

Il rapporto

NELLA CRISI
LA SORPRESA
È IL WELFARE
(NON DI STATO)

di DARIO DI VICO

L'80 per cento delle aziende italiane con più di 500 addetti ha avviato esperimenti di welfare aziendale e ogni 150 euro investiti hanno portato un guadagno stimato in 300 euro tra risparmi effettivi e aumenti di produttività.



ILLUSTRAZIONE DI FABIO SIRONI

A PAGINA 13

L'indagine

Come industria, fondazioni, enti locali, assicurazioni e cooperative hanno reagito alla crisi dello Stato sociale: un rapporto del Centro Einaudi

La sorpresa del welfare privato

2.500 mutue e fondi integrativi

Quattro medie aziende su cinque hanno scelto l'assistenza aggiuntiva

In attesa delle riforme dall'alto conviene guardare a quelle che viaggiano dal basso. L'80% delle aziende italiane sopra i 500 addetti ha avviato esperimenti di welfare aziendale e ogni 150 euro investiti hanno portato un guadagno stimato in 300 euro tra risparmi effettivi e aumenti di produttività. In campo assicurativo ormai esistono in Italia 500 fondi integrativi negoziali e volontari e circa 2 mila mutue sanitarie che hanno erogato servizi a più di 5 milioni di persone. Solo le 15 fondazioni di comunità lombarde hanno superato i 22,5 milioni di euro di erogazioni che sono servite a finanziare oltre 2.300 progetti di utilità sociale. Lo scorso anno le fondazioni di origine bancaria hanno deliberato 22 mila interventi in favore dei propri territori per una cifra complessiva di 965 milioni. Sono queste alcune cifre che servono a dimensionare il se-

condo welfare, il movimento-somma di iniziative associative e filantropiche, sperimentazioni di quasi mercato, intraprendenza dei corpi intermedi/territori, che ha svolto un ruolo importante nell'attutire le conseguenze della crisi. A fotografare le realizzazioni del secondo welfare arriva in questi giorni un Rapporto, curato da Franca Maino e Maurizio Ferrera, frutto di un lavoro (www.secondowelfare.it) che il Centro Einaudi di Torino ha portato avanti grazie all'ap-

porto di un gruppo di partner (aziende private, fondazioni bancarie, l'Ania) e in collaborazione con il *Corriere della Sera*.

Il secondo welfare, sostengono, ha già raggiunto una rilevanza economica, finanziaria e occupazionale di tutto rispetto e incide sulle condizioni di vita di milioni di persone. Le sperimentazioni avviate hanno dato vita a compiute realizzazioni che hanno dimostrato di

saper far fronte in modo efficiente a bisogni non adeguatamente coperti dal welfare statale. Tutto si è concretizzato grazie a soluzioni innovative sul piano degli strumenti e dell'organizzazione e hanno riguardato anche Comuni e Regioni che hanno razionalizzato i propri modelli di spesa. Certo c'è ancora tantissimo da fare e non solo sul piano quantitativo: le disparità territoriali Nord-Sud sono evidenti, c'è la difficoltà di fare sistema, i meccanismi di monitoraggio e valutazione sono ancora troppo deboli e a volte c'è il rischio di «un incastro distorto e opportunistico tra primo e secondo welfare» ovvero che lo sviluppo di iniziative dal basso divenga l'alibi per non ricalibrare lo Stato-previdenza, per non far rispettare i livelli minimi di servizio su tutto il territorio nazionale. Come è

noto i riformisti veri sono impetiosi con se stessi e anche il Rapporto lo è, sottolineando limiti strutturali e soggettivi di queste trasformazioni. Guardando avanti e non solo in retrospettiva il lavoro del Centro Einaudi si focalizza poi sul contributo che può dare nel breve il settore assicurativo. L'83% della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie e solo il 4% è intermediata dalle compagnie di assicurazione. Esiste, dunque, uno spazio molto ampio per l'innovazione sociale, la messa a punto di nuove formule e prodotti, una modernizzazione della tutela degli anziani che darebbe forti risparmi alle famiglie e un maggior numero di servizi e prestazioni a chi ne ha bisogno.

Dario Di Vico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Veneto

Le iniziative al Colorificio San Marco

Asilo, master e corsi di lingua Il rimborso arriva in fabbrica



Dallo scorso ottobre il Colorificio San Marco offre un sistema di servizi accessibili online su istruzione, cultura e ricreazione, servizi sociali, salute e previdenza

Quando si parla di welfare aziendale il rimando a Luxotica è immediato ma anche piccole realtà come il Colorificio San Marco — di Marcon in provincia di Venezia — (due fabbriche e 141 dipendenti) si sono mosse. Da ottobre 2013 l'azienda offre ai propri collaboratori un sistema di servizi personalizzabili e accessibili tramite un portale online. Il contratto integrativo di secondo livello è il risultato di un confronto con le Rsu aziendali che ha portato alla disciplina del premio di risultato e all'istituzione del sistema di welfare. I servizi si suddividono in cinque aree: istruzione, cultura e ricreazione, servizi sociali, salute e previdenza, shopping e convenzioni commerciali. La prima area include il rimborso delle spese scolastiche per i familiari dall'asilo nido al master includendo corsi di lingue, campus estivi e il rimborso dei libri di testo. Per cultura e ricreazione si tratta di abbonamenti a palestre e corsi, ma anche cinema, teatro e viaggi. C'è poi l'opportunità di richiedere servizi socioassistenziali per familiari a carico. In ambito sanitario i dipendenti possono disporre il pagamento della parte a loro carico del contributo al fondo sanitario di categoria oppure richiedere l'iscrizione al fondo per l'intero nucleo familiare. Per la previdenza i dipendenti potranno scegliere di destinare un contributo aggiuntivo al fondo pensioni Fonchim nei limiti della deducibilità fiscale. Infine i servizi commerciali comprendono buoni benzina, buoni spesa e convenzioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dalla Lombardia

Le «obbligazioni sociali» di Ubi Banca

I bond che finanziano consorzi e cooperative



Il bond «sociale» prevede che una quota dell'emissione, normalmente lo 0,5%, vada a iniziative di carattere sociale come finanziamenti a scuole, ospedali, università, fondazioni

