla era titolare di un bar a Lanciano, in provincia di Chieti. Ha 47 anni e due anni fa ha dovuto vendere l'attività. Per la malattia riceve un assegno mensile di 700 euro, le spese per sé e la moglie superano i duemila.

Per il momento però è rimandato il discorso sui contributi a favore dell'assistenza domiciliare che secondo le associazioni sarebbe un vantaggio sul piano del risparmio. Al termine di una lunga trattativa dai toni piuttosto accesi si è aperto invece uno spiraglio per il fondo. Il sottosegretario Baretta ha ricevuto una delegazione alle 4 e mezza, hanno finito alle 8. Si è impegnato tra l'altro a «aumentare le risorse già previste nella legge di Stabilità 2014 per la autosufficienza».

Sono state inoltre promesse una serie di iniziative per facilitare e rendere più omogeneo nelle Regioni la distribuzione dei comunicatori, gli apparecchi che diventano da un certo grado della malattia in poi l'unico modo per farsi sentire. Oggi alle 10.30 la commissione bilancio del Senato parlerà

anche di questo. Il Comitato annuncia che non getterà la spugna. Senza garanzie occuperanno il Senato, Usala in testa.

Margherita De Bac

I malori

Diverse le persone colte da malore. Ad ottobre uno di loro era morto dopo un lungo presidio non dalla Sla ma da tre giorni di presidio notturno, il 24 ottobre. Tornato in albergo il suo cuore non ha retto:





PEDIATRI, SOLO UN DICIOTTENNE SU TRE FA SPORT

(AGI) - Roma, 20 nov. - Avvicinare gli adolescenti all'attivita' fisica e sportiva, contrastare la sedentarieta' e il drop out sportivo (abbandono precoce) che si verifica tra i 15 e i 17 anni, e in maniera ancora piu' marcata tra i 18 e i 19 anni. E' l'obiettivo degli Stati Generali della Pediatria organizzati dalla Societa' italiana di pediatria, in concomitanza con la "giornata mondiale del bambino e dell'adolescente". L'Italia presenta tassi di sedentarieta' tripli rispetto agli altri paesi europei. La Sip lancia l'allarme: "una generazione che rischia di diventare malata". Il drop out (abbandono precoce) comincia gia' a 11 anni. A 15 anni meno di 1 adolescente su 2 pratica attivita' sportiva continuativa, a 18 fa sport poco piu' di 1 su 3. Gli unici in controtendenza? I bambini dai 6 ai 10 anni. Il 57% pratica uno sport, in testa nuoto e danza, percentuali che non si registrano in nessun'altra eta' della vita. Ma le notizie positive finiscono qui. Gia' dopo la scuola primaria, infatti, i bambini italiani cominciano a ingrossare le fila dei sedentari. E se finora l'eta' spartiacque era quella tra i 14 e i 15 anni, nell'ultimo anno si e' osservato che il trend negativo comincia gia' a 11 anni. Una parabola discendente al crescere dell'eta'. Su questi dati, che emergono da un raffronto realizzato dalla Sip (Societa' italiana pediatri), tra dati Istat e altri recenti studi, riflettono gli specialisti. "Cosi' non va", afferma il presidente della Sip Giovanni Corsello. "Una regolare attivita' fisica e motoria in eta' evolutiva, insieme alle corrette abitudini alimentari, sono uno strumento decisivo di prevenzione della salute per le future generazioni". Da internet alla noia: le ragioni del drop out sono queste. Le proposte dei pediatri per contrastare la sedentarieta'? "Il ruolo centrale spetta alla scuola. Lo sport dovrebbe essere favorito ed incentivato, mentre oggi e' considerato una perdita di tempo che toglie spazio ad altre attivita' piu' importanti", spiega Antonio Correra, consigliere nazionale Sip.

Salute Medici e ricercatori assicurano l'efficacia nel prevenire le infezioni.

MAMME, IL VACCINO È SICURO: BATTE

Le patologie infantili (morbillo, rosolia, varicella, parotite) possono



SENZA PAURA

Le principali malattie dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, parotite, etc) possono avere pericolose complicanze ed effetti collaterali. Per questo, il vaccino resta l'unica arma efficace e sicura per prevenirle.

