



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Dopo il rinvio della scorsa settimana il consiglio regionale approva le modifiche all'unanimità

## Registro tumori, c'è la legge Coordina l'istituto 'Pascale'

*Insorge il Pd: un elenco per Asl più il pediatrico, sarà il caos*

**CASERTA (mb)** - Stavolta **Stefano Caldoro** ha vinto facile, le polemiche c'erano già state la settimana scorsa, quando il consiglio regionale sul registro tumori fu improvvisamente annullato. Ieri, invece, 47 consiglieri su 47 hanno approvato le modifiche alla legge istitutiva dello strumento. Tra queste, il potenziamento delle attività del Coordinamento del Registro tumori all'Istituto Pascale e l'affidamento del Registro Tumori infantile al Santobono-Pausilipon. Sebbene nessuno abbia mai visto un dato, tanto da scatenare aspre proteste, il Governatore e i suoi hanno continuato a ribadire, nel corso della seduta consiliare, che "i registri sono stati istituiti nel 2012, con una legge regionale, da Stefano Caldoro, allora commissario ad acta per la sanità, per monitorare l'andamento dei tumori e rilevare le aree a maggiore o minore rischio. La Campania è, insieme con Veneto, Friuli Venezia Giulia e Umbria, una delle poche regioni che si è già dotata di questo strumento". Come al solito, ai cittadini campani sono state propinate le solite mezze verità: i registri saranno pure stati istituiti due anni fa, ma solo sulla carta. Il presidente della commissione Sanità **Michele Schiano di Visconti** (Fi) ha annunciato che "avvieremo una verifica trimestrale per accertare il funzionamento di questi strumenti".

*"Il rafforzamento del Registro Tumori è stato un importante passo in avanti, ma ritengo sia ugualmente indispensabile adesso mettere in condizione i Dipartimenti di Prevenzione di operare in modo ordinario, al fine di svolgere pienamente la loro funzione di strutture operative volte a promuovere attività di tutela della salute e di prevenzione primaria in tutte le realtà in cui questa è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, intervenendo con azioni dirette a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia",* ha detto **Anita Sala**, consigliere di Centro democratico. **A Schiano di Visconti** ha richiesto un'audizione urgente con gli operatori presenti nei Dipartimenti di Prevenzione, "perché ritengo che il carattere di interdisciplinarietà di questa macrostruttura possa fornire risposte integrate a un problema che necessita di uno sguardo d'insieme".

Decisamente più duro il commento del Pd che ha invece parlato di compromesso: "Questa non è la legge che volevamo, poiché al suo interno sono contenute diverse criticità. Infatti saranno sette le Asl che dovranno compilare un proprio registro tumori, e a

queste si aggiunge il Santobono che è chiamato a redigere il registro infantile".

L'idea dei democrat era quella di avere un unico registro dei tumori regionale a cui si interfacciassero le Asl così come accade nelle altre regioni. Inoltre avevano chiesto di destinare un ruolo centrale all'Istituto Pascale invece si è voluto optare per l'istituzione di tre comitati, al posto di una unica figura terza, che dovranno sovrintendere alla raccolta e alla gestione dei dati. "Una frammentazione dei ruoli pericolosa e che potrebbe portare a lungaggini e conflitti di competenze. Ma, con senso di responsabilità - continuano - abbiamo consentito che arrivasse in aula oggi per non privare i cittadini campani di uno strumento divenuto indispensabile".

Immancabile la replica dei caldoriani: "E' evidente che il Pd, che in questa vicenda è stato a dir poco ininfluente, tenta ancora una volta di stravolgere la verità e fare disinformazione - afferma **Giuseppe Maisto** - sulla salute dei cittadini non si accettano né si propongono mediazioni, Il Pd non deve più immaginare che la Sanità possa essere ancora considerato terreno di contesa politica".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MICHELE SCHIANO**