I social bond Ubi Comunità sono nati nel 2012 e si tratta di titoli obbligazionari che oltre a garantire un ritorno sugli investimenti effettuati offrono ai sottoscrittori la possibilità di sostenere iniziative caratterizzate da un alto valore sociale. Il primo tipo di social bond prevede la devoluzione ad associazioni, fondazioni, scuole, università e ospedali di una parte dell'importo collocato, normalmente lo 0,5%. I soggetti beneficiari devono essere realtà conosciute e radicate nei territori oltre a possedere la stabilità di cash flow e un adeguato merito creditizio. Il secondo modello dei social bond promossi da Ubi Banca prevede che tutto l'importo raccolto prestito obbligazionario — e non solo una — sia usato per finanziare iniziative di impatto sociale, preferibilmente collegate a realtà operanti in specifiche aree o settori. Grazie ai social bond è possibile costituire piattaforme all'erogazione di finanziamenti a medio-lungo termine in condizioni competitive per consorzi, imprese e cooperative sociali. Fino all'agosto 2013 Ubi ha emesso bond per un valore totale di 317 milioni di euro, di cui 17,5 destinati al finanziamento di attività e progetti delle cooperative sociali. Gino Mattarelli. Diversi altri soggetti, ad esempio Prossima, hanno lanciato iniziative analoghe.



In Liguria

Il programma regionale

Un piano sanitario per tutti, con 48 ambulatori e 39 dentisti



Nel mese di marzo 2013 in Liguria è stato creato un Fondo sanitario mutualistico territoriale e integrativo, chiamato «Mutua Liguria» e aperto a tutti

Per sperimentare nel sistema sanitario nuovi modelli di cooperazione tra pubblico e privato, con l'obiettivo di integrare le rispettive offerte, a marzo 2013 in Liguria è stato creato un Fondo sanitario mutualistico territoriale e integrativo, «Mutua Liguria». È il secondo esempio in Italia dopo il PensPlan del Trentino Alto Adige e consentirà ai cittadini (in primo luogo anziani) di usufruire di prestazioni sanitarie integrative. La novità sta nel fatto che la mutua è aperta a tutti e non essendo orientata al profitto ha l'obiettivo di dotare i cittadini di una capacità negoziale collettiva nel rapporto con l'offerta dei servizi e delle prestazioni. La partecipazione della Regione Liguria — resa possibile da una legge quadro regionale del Terzo settore — rappresenta un altro inedito e un traguardo importante: in virtù di questo riconoscimento, infatti, la mutua si atterrà alle linee guida e ai protocolli di qualità e sarà sottoposta al controllo in merito alle attività integrative. L'erogazione delle prestazioni sarà affidata a circa 130 strutture convenzionate che comprendono a loro volta 48 poliambulatori, 39 studi odontoiatrici, 12 case di riposo. Ci si avvarrà in particolare degli ambulatori Genova salute nati per iniziative delle cooperative sociali che hanno costruito una rete sanitaria di qualità. Per i servizi alla persona e alla famiglia il soggetto principale è rappresentato dalla Fondazione Easy Care.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

500

Il numero dei fondi integrativi negoziali e volontari esistenti in Italia in campo assicurativo cui fanno ricorso le aziende

2

mila: le mutue sanitarie esistenti in Italia, che hanno erogato negli anni servizi sanitari a più di cinque milioni di persone

83

per cento: è la quota della spesa sanitaria privata sostenuta direttamente dalle famiglie. Le compagnie di assicurazione coprono solo il 4%

22

mila: gli interventi erogati l'anno scorso dalle fondazioni di origine bancaria in favore dei propri territori per complessivi 965 milioni

80

per cento: la percentuale di aziende italiane sopra i 500 addetti che ha avviato esperimenti di welfare aziendale

A Torino

L'offerta di Sharing Hotel Residence

Doposcuola e sportello lavoro, gli inquilini fanno comunità



L'housing sociale consente di avere un alloggio nelle situazioni più diverse (sistemazione temporanea, problemi economici). L'idea è quella della condivisione di spazi e servizi

Sharing Hotel Residence è un'innovativa struttura di housing sociale realizzata a Torino nel 2011 per rispondere alle esigenze di ospitalità temporanea in città, a costi calmierati, con un'attenzione particolare alla sostenibilità ambientale e all'efficienza energetica. Il progetto è stato realizzato grazie a una partnership tra diversi attori (Fondazione Crt, Sharing Srl, Oltre Venture, ecc.). Grazie a un'offerta commerciale altamente flessibile Sharing riesce a dare risposta alle esigenze abitative più differenziate, che spesso non trovano risposta nel mercato immobiliare privato a causa della temporaneità della permanenza (ad esempio lavoratori e studenti fuori sede) o di problemi economici (25 appartamenti sono riservati al Comune che li destina a cittadini in emergenza abitativa). Una delle principali finalità del progetto è quella di creare una comunità tra gli inquilini, in modo che possano sostenersi vicendevolmente attraverso la condivisione di spazi comuni e di numerosi servizi (doposcuola, sportello lavoro, ecc.) spesso aperti anche agli abitanti del quartiere. Sharing è anche parte del progetto di riqualificazione urbana che coinvolge l'intero quartiere, Pietra Alta, una zona popolare alla periferia nord di Torino. Lo stesso edificio è un esempio di recupero edilizio: una ex foresteria delle Poste inutilizzata da 20 anni che difficilmente sarebbe potuta essere convertita a nuovo uso o venduta sul mercato immobiliare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PREVENZIONE SEMAFORO ROSSO AL FUMO. DA RIDURRE GRASSI ANIMALI, FRITTURE E CARNI ROSSE

Il pomodoro alleato nella lotta contro il tumore alla prostata

●. Confermata una ricerca delle università di Chieti e Napoli pubblicata su Cancer Prevention Research che dimostra che il pomodoro riduce lo sviluppo dei tumori della prostata e i fattori infiammatori coinvolti nel processo tumorale prostatico. Il pomodoro va mangiato intero, con buccia e semi compresi, e cotto. Da ridurre grassi animali, frittture, carni rosse ed instaurare la dieta mediterranea. Inoltre, quotidiano eserci-

zio fisico (20-30 minuti). Il fumo di tabacco va proibito. Prevenzione ma anche aiuto da farmaci. Ultimi venuti, per la prostata, cabazitaxel, abiraterone acetato e enzalutamide. Tecnologie innovative: chirurgia e/o radioterapia, ormonoterapia, chemio, nuovi farmaci per la terapia avanzata, tra cui, dice il prof. Carmine Pinto, presidente eletto AIOM, l'opzione più importante, prima rivoluzione, è cabazitaxel, che contribuisce ad

aumento e qualità di vita".