Fino a qualche tempo fa le mamme spingevano i figli a frequentare altri bambini con il morbillo, oppure con la varicella, per esserne contagiati. Oggi questo comportamento non ha più senso, anche perché per molte malattie dell'infanzia, dette esantematiche, sono disponibili dei vaccini fortemente consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da tutte le Società scientifiche dei pediatri. È giusto, cioè, evitare che i nostri figli si ammalino. Eppure c'è

ancora chi tra medici e genitori è contrario alle posizioni ufficiali per paura che le vaccinazioni possano avere effetti collaterali anche pesanti. «Sono molto rari», ci rassicura Manuel Castello, professore onorario di Pediatria presso l'Università La Sapienza di Roma. «Bisogna semmai riconoscere come le principali malattie infettive dell'infanzia (il morbillo, la rosolia, la varicella, la parotite o i famosi "orecchioni", la sesta malattia e la scarlattina), sono per lo più benigne e a guarigio-

ne spontanea, ma possono avere effetti collaterali importanti».

Non è obbligatorio, però conviene

Del tipo? «Il morbillo, pur restando una malattia benigna, in alcuni casi può presentare complicanze che sono l'otite media (nel 10 per cento dei casi), la broncopneumonite o polmonite (nel 5-7 per cento dei casi) e, più raramente, l'encefalite o l'infiammazione del cervello (1 caso su 1.000)», risponde

il professor Castello. Che aggiunge: «Anche la rosolia, pur essendo la più blanda, può essere pericolosa per le donne in dolce attesa, perché soprattutto nel primo trimestre della gravidanza può dare malformazioni congenite al feto (sordità, cecità e malattie cardiache). Perciò è consigliabile che tutte le donne, prima di diventare mamme, facciano il dosaggio degli anticorpi, per vedere se in passato hanno avuto o meno la rosolia. In caso di risposta negativa, bisogna vaccinarsi. Un'altra ma-

Qualche consiglio per riconoscerle e le cose da fare quando... si manifestano

LA MALATTIA E LE SUE CONSEGUENZE

avere pericolosi effetti collaterali. Per questo è meglio non rischiare

www.ecostampa.it

lattia con complicanze importanti è la scarlattina che, se non curata bene, in alcuni casi seppur rari può aggredire le valvole cardiache, quindi provocare malattie cardiache gravi come la miocardite. Ma non solo. Si possono avere anche malattie reumatiche. Per finire, ricordiamo che gli "orecchioni", se presi dopo la pubertà e soprattutto in età adulta, possono a volte dare un'orchite, un'infezione dei testicoli. Questa, nelle forme più gravi, può provocare una sterilità permanente. Per evitare che ciò possa succedere sarebbe meglio vaccinare il proprio figlio».

Dunque, chiediamo al professor Castello: per evitare le complicanze delle malattie dell'infanzia sono molto importanti le vaccinazioni. Ma nel nostro Paese sono obbligatorie? «Purtroppo no. Anche se non obbligatoria, la vaccinazione delle malattie esantematiche sarebbe da raccomandare fortemente per quanto è stato detto finora. A oggi esiste un vaccino tetravalente (morbillo, rosolia, parotite e varicella) da eseguire dopo il primo anno di vita, preferibilmente fra il 13esimo e 15esimo mese, per poi fare un richiamo tra il quinto e il sesto anno di vita», puntualizza sempre il nostro pediatra.

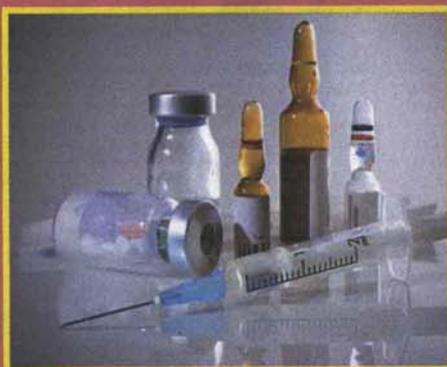
Che poi chiarisce: «Non è necessario vaccinarsi prima, anche perché tutte queste malattie, esclusa la sesta, di solito esordiscono dopo i 2 anni di età, più precisamente fra 3 e i 5 anni, anche se non vengono risparmiati i più grandicelli». Come è possibile riconoscere se il proprio figlio abbia o meno una malattia esantematica?