**ANITA SALA**



# Dal ticket ai referti ospedalieri ecco come funziona l'osservatorio

## La mappa

Così vengono raccolte e incrociate le informazioni sulle diagnosi di neoplasia

**Maria Pirro**

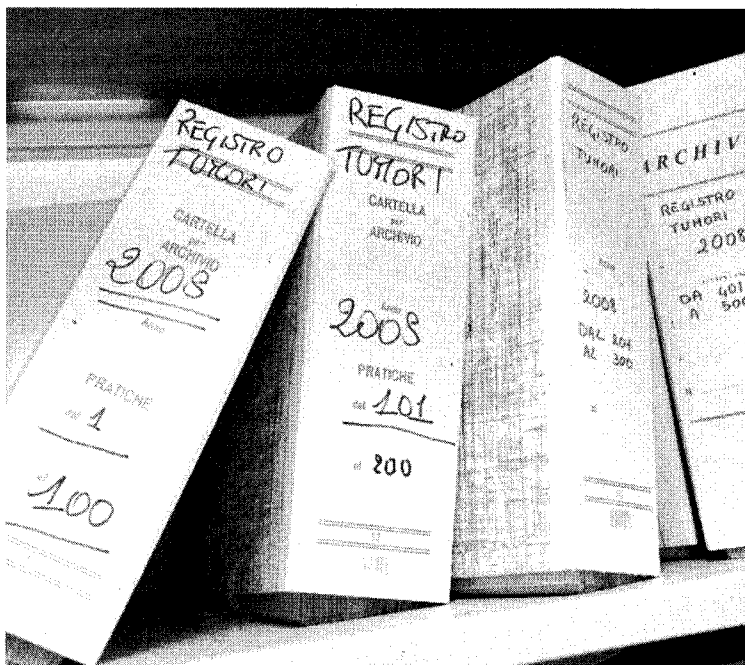
Il primo registro tumori nel 1976: fu istituito a Varese. Ma, a distanza di 38 anni, se ne contano altri 42. Da Taranto a Napoli. «In particolare nel Sud, sono in aumento le attività di osservazione anche sotto la spinta dell'allarme ambientale per la salute» dice l'epidemiologo Emanuele Crocetti, segretario di Airtum, l'associazione che coordina il monitoraggio e sostiene la ricerca, nazionale e internazionale. Al medico «Il Mattino» ha chiesto di rispondere a 10 domande per spiegare il «senso operativo» delle modifiche alla legge approvate ieri dal consiglio regionale della Campania.

### 1. Cos'è il registro tumori

È un sistema per raccogliere informazioni sulle nuove diagnosi di neoplasia, utilizzando più fonti sanitarie e amministrative. Dalle schede di dimissioni ospedaliere ai referti di anatomia patologica, dai certificati di morte agli attestati di esenzione dai ticket per patologia. Incrociando i dati raccolti, si cerca di capire quali e quanti tumori insorgono, in che modo colpiscono la popolazione in un'area ben definita.

### 2. A cosa serve

L'obiettivo è quello di quantificare la frequenza e l'incidenza dei tumori, definendone l'andamento temporale, le caratteristiche e l'esito. E valutare il percorso diagnostico-terapeutico. Lì dove c'è il registro i tumori vengono infatti contati uno a uno.



**Registri** Ci vorranno tra due e tre anni per la piena operatività

### 3. Classifica e risvolti clinici

I casi clinici vengono codificati nei singoli registri secondo le regole della classificazione internazionale delle malattie per l'oncologia. La qualità delle informazioni raccolte è controllata prima e dopo l'invio alla banca dati nazionale Airtum. Ciò significa rendere possibile un confronto sull'andamento epidemiologico. La pubblicazione del report, che avviene a cadenza almeno annuale, può offrire un supporto oggettivo nella programmazione sanitaria. Tuttavia, le procedure fanno sì siano necessari almeno due-tre anni di lavoro per produrre i dati.

### 4. Banca dati e monografie

I dati sono consultabili da tutti i cittadini sul sito [www.registro-tumori.it](http://www.registro-tumori.it), sotto forma di monografie tematiche oppure interrogando la banca dati. L'associazione Airtum

ha il più grande archivio nazionale ospitato nell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze. Lì sono già depositate 971.154 certificati di morte e 2.113.378 schede su tumori maligni diagnosticati nel periodo 1968-2010.

### 5. Chi gestisce i registri

In Italia si contano 43 registri Airtum, strutturati su base comunale, provinciale e regionali, gestiti dalle Asl oppure dalle aziende ospedaliere universitarie.

### 6. Dove mancano e perché

Non tutte le regioni hanno almeno un registro Airtum: mancano all'appello Basilicata, Molise, Abruzzo e Valle d'Aosta. A ostacolare l'attività dei registri è stata anche la normativa sulla privacy: solo dal dicembre 2012 una legge ha risolto la questione del trattamento dei dati personali.

### 7. La popolazione monitorata

Il 47% della popolazione italiana è sotto osservazione. Con queste variazioni geografiche: Nord Ovest (55%), Nord Est (69%), Centro (26%), Sud e Isole (40%).

### 8. La copertura totale

Il primato è condiviso da 3 regioni. Copertura totale in Umbria, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige.

### 9. Così in Campania

Tre registri tumori sono già attivi: a Napoli, Salerno e Caserta. I primi due fanno parte della rete Airtum; quello di Caserta sta completando la fase di registrazione dei dati riferiti al triennio 2008-2010. Con la legge voluta dal governatore Stefano Caldoro è prevista una Rete regionale, con un registro tumori per ogni provincia.

### 10. Perché il registro pediatrico

Tutti i registri generali segnalano anche i casi pediatrici, ma solo 2 su 43 (in Piemonte e Marche) sono dedicati all'incidenza dei tumori tra i bambini. Il monitoraggio specifico consente un'analisi più dettagliata ed è in partenza anche in Campania.