MANUALE PER MEDICI -Annunciato il lancio della nuova versione online del Manuale Merck, disponibile ora anche sui dispositivi mobili (smartphone e tablet). La 19a versione del Manuale è disponibile online, gratuitamente per la classe medica, in esclusiva sul portale Univadis (www.univadis.it).

Nicola Simonetti

Aspirina protegge da cancro, -34% mortalità in 5 anni

L'assunzione regolare di aspirina protegge dal cancro. Lo ha dimostrato l'analisi di 8 studi, pubblicata su 'Lancet', su 23.535 pazienti trattati con il farmaco nelle dosi utilizzate per prevenire eventi cardiovascolari, con una riduzione della mortalità per tumori del 34% dopo 5 anni e del 20% dopo 20 anni. I dati emergono dal 30° Congresso della Società italiana di medicina generale (Simg) a Firenze. "Il 2014 - afferma Claudio Cricelli, presidente Simg - sarà l'anno della prevenzione cardiologica e oncologica promosso dalla nostra società scientifica. Recentemente numerose ricerche hanno ipotizzato che nella scelta dell'utilizzo dell'aspirina, soprattutto in chi non ha mai avuto eventi cardiovascolari, debbano essere considerati anche i potenziali benefici che potrebbero derivare in ambiti patologici apparentemente distanti da quello delle malattie cardiovascolari. Se, in precedenza, il miglioramento della prognosi era limitato a pazienti con tumore del colon-retto, oggi questi dati estendono i benefici ad altri tipi di cancro, agli adenocarcinomi in generale. La necessità di un periodo di latenza prima che l'effetto protettivo dell'aspirina cominci a estrinsecarsi - conclude Cricelli - indica una possibile interferenza del farmaco con i meccanismi di cancerogenesi".

(B.D.C.)

I farmaci venduti su Internet: contraffatti 7 su 10

LE TRUFFE

ROMA Due mesi, con un termine di scadenza entro il prossimo gennaio, per armonizzare le norme italiane a quelle europee in materia di farmaci venduti on line, che il più delle volte risultano contraffatti.

È la sollecitazione che arriva al nostro Paese dalla commissione Sanità del Parlamento Ue. E il presidente di Federfarma, Annarosa Racca, interviene sottolineando che «sette farmaci su dieci, tra quelli venduti tramite Internet, sono contraffatti». La commissione Sanità del Parlamento Ue ha inoltrato una richiesta affinché il nostro Paese adegui il proprio diritto interno alla direttiva comunitaria sulla falsificazione dei farmaci, come avrebbe già dovuto fare entro il 2 gennaio scorso.

Se fino a ieri si era abituati a medicinali per la disfunzione erettile o pillole per dimagrire contraffatti oggi il mercato dei falsi si è allargato a dismisura arrivando a contare anche anti-

tumorali, prodotti salvavita e antibiotici. Un affare mondiale: basta pensare che mille dollari investiti in eroina ne fruttano circa 20mila mentre se vengono dirottati verso medicinali contraffatti ne fruttano 400mila.

I CONTROLLI

In caso contrario, la commissione potrebbe deferire il caso alla Corte di giustizia della Ue. Oltre all'Italia anche Polonia, Slovenia e Finlandia, non hanno ancora introdotto misure di sicurezza armonizzate a livello europeo e in grado di assicurare un'identificazione più facile dei medicinali falsificati, oltre che un potenziamento dei controlli alle frontiere interne ed esterne.

UN'INDAGINE

Il tema è ben noto in Parlamento, dove numerose sono state le interrogazioni, e persino un'indagine conoscitiva realizzata durante la passata legislatura dalla commissione Sanità di Palazzo Madama, seguita da una proposta di legge che metteva in luce come all'Italia spetti «il primato di leader europeo della contraffazione e di terzo Paese

nel mondo, dopo Taiwan e Corea del Sud, con un giro di affari di 700 milioni di euro e 40.000 posti di lavoro in meno».

A luglio, infine, il Senato aveva approvato un ordine del giorno, rimasto lettera morta. Firmato dai senatori Pdl d'Ambrosio Lettieri e Mandelli, impegnava il Governo a «vietare la vendita

online dei medicinali soggetti a prescrizione medica, per garantire la sicurezza dei cittadini che potrebbero andare incontro a brutte sorprese acquistando, senza saperlo, farmaci contraffatti e pericolosi». «

LA NORMATIVA

Mi auguro - aggiunge Racca - che l'Italia recepisca quanto prima la normativa europea in termini di farmaci falsificati. In Italia la contraffazione di farmaci venduti in farmacia quasi non esiste. Il problema - spiega Racca - è online, su siti internet. La nuova normativa dovrà far sì che potranno vendere sul web solo i farmaci senza ricetta e solo da parte farmacie autorizzate».



Controlli su farmaci sospetti

IL PARLAMENTO EUROPEO BACCHETTA L'ITALIA PERCHÉ MANCA UNA LEGGE ANTI-RAGGIO



L'allarme

Farmaci on-line «Sette su dieci sono insicuri»

Monito dell'Unione Europea all'Italia «Adeguate subito le norme di vendita»

Tullio De Simone

Sette farmaci su dieci venduti via web sono contraffatti. Il richiamo a maggior criteri di sicurezza all'Italia arriva dalla commissione Sanità del Parlamento dell'Unione Europea. La sollecitazione, in tal senso, è stata chiara: «Due mesi, con un termine di scadenza entro il prossimo gennaio, per armonizzare le norme italiane a quelle europee in materia di farmaci venduti on-line». La conferma giunge anche dal presidente di Federfarma, Annarosa Racca, che interviene sul caso e avverte: «Sì, molti dei farmaci venduti su Internet sono falsi».

Il monito dell'Ue insomma, è esplicito, si chiede che il nostro Paese adegui il proprio diritto interno alla direttiva comunitaria 2011/62 sulla falsificazione dei farmaci, come avrebbe già dovuto fare entro il 2 gennaio scorso. In caso contrario, la Commissione potrebbe deferire il caso alla Corte di giustizia dell'Unione.