«Di solito compare un esantema ("fioritura") o, meglio, una manifestazione cutanea

SARÀ DISPONIBILE IL VACCINO PER ELIMINARE IL MICIDIALE MENINGOCOCCO B CHE COLPISCE SENZA SEGNALI DI PREAVVISO

Entro fine anno il farmaco contro la meningite

Entro la fine del 2013 sarà disponibile sul mercato italiano il vaccino contro il meningococco B, causa principale della temibile meningite. L'annuncio è stato dato a Siena in occasione del BioCamp di Novartis dal professor



Rino Rappuoli, responsabile della Ricerca vaccini per Novartis. «C'è già l'approvazione dell'Agenzia Europea del Farmaco e di quella italiana, l'Aifa. Il lancio vero e proprio sul mercato internazionale in grande quantità è previsto per il 2014», precisa l'esperto. Va ricordato che la malattia è particolarmente pericolosa in quanto attacca le persone sane senza alcun segnale di preavviso e può portare al decesso entro 24-48 ore. La meningite meningococcica ha una letalità tra il 9

e il 12 per cento, ma in assenza di un trattamento antibiotico adeguato può raggiungere il 50 per cento. I segni e sintomi sono spesso simili a quelli influenzali, rendendo difficile la diagnosi corretta negli stadi iniziali dell'infezione e limitando la

possibilità di evitare le conseguenze più gravi sul malato. «Le classi d'età a maggior rischio sono due», conclude il professor Rino Rappuoli, «la fascia compresa tra 0-12 mesi e quella degli adolescenti tra i 12 e i 18 anni. La maggior incidenza è tra i 4 e gli 8 mesi. Ecco perché, per ottenere risultati che risultino davvero effettivi nella riduzione dei casi, la prima barriera deve essere posta ai 2 mesi di età, con programmi di vaccinazione adeguati».

di pustole, vescicole e bolle, dalle forme e dai colori diversi, diffuse lungo tutto il corpo», spiega l'esperto.

Gli interventi utili e di primo soccorso

«Va detto che l'andamento delle malattie esantematiche è simile. C'è una prima fase di 2 o 3 giorni in cui compaiono alcuni sintomi generalizzati come spossatezza, inappetenza, dolori articolari, raffreddore, cefalea, congiuntivite, accompagnati da febbre alta o media. Dopodiché questi sintomi scompaiono o si attenuano. Restano solo la tosse (nel caso del morbillo) e la

febbre. Compare inoltre l'esantema che, di solito, può durare 3 o 4 giorni. Ricordiamo, infine, che tutte queste malattie sono altamente contagiose e che si trasmettono per via aerea ovvero attraverso lo starnuto o il colpo di tosse del malato. Perciò è importante conoscere il tempo di contagio, che è compreso tra i 7 e i 10 giorni. Dopodiché il piccolo può tornare a scuola». Per concludere, ecco alcuni consigli del professor Castello utili per le mamme:

- chiamare il pediatra a casa per fare la diagnosi;
- isolare il bambino, tenendolo in casa a riposo;
- se c'è febbre, soprattutto se

molto alta, dare sotto prescrizione medica un antipiretico a base di paracetamolo;

- non dare mai antibiotici al bambino, a meno che non si tratti di scarlattina;
- far bere molto il piccolo, perché la febbre potrebbe disidratarlo;
- somministrare un antistaminico orale, prescritto dal pediatra, per alleviare il prurito molto forte come nella varicella;
- tagliargli le unghie e tenergli le mani pulite;
- far indossare al bimbo abiti con tessuti non allergizzanti, preferibilmente di cotone.

di **Cristina Mazzantini**
rubrichevero@gvperiodici.com