”

### La Campania

Tre elenchi provinciali già sono operativi nel capoluogo a Salerno e Caserta

”

### La privacy

Una legge del 2012 ha sbloccato la questione del trattamento dati

MINISTERO DELLA SALUTE

## Piani di rientro, il bilancio degli ultimi tre anni

Dal 2009 al 2012 l'ospedalizzazione è diminuita in tutte le otto Regioni alle prese con i piani di rientro, ma quattro Regioni su otto - Lazio, Molise, Campania e Puglia - restano sopra il valore di riferimento stabilito dal Dl 95/2012 (legge 135/2012, la spending review). Sempre in quattro Regioni - Lazio, Molise, Abruzzo e Piemonte - il numero di posti letto per acuti è ancora superiore al valore di riferimento (3,7 per mille residenti), con un picco di 4,5 letti nel Lazio, a causa «di un eccesso di posti letto per le acuzie». Ma l'inappropriatezza si riduce ovunque. È anche l'erogazione complessiva dei Lea, oggetto di verifica del Comitato Lea, migliora dappertutto, tranne che in Campania dove «si mantiene sotto la soglia di adeguatezza nell'intero periodo considerato».

Il punto sul triennio arriva dall'Ufficio Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas) della Direzione generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, nell'ambito delle attività di affiancamento alle Regioni con Piano di rientro.

Il Siveas ha pubblicato i risultati del monitoraggio sostanziale (erogazione dei Lea e costi) per il periodo 2007-2012 e, per la prima volta, per ciascuna delle Regioni in Piano di rientro (Abruzzo, Calabria, Campa-

nia, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia) ha reso disponibile una scheda di sintesi della verifica Lea che fotografa i risultati raggiunti nel triennio e il trend 2009-2012. Oltre alla sintesi, sono inoltre pubblicate le schede di dettaglio del monitoraggio sostanziale dal 2007 al 2011, suddiviso in tre sezioni (analisi farmaceutica, analisi ospedaliera, analisi territoriale).

La Regione con più "dischi verdi" (le schede sintetiche mostrano con un "semaforo" i progressi rispetto ai parametri di riferimento) è il Piemonte, le cui uniche criticità sono i posti letto e gli hospice.

Quella con più dischi rossi è invece la Campania, che ha ancora molto da lavorare sul fronte dell'assistenza territoriale e in particolare sull'Adi, sui letti in Rsa, sugli hospice e sulle residenze per i pazienti con problemi di salute mentale. Insufficienti anche gli screening, con una quota bassa di residenti che hanno effettuato gli esami programmati, lacuna ben nota presente in tutte le altre Regioni del Mezzogiorno. Che condividono anche (soprattutto Calabria, Puglia e Sicilia), le stesse difficoltà nell'implementazione dell'assistenza territoriale.

Lazio, Sicilia e Puglia sono stabili nei valori di riferimento per ogni indicatore considerato o tendono al

miglioramento, mentre per le altre Regioni ci sono alcune criticità. Per l'Abruzzo a esempio si allontana dal valore di riferimento il numero di posti letto per l'acuzie e in assoluto è minore il "voto" complessivo nell'erogazione dei Lea. Per la Campania peggiora l'incidenza del day hospital sul totale dei ricoveri. In Calabria non tende a migliorare il dato sui posti letto per acuzie, mentre anche in Molise a non andare è l'incidenza del day hospital sui ricoveri. In Piemonte, infine, il problema non è nell'ospedale, ma sul territorio e ad allontanarsi dal valore di riferimento è soprattutto la percentuale di anziani in assistenza domiciliare integrata.

**Red.San.**

L'emendamento al dl 145/2013 amplia il meccanismo per l'impresa in credito con la p.a.

## Compensazioni, nessun vincolo Qualunque somma iscritta a ruolo potrà essere utilizzata

DI BEATRICE MIGLIORINI

**C**ompensazioni senza vincoli per le imprese. Nel 2014 potranno portare in compensazione tutti i tributi iscritti a ruolo in presenza di un credito certificato nei confronti della pubblica amministrazione. Addio, quindi, al limite dei tributi erariali e alla necessità della notifica della cartella esattoriale entro il 31 dicembre 2012. Spetterà poi al ministero dell'economia e delle finanze emanare l'apposito decreto attuativo entro 90 giorni. Ha trovato, quindi, conferma, nel corso delle votazioni che si sono svolte, ieri, in Aula a Montecitorio l'emendamento riformulato dal governo all'art. 12 del dl 145/2013 (Destinazione Italia) (si veda *ItaliaOggi* del 8 febbraio 2014).