In questa direzione, oltre all'Italia, rischiano anche Polonia, Slovenia e Finlandia, che non hanno ancora introdotto misure di sicurezza armonizzate a livello europeo e in grado di assicurare un'identificazione più facile dei medicinali falsificati, oltre che un potenziamento dei controlli alle frontiere interne ed esterne.

Federfarma passa all'attacco: «Mi auguro - aggiunge la Racca - che l'Italia recepisca quanto prima la normativa europea in questo ambito. In Italia la contraffazione di farmaci venduti in farmacia quasi non esiste. Il problema è on-line - spiega ancora la presidente - dove sui siti internet vengono venduti dimagranti, farmaci per sportivi e per disfunzioni eretti-

li. La nuova normativa dovrà far sì che si potranno vendere sul web solo i farmaci senza ricetta e solo da parte di farmacie autorizzate, che dovranno essere tracciate e identificabili».

In Parlamento, il tema è noto. Numero- se e trasversali sono state le interrogazioni, così come un'indagine conoscitiva realizzata durante la passata legislatura dalla commissione Sanità di Palazzo Madama, seguita da una proposta di legge che metteva in luce come all'Italia «spetti il primato di leader europeo della contraffazione e di terzo Paese nel mondo, dopo Taiwan e Corea del Sud, con un giro d'affari di 700 milioni di euro e 40mila posti di lavoro in meno».

È l'esigenza di fare in fretta, in tal senso, è stata sottolineata dal senatore D'Ambrosio Lettieri che esorta il governo a intervenire presto «perché non siano vanificati gli sforzi di Commissione e Senato per contrastare il fenomeno illegale e dannoso per la salute dei farmaci on-line». A luglio scorso, infatti, il Senato aveva approvato un ordine del giorno, firmato proprio da d'Ambrosio Lettieri con Mandelli, con il quale s'impegnava il Governo a «vietare la vendita on-line dei medicinali soggetti a prescrizione medica, per garantire la sicurezza dei cittadini che potrebbero andare incontro a brutte sorprese acquistando, senza saperlo, farmaci contraffatti e pericolosi». Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sull'argomento già a settembre scorso aveva annunciato l'arrivo «di provvedimenti per chi vende sul web farmaci con obbligo di ricetta», anticipando che entro dicembre «sarà pronto un decreto».

Un decreto legislativo, nelle intenzioni dell'esecutivo, che dovrà contenere norme ancora più stringenti per impedire questo fenomeno su tutto il territorio nazionale del commercio di medicine in «Rete». In particolare, ha sottolineato

Il rischio

Due mesi di tempo per evitare il deferimento alla Corte di Giustizia europea

Il governo

Il ministro Lorenzin: «Entro dicembre un decreto con norme più severe»

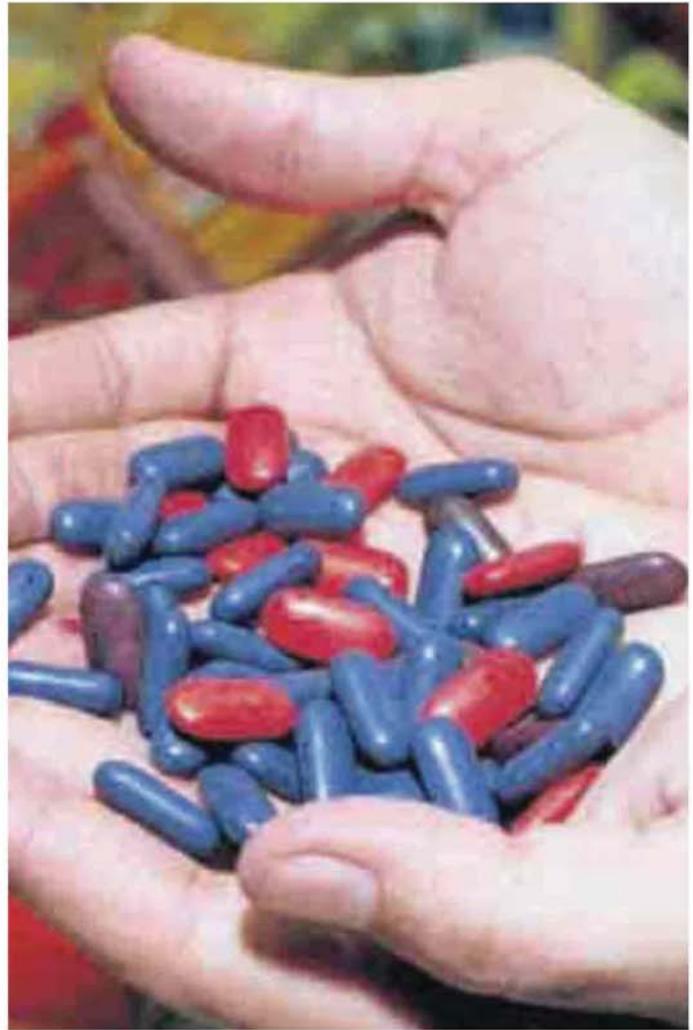
il ministro, «ciò si renderà necessario per ribaltare il divieto di vendita on-line e ribadire il divieto di vendita sul web di farmaci con l'obbligo di prescrizione». In passato non pochi i casi specifici sollevati all'attenzione del governo, sui quali, ha precisato la stessa Lorenzin «è stato attivato un tavolo interistituzionale con l'Antitrust, il ministero della Salute e quello dello Sviluppo economico e i Nas», mentre **Aifa** (l'agenzia nazionale del farmaco) da parte sua ha aperto un tavolo informale e avviato una specifica negoziazione per valutare quali misure sanzionatorie adottare. I rischi sulla sicurezza dei controlli e ancor prima sulla salute pubblica, sono svariati e sempre in agguato. In Italia è illegale vendere farmaci su Internet ma la «Rete», si sa, non ha ostacoli, e quindi da qualunque paese è possibile collegarsi con siti che propongono l'acquisto di medicinali. E lo sanno molti di coloro che ricevono, in tal senso, infiniti messaggi sulla loro posta elettronica. I siti «pirata», secondo gli esperti in materia, possono essere di tre tipologie: vi sono quelli in cui farmacie autorizzate vendono on-line nel rispetto delle norme vigenti in quello Stato, ma queste farmacie non possono comunque fare spedizioni in Italia; vi sono poi i siti di vendita on-line di farmacie «reali» ma non autorizzate alla vendita su internet.