**Compensazioni svincolate.** Compensazioni senza vincoli per le imprese titolari di un credito certificato nei confronti della pubblica amministrazione. Queste, infatti, potranno ottenere la compensazione di tutte le somme iscritte a ruolo senza distinzione, qualora la somma

**Così l'emendamento approvato**

Sostituire il comma 7-bis, con il seguente:

7-bis. Con decreto del ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il ministro dello sviluppo economico, da emanare entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, le modalità per la compensazione, nell'anno 2014, delle cartelle esattoriali a favore delle imprese titolari di crediti non prescritti, certi, liquidi ed esigibili, per somministrazione, forniture, appalti e servizi, anche professionali, maturati nei confronti della pubblica amministrazione e certificati secondo le modalità previste dai decreti del ministro dell'economia e delle finanze 22 maggio 2012 e 25 giugno 2012, pubblicati, rispettivamente, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 143 del 21 giugno 2012, e n. 152 del 2 luglio 2012, qualora la somma iscritta a ruolo sia inferiore o pari al credito vantato. Con il decreto di cui al primo periodo sono individuati gli aventi diritto, nonché le modalità di trasmissione dei relativi elenchi all'agente della riscossione.

sia inferiore o pari al credito vantato. Resta da vedere, però, su quali fronti deciderà di agire il Mef. Posta la necessità del «rispetto dei vincoli di finanza pubblica», previsti dall'emendamento stesso, spetterà al decreto individuare «gli aventi diritto, nonché le modalità di trasmissione dei relativi elenchi all'agente della riscossione». Resta, però, il fatto che per tutto il 2014 almeno, viene riposta in soffitta la disciplina attuale in

base alla quale sono compensabili solo i crediti certificati non prescritti, certi, liquidi ed esigibili verso lo stato, regioni e province autonome, enti locali, enti del Servizio sanitario nazionale per aver effettuato somministrazioni, forniture e appalti, con debiti tributari (dello stato, delle regioni e degli enti locali), previdenziali e assistenziali oggetto di cartelle di pagamento di Equitalia, di accertamento esecutivo dell'Agenzia delle entrate e di

avviso di addebito dell'Inps, notificate entro il 31 dicembre 2012. Addio, inoltre, al meccanismo in base al quale le imprese potevano agire in compensazione solo nei confronti della p.a. con cui vantavano un credito.

**Le reazioni.** Soddisfazione su tutti i fronti ma necessità di vigilare sull'operato del Mef. Questo il clima con cui è stata accolta l'approvazione da parte dell'Aula dell'emendamento riformulato. E se da parte

del primo firmatario della proposta di modifica, **Mattia Fantinati (M5s)**, «la nuova formulazione dona ancora più ossigeno alle imprese, ma resta la necessità di vigilare sull'operato del Mef», per i relatori al testo del dl 145, **Raffaello Vignali (Ncd)** e **Itzhak Yoram Gutgeld (Pd)**, «spetterà al ministero dell'economia e delle finanze, con apposito decreto, definire i dettagli. Faremo attenzione, però, a che questi dettagli non rendano nulla l'effetto della norma». Sulla stessa lunghezza d'onda anche Confcommercio (Confederazione dei commercianti), secondo cui «la compensazione dei crediti commerciali vantati dalle imprese nei confronti della p.a. è una misura certamente condivisibile ma deve essere estesa a tutte le imprese, non solo quelle che si trovano in una situazione di contenzioso con l'amministrazione. È, inoltre, necessario vigilare sull'operato del ministero dell'economia affinché non vengano posti paletti nel caso si renda necessario rispettare l'equilibrio della finanza pubblica».

—● Riproduzione riservata —●

Oasi 2013:  
Ssn risparmiato

A PAG. 6-7

OASI 2013/ Il sistema sanitario è tra quelli che spendono meno e con risultati migliori

# Vizi e virtù di un Ssn risparmiato

Troppa variabilità regionale ma su alcuni aspetti i risultati sono tra i migliori d'Europa

**L**a spesa sanitaria mostra andamenti differenti nel panorama internazionale. Gran parte di questa variabilità è riconducibile alla tipologia di sistema sanitario adottato dai diversi Paesi (servizio sanitario nazionale, assicurazione obbligatoria o sistema di mercato). Il sistema sanitario italiano si conferma in linea con gli altri Paesi con Ssn (crescita della spesa in rallentamento e peso su Pil inferiore rispetto a quanto avviene nei Paesi con assicurazione obbligatoria o nei sistemi di mercato). È quanto emerge dal Rapporto Oasi 2013 del Cergas Bocconi.

Nel 2012, in Italia, si registra una spesa sanitaria pubblica pro-capite media di \$PPA 2.418 (figura 1), inferiore rispetto ad altri Paesi europei come Francia (\$PPA 3.135), Germania (\$PPA 3.316) o Regno Unito (\$PPA 2.747). La spesa sanitaria pro-capite complessiva ha registrato un tasso di crescita medio annuale tra i più bassi della zona EU-15 e pari, in termini reali, allo 0,3% nell'ultimo biennio (2009-2011) e all'1,7% nel periodo 2000-2011. Il nostro Ssn si conferma, quindi, come un sistema parsimonioso. Tale evidenza è ulteriormente avvalorata dall'elevato grado di appropriatezza, misurato in termini di ospedalizzazioni evitabili. A esempio, prendendo in considerazione alcune patologie tipicamente trattabili al di fuori dei contesti ospedalieri (asma, Bpco, diabete), i ricoveri evitabili per 100.000 abitanti nel 2009 in Italia sono stati 155, contro i 318 del Regno Unito e i 236 della Germania.

Spesa contenuta e consumi appropriati identificano un sistema efficiente non solo in senso tecnico, ma anche in senso allocativo. A tal proposito, va anche notato che il nostro Ssn ha una dotazione di posti letto ospedalieri inferiore a quella dei grandi Paesi EU (3,4 ogni 1.000 abitanti, contro 6,4 della Francia e 8,3 della Germania), dimo-

strandosi all'avanguardia nella gestione dei servizi di cura in continuità tra ospedale e territorio.

È, tuttavia, da rilevare che in alcuni ambiti l'uso delle risorse sanitarie non è sempre in linea con la pratica internazionale, a es. per gli elevati consumi di antibiotici e la prevalenza di parti cesarei. Inoltre, un quinto della spesa totale è out-of-pocket (figura 1), valore non elevato in sé, ma mediamente superiore a quello di altri Paesi europei e che potrebbe rappresentare la contropartita dell'efficienza in termini di equità del sistema.

**Spesa sanitaria pubblica e privata.** Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica e privata) nel 2012 è rimasta costante rispetto al 2011, con un valore poco superiore ai 140 miliardi di euro, pari al 9% del Pil. La componente pubblica, quasi 113,7 miliardi, è cresciuta dell'0,8% rispetto al 2011, un aumento contenuto come avvenuto anche l'anno precedente (+0,9%) a conferma di un deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni. Anche la spesa sanitaria privata ha registrato un tasso di crescita contenuto. Nell'ultimo anno, secondo quanto riportato nell'indagine sui consumi dei cittadini Istat, la spesa sanitaria privata è diminuita del 2,8%, a fronte di un trend opposto registrato tra il 2010 e il 2011, anni in cui essa era cresciuta dell'1,9% e 2,2% rispettivamente, ovvero circa il doppio rispetto alla spesa pubblica corrente (dati definitivi Eurostat). Per quanto riguarda la componente pubblica, al fine di evidenziarne il legame con scelte di politica sanitaria e gestionali, è interessante analizzarne la scomposizione per fattori interni ed esterni. I fattori considerati interni all'azienda sanitaria comprendono i costi per il personale dipendente e per gli acquisti di beni e servizi (inclusi gli accantonamenti), mentre sono considerati fattori esterni la farmaceutica convenzionata, la spesa per i me-

dici di medicina generale, la spesa per l'assistenza convenzionata, l'ospedaliera accreditata e le voci residuali. Nel 2012, il 62,2% della spesa è rappresentato dai fattori interni (come nel 2011). Il trend di crescita di fattori esterni ed interni risulta particolarmente interessante: negli ultimi anni, infatti, si è assistito a un processo di parziale internazionalizzazione di alcuni fattori produttivi. Questo ha permesso di riportare (pur in piccola parte) all'interno del perimetro direttamente controllato dalle aziende sanitarie alcune voci di spesa, precedentemente regolate per convenzione o esternalizzate. Dal 2010, però, il tasso di crescita dei fattori interni è inferiore a quello relativo ai fattori esterni, a riprova del fatto che alla fase di internazionalizzazione è seguita la fase di contenimento delle voci di spesa, soprattutto la spesa per acquisti. Nel 2012, infatti, quest'ultima è cresciuta in modo minore rispetto alla media degli ultimi anni (figura 2). A tal proposito è importante notare un'accresciuta attenzione sulla spesa per dispositivi medici che ha preso avvio con la L. 111/2011 (che ha istituito un tetto del 5,2% per il 2012) ed è proseguita con la "spending review" (L. 135/2012). Quest'ultima ha previsto una riduzione del 5% degli importi e dei volumi di fornitura per il secondo semestre 2012 e l'introduzione di un tetto del 4,9% per il 2013 (successivamente ridotto al 4,8% dalla legge di stabilità) e del 4,8 per il 2014 (successivamente ridotto al 4,4% dalla legge di stabilità). Negli ultimi due anni, inoltre, anche la spesa per il personale ha mostrato tassi di crescita negativi. Le Regioni e le Asl, per-

tanto, hanno individuato nei fattori interni una leva privilegiata di contenimento della spesa.

Le componenti di spesa sanitaria pubblica e privata, quindi, crescono sempre meno. Questo anche a fronte delle politiche sanitarie dell'ultimo anno caratterizzate dalle numerose manovre di correzione degli stanziamenti inizialmente previsti. L'analisi della spesa, pertanto, è intimamente legata all'evoluzione del finanziamento.