E i server di questi siti sono generalmente collocati in paesi diversi da quelli dove risiedono fisicamente tali farmacie, che quindi non potrebbero fare spedizioni in alcun paese; infine, ci sono i siti di false farmacie che sono interessate al furto di dati informatici o alla vendita di medicinali contraffatti, e che rappresentano dunque, per tali motivi, le più pericolose per gli acquirenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il consumo di farmaci

Dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti



www.ecostampa.it



Maurizio Casasco, presidente della Federazione medico sportiva: alcune Regioni sorde sul fronte dei controlli

“Prevenire costa e molti fanno resistenza vogliono pure abolire i test sul cuore”

FRANCESCO SAVERIO INTORCIA

ROMA — **Maurizio Casasco**, presidente della Federazione medico sportiva italiana: a 19 mesi dalla tragedia di Morosini, un'altra morte sul campo di gioco. Stavolta il calcio piange un ragazzo di 14 anni, poco più di un bambino.

«Non conosco ancora i dettagli, è impossibile commentare. Più in generale, quando un atleta muore in una partita, la prima cosa che mi chiedo non è se ci fosse o meno il defibrillatore, ma piuttosto se il ragazzo avesse sostenuto la visita per l'idoneità sportiva. Nella categoria Giovannissimi sono obbligatori controlli da attività agonistica. Se in Italia l'incidenza delle morti sul campo è di una su 1,5 milioni, dieci volte inferiore al resto del mondo, è perché molte vite vengono salvate grazie all'attività di controllo».

Quanto può aver inciso l'assenza del defibrillatore?

«Dipende dai casi, questo andrà verificato. La presenza dell'apparecchiatura e di personale qualificato sono solo una tappa di un percorso più ampio, che parte dallo screening medico e prosegue con il protocollo del pronto soccorso sportivo, che serve a intervenire non solo in caso di arresto cardiaco ma anche di commozione cerebrale o altre emergenze specifiche».

Il decreto Balduzzi impone a tutte le società, professioniste e dilettanti, di dotarsi del defibrillatore semiautomatico. Da luglio, le società hanno 30 mesi di tempo per mettersi in regola. Non le sembrano tempi troppo lunghi?

«Sono termini massimi: non basta comprare le macchine, ma è necessario anche ottenere la patente per usarle, e la qualificazione del personale richiede tempo. In alcune realtà, come Lombardia e Veneto, siamo molto avanti nella formazione del personale. Altre Regioni, in-

vece, sono sorde: ci sono assessorati che neanche rispondono alle nostre richieste e proposte. Il decreto Balduzzi ha avuto un iter legislativo lungo, da settembre del 2012 fino a luglio 2013. E continua a incontrare resistenze in aula anche adesso».

Il defibrillatore semiautomatico, il personale qualificato, gli esami clinici, fanno lievitare i costi di gestione. E per molte piccole società è un problema.

«Abbiamo fatto tanto per introdurre questa norma, e ora c'è chi vuole alleggerirla. È francamente assurdo. Prendiamo l'attività preagonistica, che riguarda molti bambini: il decreto Balduzzi rende obbligatorio dell'elettrocardiogramma, ma un gruppo di parlamentari ha inserito un emendamento, nel Decreto del Fare, con cui l'ha reso facoltativo. Adesso, per fortuna, dovrà essere il ministero, con l'Ordine dei medici e il Consiglio superiore di sanità, a prendere una decisione definitiva. E tutta questa discussione per un esame che costa pochi euro e può salvare vite. Poi parliamo di regole e di prevenzione...».

Per pochi euro

Dopo Morosini abbiamo fatto tanto per introdurre nuove norme e c'è chi preme per alleggerirle e risparmiare pochi euro

L'ESPERTO

Maurizio Casasco, medico sportivo



Salute. Sterilizzazione fallita

Errore sanitario, prova rafforzata a carico dei medici

Selene Pascasi

/// Doppia prova a carico del medico accusato di inadempimento: deve dimostrare sia di avere assolto in modo esatto l'**obbligazione sanitaria**, sia di avere osservato i doveri informativi. Il paziente, infatti, deve solo provare l'esistenza del contratto e allegare un inadempimento qualificato, idoneo a produrre l'evento dannoso. Lo sottolinea la Cassazione con la sentenza 24109 del 2013.

Ad aprire la questione, la citazione in giudizio promossa da una coppia, nei confronti di un istituto di ricovero dove la donna aveva partorito, con taglio cesareo, il suo terzo bambino. In quell'occasione i sanitari le consigliano di procedere alla **sterilizzazione chirurgica** per evitare altre e indesiderate gravidanze. La signora si sottopone all'intervento ma, a distanza di qualche mese, resta nuovamente incinta di due gemelli, dato che, dopo l'intervento, non ha adottato alcuna precauzione. Di qui l'azione per responsabilità medica, visto il disagio, anche economico, dovuto alla crescita della famiglia e alla decisione della donna, divenuta necessaria, di lasciare il lavoro.

La domanda viene respinta dai giudici di merito e la coppia fa quindi ricorso per Cassazione. I giudici di appello - si legge nel ricorso - hanno bocciato la pretesa ritenendo che la donna non abbia provato il contenuto dell'obbligazione. Ma in realtà, afferma il legale della donna, è a carico dei sanitari dimostrare che il danno era dipeso da un evento imprevisto e imprevedibile. È stato violato, inoltre, l'obbligo informativo circa la possibilità che la sterilizzazione potesse avere esito negativo.

La Cassazione concorda. Il mancato raggiungimento del risultato - spiega la Corte - determina l'inadempimento quando deriva da una «non diligente prestazione» o da una «colpevole omissione dell'attività sanitaria». Inoltre, «l'inadempimento (o l'inesatto adempimento) consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla

diligenza richiesta, non solo con riguardo alla corretta esecuzione della prestazione sanitaria ma anche con riferimento a quei doveri di informazione e di avviso, definiti prodromici e integrativi dell'obbligo primario della prestazione».