**Finanziamento Ssn.** Con l'espressione «finanziamento del Ssn» si fa, in genere, riferimento a due concetti differenti. Il primo è il finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, ovvero l'insieme delle assegnazioni ex-lege destinate alla copertura della spesa sanitaria (voce di preventivo). Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'insieme dei ricavi del Ssn, rilevati a consuntivo, tra cui rientrano i trasferimenti dal settore pubblico, le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del Ssn e i trasferimenti da privati. È in rapporto a questo secondo concetto di finanzia-

mento che si calcola il disavanzo. Per l'anno 2012, il livello di finanziamento complessivo cui concorre ordinariamente lo Stato, da destinare alla spesa del Ssn, è stato definito in 107,961 miliardi di euro e il rapporto tra ricavi netti e Pil si attesta a 7,2%, valore in linea rispetto ai tre anni precedenti. L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del Ssn a livello nazionale, rispetto al 2011, è stato del 2,7%, mentre il finanziamento medio pro capite nazionale è stato pari a 1.852 euro. I ricavi del Ssn per l'anno 2012, invece, ammontano complessivamente a 112,641 miliardi di euro. L'incremento percentuale rispetto al 2011 è del 2,7 per cento.

**Disavanzi.** Rispetto alle dinamiche dello scorso decennio, il disavanzo del sistema è notevolmente diminuito, attestandosi a 1,04 miliardi nel 2012, in riduzione rispetto al disavanzo del 2011 (-17,3%) e pari allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente. Ciò a conferma della capacità delle Regioni di programmare e fare rispettare i tetti di risorse disponibili, essendo state respon-

sabilizzate in tal senso.

A questo proposito, continua la diminuzione del disavanzo delle Regioni in Piano di rientro (rispetto al 2005, il disavanzo della Campania si è ridotto a un decimo nel 2012, quello del Lazio a un quinto, quello della Sicilia è stato sostanzialmente azzerato), generando un progressivo quadro di equilibrio finanziario tra tutte le Regioni del Ssn. Permangono, tuttavia, situazioni altamente eterogenee tra le Regioni. Nel 2012, infatti, è aumentata la variabilità della spesa sul territorio e il disavanzo pro-capite cumulato (2001-2012) varia tra i 2.562 euro del Lazio e l'avanzo di 171 euro del Friuli-Venezia Giulia.

Mettendo a sistema quanto osservato rispetto al posizionamento internazionale del nostro Ssn e alle dinamiche interdipendenti di spesa, finanziamento e azioni di contenimento dei disavanzi, è possibile derivare due conclusioni. Primo, siamo un sistema mediamente efficiente, seppure con evidenti eterogeneità territoriali. I servizi sanitari regionali, da un lato hanno l'obiettivo di

garantire livelli comparabili di prestazioni, ma dall'altro sono obbligati a fronteggiare situazioni di equilibrio economico e finanziario estremamente differenti. Secondo, proprio l'elevato livello attuale di efficienza rende particolarmente sfidante il miglioramento al margine, tenendo in considerazione che i processi di cambiamento di assetti istituzionali e pratiche gestionali sono necessariamente gradualisti.

**Patrizio Armeni**  
**Francesca Ferré**  
**Silvia Sommariva**  
Cergas Bocconi

Figura 1 - Spesa sanitaria pro capite pubblica, out of pocket e privata per assicurazioni (confronto internazionale, \$PPA)

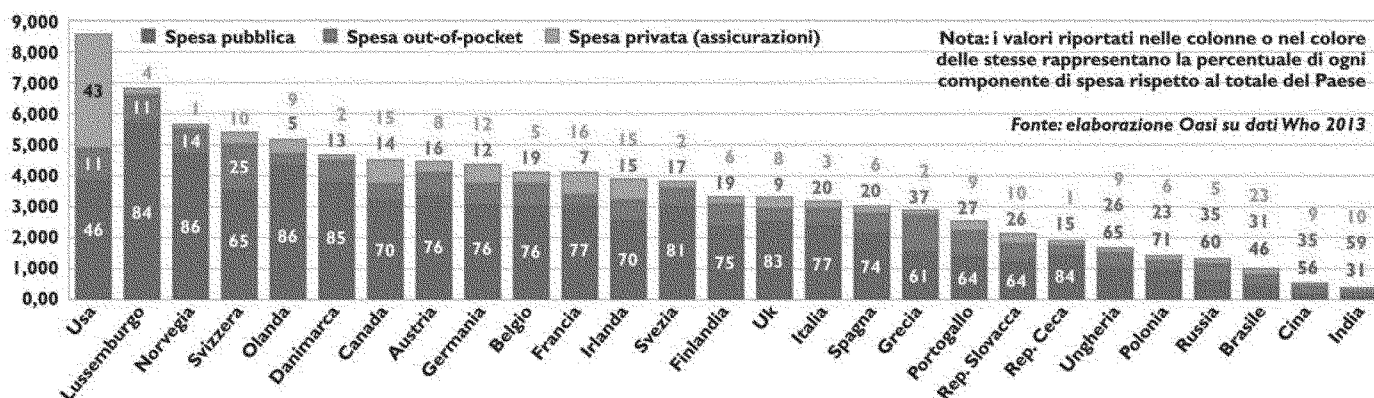
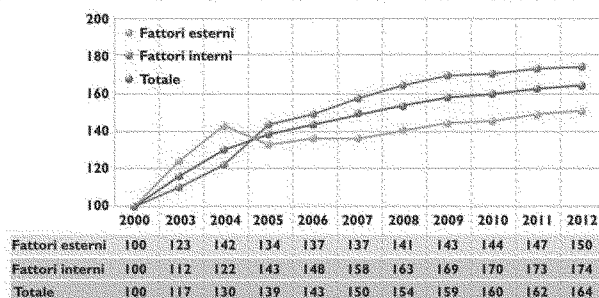


Figura 2 - Crescita della spesa secondo fattori esterni e interni (1990 = 100)



Composizione del finanziamento nel 2012

	Miliardi di euro	Variazione 2011-2012
Valore iniziale: finanziamento indistinto	105,0634	+1,71%
+ Finanziamento finalizzato	269,0000	-59,79%
+ Finanziamento vincolato e programmato per Regioni e Pp.Aa.	1,7950	-2,91%
+ Finanziamento vincolato per altri enti	574,0000	0,51%
+ Accantonamenti	260,0000	n.d.
= Valore finale	107,9610	+1,42%

I ricavi del Ssn nel 2012

	Miliardi di euro	Variazione 2011-2012
Irap e addizionale regionale Irpef	39,902	+4,06%
Fondo x fabbisogno sanit. ex Dlgs 56/2000 (fed. fiscale: Iva e accise)	52,969	-1,55%
Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e privato	10,367	-3,58%
Ricavi ed entrate proprie varie	3,077	-1,22%
Fondo sanitario nazionale e quote vincolate a carico dello Stato per le Regioni e le Province autonome	4,004	-0,04%
Costi capitalizzati	1,611	+0,05%
Rettifiche e utilizzo fondi	0,064	-
Ulteriori quote vincolate a carico dello Stato per gli altri enti sanitari pubblici	0,647	+1,00%
<b>Totale ricavi Ssn</b>	<b>112,641</b>	<b>+0,98%</b>
Spesa sanitaria 2012	113,686	+0,80%
<b>Disavanzo 2012</b>	<b>-1,043</b>	<b>-0,90%</b>

Fonte della figura 2 e delle tabelle: elaborazione su dati 2012 provvisori. I dati potranno subire variazioni in sede di pubblicazione della Relazione generata sulla situazione economica del Paese

**Il programma del premier.** Nel menù anche privatizzazioni, semplificazioni e un piano anti-crimine

# Più investimenti e nuovo taglio al cuneo

ROMA

Con nove decreti all'esame del Parlamento e meno di due mesi di tempo per la presentazione del Documento di economia e finanza, Enrico Letta si presenterà al Capo dello Stato con un dossier già ricco di iniziative «coraggiose». Il problema sarà capire se sui tempi e le condizioni della loro realizzazione il premier sarà il grado di presentare un cronoprogramma davvero forte e credibile. Il piano che presenterà al Colle si dovrebbe chiamare "Impegno Italia", senza dunque riferimenti temporali certi.

Sfogliamo i capitoli principali partendo dagli investimenti pubblici. È una sfida alla portata del Governo che ha almeno tre piani di piccole e medie opere effettivamente cantierabili su cui pun-

tare risorse aggiuntive: edilizia scolastica, piano dei 6mila campanili e piano città. Più difficile per le complicazioni burocratiche il piano per la difesa del suolo, mentre per gli investimenti in grandi opere il vero salto di qualità si può fare a Bruxelles se il premier Letta riuscirà a farsi "scontare" dal rapporto deficit/Pil i 25 miliardi conteggiati come opere di interesse europeo, come i grandi corridoi Ten.

C'è poi il doppio piano della spending review e delle privatizzazioni, messi in campo per lanciare un primo segnale di abbattimento del debito ma, anche, per reperire risorse da destinare alla priorità delle priorità: un nuovo intervento sul cuneo fiscale e contributivo. Quel taglio più coraggioso chiesto dal fronte indu-

striale in attesa di conoscere i contenuti del job act e che si dovrà completare con il completamento del piano di rimborso dei debiti pregressi della Pa ai fornitori (20 miliardi nel 2014; finora nel sono arrivati 22 ai creditori finali sui 27,2 previsti nel 2013).

Il premier ha sempre parlato di una nuova campagna di semplificazioni, che potrebbe aprirsi con quelle in materia fiscale e l'abolizione della responsabilità solidale sulle ritenute (1,2 miliardi) e proseguire con altri interventi sostanziali sul fronte amministrativo anche alla luce dei desideri raccolti da cittadini e imprese con la consultazione chiusa in gennaio.

Nel piano di rilancio dell'azione di Governo in politica economica non dovrebbe poi mancare

un attacco al costo dell'energia con l'obiettivo di avvicinarsi davvero ai risparmi per 3 miliardi finora solo ipotizzati. Focus anche sul rilancio della manifattura, a partire dagli strumenti per l'innovazione. Con il Dl destinazione Italia c'è già un credito d'imposta per gli investimenti in ricerca; si tenterà di rafforzare la misura ampliando la platea dei beneficiari. Un'ulteriore leva potrebbe essere la garanzia pubblica su progetti finanziati dalla Bei. Infine, tra gli altri temi, le nuove norme annunciate su giustizia e sicurezza. L'idea è snellire le certificazioni antimafia e superare le criticità del sistema di sequestri e confische alla criminalità organizzata.