Le ragioni dei coniugi, pertanto, sono fondate. Infatti, precisa la sentenza, rientra tra le comuni conoscenze di un ginecologo (ma non anche di una paziente) che la legatura delle tube eseguita in occasione di un parto cesareo non assicura l'irreversibilità della sterilizzazione. Di conseguenza, l'informativa dei sanitari non doveva esaurirsi in notizie generiche sull'operazione, ma doveva investire - visto l'obiettivo perseguito dalla donna - «i profili di incertezza» del-

LA RIPARTIZIONE

Il professionista è tenuto a dimostrare di aver agito correttamente rispettando al contempo gli obblighi di informativa

la sua definitività. Ai coniugi, invece, è stato fatto sottoscrivere un modulo nel quale sono stati informati «dell'irreversibilità dell'intervento». Un'informativa, afferma la Cassazione, non solo «inesatta» ma anche «fuorviante», tanto da «incidere in maniera determinante sul valido e corretto processo formativo della volontà» della coppia in relazione alla scelta del momento, e del contesto operatorio, in cui eseguire l'intervento.

Del resto, la Corte d'appello non ha accertato l'assolvimento del dovere d'informazione, ma si è limitata a sostenere che la notizia corretta sulla possibilità d'insuccesso «potrebbe esserci stata», senza chiarire però da quali elementi avesse tratto tale ipotesi e per quale ragione questi elementi avessero valenza probatoria. I giudici di legittimità cassano quindi la sentenza, con rinvio per un più approfondito esame del caso.





Sanità e spending review Il bisturi di Cottarelli

Gli sprechi della spesa sanitaria sono un interesse primario? Oppure sono un interesse del primario? Negli ultimi tempi, tra supposte, purghe e medicine anti meteorismo, la sanità è guarita da molti mal di pancia. Al punto che l'ultima Legge di Stabilità non ha effettuato tagli, dopo le 11 misure prese in soli sei anni (come ricorda il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi nell'intervista a pagina 27). Secondo l'ultimo rapporto Cies-Crea dell'Università Tor Vergata di Roma, nel 2011 la spesa sanitaria pro capite in Italia è stata inferiore al 23,9% rispetto alla media dei Paesi dell'Ue. Inoltre, il disavanzo di esercizio è passato, tra il 2005 e il 2011, da 5,7 a 1,3 miliardi. In tempi di spending review è facile immaginare però che l'équipe di Carlo Cottarelli andrà a fare un check-up completo dei circa 110 miliardi di dotazione del Servizio sanitario nazionale. Tra le possibili radiografie ce ne è una nota soltanto per i titoli shock dei giornali sulle differenze di prezzo delle siringhe in Italia (chi dice il 177%, chi triplica o decuplica questa percentuale). È la spesa per gli strumenti o i dispositivi (aghi, fibrillatori, Tac, protesi all'anca e così via). La cosa funziona più o meno così: ogni Regione ha o dovrebbe avere una centrale di acquisto, guidata da una commissione tecnica, che registra i fabbisogni di Asl e Aziende ospedaliere e procede a una gara, effettuata però dalla Consip. Pare logico pensare che se si eliminasse il livello intermedio e si arrivasse a capitolati unici, per tutto il territorio italiano, gestiti direttamente dalla stessa Consip, ci potrebbero essere dei risparmi. Anche consistenti, grazie a un marketplace nazionale delle varie apparecchiature tecniche. Ma sorgerebbero due problemi: che fare del personale delle centrali d'acquisto e come ricollocarlo? E soprattutto: come conciliare nel rapporto con i fornitori Regioni virtuose che pagano a un mese e quelle sottoposte ai piani di rientro che saldano le fatture a babbo morto? Se Cottarelli trovasse una soluzione, anche il bisturi della spending review per gli altri settori potrebbe costargli un po' di meno.

 [twitter @FabioMDeRossi](https://twitter.com/FabioMDeRossi)

Il cibo nel cervello fa ingrassare



Pensare al cibo prima di mangiare stimola la nostra fantasia nel trovare molte buone ragioni per mangiare di più o male e compromettere tutti i buoni propositi circa la dieta: questo è uno dei motivi per cui poi ingrassiamo

Il cibo fa ingrassare anche se è solo nel cervello o, meglio, nella mente. Sì, perché il pensiero focalizzato su questo ancora prima di mangiare – o anche solo poco prima – può compromettere tutti i buoni propositi circa la dieta e gli obiettivi che ci si era proposti.

Anche solo immaginato, il cibo può dunque farci ingrassare suggerisce una nuova analisi sistematica di 50 studi pubblicata sul *Journal of Personality and Social Psychology* e condotta dalla dott.ssa Jessie De Witt Huberts e colleghi dell'Università di Utrecht (Paesi Bassi), i quali ritengono che noi esseri umani siamo razionalizzatori esperti quando si tratta di trovare un motivo per mangiare di più.

La dott.ssa Huberts è convinta che le persone sappiano essere molto creative in certi casi. Quando si tratta di cibo, si trovano le ragioni più assurde ma convincenti, arrivando per esempio a giustificare la fetta di torta che ci si è appena spazzolata perché “è stata una giornata dura”. Altre motivazioni classiche sono “farò dieta da domani”, “era un'occasione speciale”, o che era davvero “scortese rifiutare”.

Il rischio, secondo i ricercatori, è che questi processi di giustificazione diventino la norma e ci prendano la mano. La strada, in questi casi, è tutta in discesa. Le ragioni, le giustificazioni difatti sono spesso applicate ad hoc e intaccano le regole che ci si era imposti o che fanno parte di un programma di salute.

A concorrere poi nello scegliere comportamenti malsani non sono solo le delusioni o lo stress, ma anche le emozioni positive: per esempio vi è un crescente corpo di ricerca che ha trovato come le giustificazioni alla trasgressione nella dieta arrivino a seguito di situazioni gratificanti come l'aver svolto un buon lavoro, un successo sul lavoro o nella vita, il ricevere dei feedback positivi dagli altri: in tutti questi e altri casi simili i ricercatori hanno scoperto che le persone tendono a “premiarsi” scegliendo un cibo malsano o spazzatura, piuttosto che uno ritenuto sano.

Insomma, c'è sempre un motivo valido per essere indulgenti con se stessi e, come direbbe qualcuno a giustificazione, d'altronde si vive una volta sola.

Esercizio fisico, ogni singolo minuto conta

Anche un'attività che ci impegni appena otto-dieci minuti per volta aiuta a perdere peso, a patto che sia intensa

NOTIZIE CORRELATE

FORUM - Nutrizione

Manca il tempo. La scusa più frequente di chi non riesce a fare abbastanza esercizio fisico è questa, ma ora una ricerca pubblicata sull' dimostra che è una scappatoia in cui non è il caso di rifugiarsi: bastano anche piccole sessioni di attività fisica intensa, otto-dieci minuti alla volta, per ridurre il peso e mantenersi in forma.

STUDIO - I dati arrivano da un'indagine condotta su circa 4.500 uomini e donne adulti che partecipavano al National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) statunitense, un programma nazionale americano che dal 1999 raccoglie dati sulla salute, le abitudini e la dieta di migliaia di persone. Fra il 2003 e il 2006 i partecipanti hanno indossato un accelerometro per sette giorni consecutivi, così da raccogliere informazioni sul livello di attività fisica; i ricercatori perciò hanno potuto esaminare a fondo quanto e come si sono mossi i volontari, suddividendo la tipologia di movimento in quattro diverse categorie (periodi ad alta intensità superiori ai 10 minuti, sessioni ad alta intensità inferiori ai 10 minuti, periodi a bassa intensità lunghi più di 10 minuti e a bassa intensità più brevi di 10 minuti). Quindi hanno confrontato l'attività fisica svolta con l'indice di massa corporea, per capire come il moto in tutte le sue forme influenzasse il peso.

ALTA INTENSITÀ - Ebbene, i ricercatori si sono resi conto che ogni minuto di attività fisica conta, letteralmente: «Questo è vero per gli uomini ma forse ancor di più per le donne - spiega Jessie X. Fan, responsabile della ricerca -. Per ciascun minuto speso in attività fisica di intensità elevata si registra una riduzione di 0,7 del valore di indice di massa corporea; detta in altri termini, ogni minuto di esercizio fisico intenso corrisponde a una perdita di calorie pari a circa 200 grammi. C'è di più: per ciascun minuto di movimento "energico" il rischio di obesità si riduce del 5 per cento nelle donne, del 2 per cento negli uomini. Questo significa che l'intensità del moto conta più della durata: un minuto di attività intensa incide sempre sul peso corporeo, che sia inserito in un allenamento prolungato o entro un breve episodio di moto, come potrebbe essere salire le scale a piedi o raggiungere la macchina in un parcheggio più distante camminando a velocità sostenuta». Questi dati sono rilevanti soprattutto perché, come segnalano i ricercatori, la maggioranza della popolazione non raggiunge gli obiettivi di movimento consigliati dai medici: meno del 5 per cento degli statunitensi fa attività fisica per almeno 150 minuti a settimana, in Italia secondo il Ministero della Salute il 30 per cento della popolazione è del tutto sedentario e perciò ben lontano dai 30 minuti al giorno di attività moderata che sarebbero il minimo sindacale secondo le linee guida italiane. «Sapere che anche un breve sforzo può servire a contenere il peso può essere d'aiuto e di sprone a molti, specialmente alle donne che mediamente sono ancora meno attive degli uomini», conclude Fan.

Trend Le proiezioni al 2050 nel paper del «Barilla Center for Food and Nutrition» presentato a Milano

Spesa pubblica La minaccia dell'obesità

La cura di persone sovrappeso rischia di portare al 10,6% del Pil il budget sanitario. Il campanello d'allarme suona anche per i bimbi. Un euro in prevenzione ne vale tre

DI FAUSTA CHIESA

Le casse dello Stato? Rischiano di rimanere schiacciate dal peso degli obesi. Quando si parla di sostenibilità della spesa sanitaria pubblica, le proiezioni si concentrano sull'impatto della componente demografica e di quella economica. Ma c'è una variabile altrettanto importante, che — se trascurata — rischia di mandare fuori controllo il sistema nei prossimi decenni: è l'obesità. Le stime, contenute in un paper del Barilla Center for Food and Nutrition, che il 26 e 27 novembre organizza all'università Bocconi di Milano il 5° Forum mondiale sulla nutrizione e l'alimentazione, sono chiare: gli obesi incidono sulla spesa sanitaria più del previsto.

I numeri

Ecco i calcoli e lo scenario. Nel 2010 la spesa per la sanità

(113,5 miliardi di euro) era pari al 7,3% del Pil, nel 2050 la percentuale sul Prodotto interno lordo salirà al 9,7% (281,5 miliardi). Questo, se ci si basa sull'ipotesi che il quadro epidemiologico (cioè la frequenza e la ricorrenza delle malattie) non cambi. Il fatto è che non sarà così, perché le persone obese e in sovrappeso sono destinate ad aumentare, in Italia molto più che in altri Paesi europei. «L'Italia è sotto la media Oece per l'obesità degli adulti — spiega Camillo Ricordi, membro dell'Advisory Board del Barilla Center for Food and Nutrition, scienziato e direttore del centro sul diabete all'università di Miami —. Ma preoccupa l'obesità infantile: il tasso di bambini italiani in sovrappeso è del 31,6%, appena sotto quello degli Stati Uniti e più del doppio rispetto alla Francia. Si tratta di un vero campanello d'allarme».

Altro che dieta mediterranea. Tra junk food e sedentarietà, l'Italia è diventata inso-

spettabilmente uno dei Paesi più a rischio. I bambini obesi sono l'11% della popolazione. Si stima che il numero di persone adulte sovrappeso aumenterà del 2,4% medio annuo fino al 2025 e del 2,8%

medio annuo dal 2025 al 2050. A causa delle conseguenze probabili dell'obesità (malattie cardiovascolari, diabete, alcuni tumori) si ipotizza che il costo sanitario di una persona adulta obesa sia in media 1.400 euro superiore rispetto alla media pro-capite. Incrociando i dati, si arriva a una previsione al 2050 che porta a un maggior onere per circa 24,3 miliardi, con un'incidenza della spesa sanitaria sul Pil pari a circa il 10,6%. «A livello politico ci si sveglia quando c'è l'emergenza — commenta Camillo Ricordi — ma la situazione è tale da imporre subito un impegno collaborativo tra politica, industria, scuole e famiglie. Ogni euro investito in prevenzione

significa tre euro di risparmi in spesa sanitaria futura. Ma non sono risultati a breve termine e ci vuole uno sforzo collettivo».

Cura

Prevenire è (anche economicamente) meglio che curare. Ma che cosa fanno i governi per la prevenzione? I paesi europei stanno intensificando gli sforzi per incoraggiare un'alimentazione sana e uno stile di vita attivo con iniziative rivolte ai bambini in età scolare, come l'introduzione di cibi sani nei menu scolastici e nei distributori automatici, programmi di educazione alla salute e messaggi di promozione che incoraggiano l'uso della bicicletta o gli spostamenti a piedi. «Una simile strategia — riporta il paper — costerebbe non più di 15 euro in Giappone e nel Regno Unito, 17 euro in Italia e 24 euro in Canada, una quota infinitesimale, quasi impercettibile, della spesa sanitaria di questi Paesi, che costituirebbe solo

L'evento

Il 26 e 27 novembre all'università Bocconi di Milano, il Barilla Center for Food and Nutrition organizza il 5° Forum mondiale sulla nutrizione e l'alimentazione. Esperti mondiali e opinion leader offriranno la loro visione sul cibo, sulla nutrizione e sulla sostenibilità.

una piccola parte di quel 3% di spesa sanitaria che i Paesi Ocse spendono in media in prevenzione».

Al contrario, i governi sono tendenzialmente refrattari a ricorrere a strumenti normativi o fiscali, soprattutto per il timore di un conflitto con le industrie. «Personalmente sono, invece, piuttosto favorevole alle leve fiscali — conclude Ricordi —. Ci sono cibi e bibite che contengono ingredienti poco sani (eccesso di sale o

zuccheri, grassi trans) spesso introdotti allo scopo di farne aumentare il consumo. Tassarli potrebbe un modo per disincentivare il consumo e finanziare le spese pubbliche per sovvenzionare alimenti più in linea con l'alimentazione corretta». Non è un caso se — dopo quella contro il fumo — la prossima class action negli Stati Uniti potrebbe essere verso alcuni componenti dell'industria alimentare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Studio Camillo Ricordi, advisory board Barilla center

TROPPO SPORT DANNEGGIA BENESSERE ADOLESCENTI

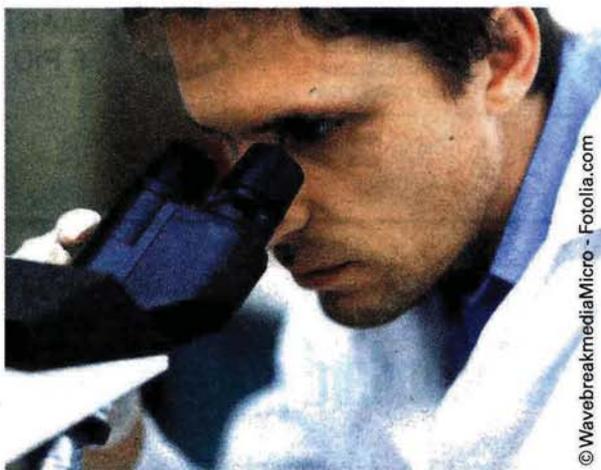
(AGI) - Londra, 25 nov. - Gli eccessi fanno male anche quando si tratta di sport: un nuovo studio pubblicato online sugli Archives of Disease in Childhood ha dimostrato che troppo sport settimanale puo' provocare danni sulla salute negli adolescenti. I risultati della ricerca, condotta dal Centre Hospitalier Universitaire Vaudois in Svizzera su un campione di piu di milleduecento adolescenti, hanno identificato il limite massimo benefico per le attivita' sportive settimanali in quattordici ore di sport, il doppio della raccomandazione ufficiale di sette ore per questa fascia di eta'. Il benessere fisico e mentale e' stato valutato sui criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanita' su una scala da 0 a 25. Un punteggio inferiore a 13 e' stato associato a scarso benessere. Rispetto ai ragazzi del gruppo a media attivita' (3,6-10,5 ore settimanali), gli adolescenti nei gruppi ad attivita' bassa (0-3,5 ore) e molto alta (piu' di 17,5 ore) avevano piu' del doppio delle probabilita' di ottenere un punteggio inferiore a 13. Quelli nel gruppo ad alta attivita' (tra 10,6 e 17,5 ore) avevano, invece, circa il cinquanta per cento in meno delle probabilita' di raggiungere punteggi inferiori a 13.

■ **SANITÀ LOMBARDA** / Il 70% della spesa è rivolta al 30% dei cittadini

Necessario ridurre i costi inutili

Nel complesso, tuttavia, il sistema è sempre più efficiente

Risale a fine ottobre l'annuncio, da parte del presidente della Regione Lombardia Roberto Maroni, dello stanziamento di 650 milioni di euro per la Sanità lombarda. Ulteriori vantaggi arriverebbero dall'applicazione dei costi standard che, sostiene sempre Maroni, consentirebbero di recuperare le risorse necessarie a ridurre già nel 2014 il ticket sanitario. Intanto la fotografia della sanità lombarda, offerta dalle Linee di evoluzione presentate a fine settembre, è quella di un sistema sempre più efficiente, ma che necessita ancora di interventi a livello organizzativo per ridurre i costi inutili e recuperare risorse da dedicare alle nuove necessità imposte, fra l'altro, dall'invecchiamento della popolazione. Sono anziani (dai 65 anni in su) il 20,1% dei lombardi, con un indice di vecchiaia del 141,1 e un indice di dipendenza (rapporto tra gli over 65 e la popolazione attiva) del 30,5%, che sarà il 54,5% nel 2050. Il 70% della spesa sanitaria lombarda infatti è rivolta a circa il 30% dei cittadini, 3 milioni di persone. Sono invece 600 mila e in crescita



© WavebreakmediaMicro - Fotolia.com

i malati cronici, non autosufficienti o con gravi disabilità. Ecco perché le Linee uscite dalla Consulta della Regione auspicano il superamento della logica della prestazione, verso la creazione di "percorsi" di cura e lo sviluppo di una "cultura dell'assistenza territoriale", per assecondare il progressivo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio (ambulatorio). La sanità lombarda può contare su 37 mila posti letto distribuiti in 29 aziende ospedaliere e 80 case di cura

private, 5 Irccs pubblici, dotati di 99 presidi, e 20 privati a contratto; 3,8 posti letto ogni mille abitanti. La tendenza è a una maggiore efficienza, lo conferma il dato sulla riduzione del 26% dei ricoveri inappropriati, nell'arco di 15 anni, nonostante l'invecchiamento della popolazione. Si è verificato contestualmente anche un aumento della complessità dei casi trattati, a conferma della necessità di rivedere l'organizzazione del sistema in funzione delle nuove necessità.