**D.Col.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I dossier economici sul tavolo del premier

### INVESTIMENTI

Il Governo ha almeno tre piani di piccole e medie opere effettivamente cantierabili su cui puntare risorse aggiuntive: edilizia scolastica, piano dei 6mila campanili e piano città. Per le grandi opere, invece, il salto di qualità si può fare a Bruxelles se si riuscirà a far "scontare" dal rapporto deficit/Pil i 25 miliardi calcolati per opere di interesse europeo, come i grandi corridoi Ten

### SEMPLIFICAZIONI FISCALI

Urge un nuovo piano di semplificazioni. In primis fiscali. Solo gli obblighi tributari "base" pesano sulle Pmi per 2,7 miliardi, più gli 1,2 dovuti alla responsabilità solidale negli appalti. Si potrebbe partire da qui, eliminandola nella parte della regolarità delle ritenute. Sempre in tema di semplificazioni, vanno poi ridotti gli adempimenti formali sulla sicurezza lavoro

### LAVORO E CUNEO

Andare oltre il primo attacco al cuneo fiscale fissato dalla legge di stabilità e rafforzare la dote degli incentivi per le assunzioni di giovani e disoccupati di lungo corso messa in campo il giugno scorso. Aspettando il Jobs act potrebbe passare da qui il percorso di politica per il lavoro del premier, che deve fare però i conti con la necessità di nuove risorse per gli ammortizzatori in deroga

### SPENDING REVIEW

Ridurre già dal 2014 la spesa pubblica per ricavare risorse da destinare prioritariamente all'alleggerimento della tassazione sul lavoro (cuneo fiscale più leggero) facendo leva sul cosiddetto piano Cottarelli. Il tutto rispettando i vincoli fissati su questo versante dall'ultima legge di stabilità e l'impegno preso nei mesi scorsi dal Governo di realizzare entro il 2016 32 miliardi di risparmi

### INNOVAZIONE

Focus anche sul rilancio della manifattura, a partire dagli strumenti per l'innovazione. nel Dl destinazione Italia c'è già un credito d'imposta per gli investimenti in ricerca, ma in formato «light». Possibile che si tenterà di rafforzare la misura ampliando la platea dei beneficiari. Un'ulteriore leva potrebbe essere la garanzia pubblica su progetti finanziati dalla Bei

### PRIVATIZZAZIONI

L'obiettivo 2014 è di reperire 10-12 miliardi con il piano di privatizzazioni che parte dai 5 previsti con la vendita del 40% delle Poste e del 49% di Enav. Nel dossier potrebbe rientrare anche la valorizzazione delle partecipazioni di Cdp: Fincantieri, Sace e Cdp reti. Solo nel 2015 si potrà procedere invece alla cessione del 3% di Eni dopo il buy back (vale 2 miliardi)

### ENERGIA

La riduzione del costo dell'energia, soprattutto per le imprese, dovrebbe far parte del nuovo programma. Il decreto che ha attuato parte del piano Destinazione Italia si è fermato a tagli potenziali per 800 milioni, a fronte di un obiettivo iniziale di 3 miliardi. Lo strumento potrebbe essere il disegno di legge, parte dello stesso piano, che al momento è finito nel cassetto

### GIUSTIZIA

Palazzo Chigi tenta il varo di nuove norme su giustizia e sicurezza. L'idea è snellire le certificazioni antimafia e superare le criticità del sistema di sequestri e confische alla criminalità organizzata. Ci sono due studi: il rapporto del segretario generale Roberto Garofoli, la relazione per il ministero Giustizia del professor Giovanni Fiandaca

A PAG. 22

## Previdenza

**Quali norme permettono di andare in pensione anche oltre i 65 anni nella Pa**

*Funzione pubblica: tutti i passaggi per rimanere in servizio oltre il limite di età*

# Al lavoro anche gli over 65

**Medici: la 183/2010 fissa il tetto ai 40 anni di servizio ma non oltre i 70 di età**

**C**on una specifica circolare, la n. 2 dell'8 marzo 2012, la Funzione pubblica aveva prodotto una serie di chiarimenti in merito alla riforma previdenziale introdotta, a fine 2011, dal decreto Monti. Si era trattato di indicazioni che modificavano ampiamente quanto da una lettura delle norme era stato indicato, da molti, soprattutto in merito alle nuove scadenze pensionistiche.

La circolare, confermando l'introduzione della pensione di vecchiaia conseguibile al compimento del 66° anno d'età e di quella anticipata ottenibile con il requisito di 42 anni e più mesi di contributi per gli uomini e 41 e più mesi per le donne, sottolineava che tali condizioni non riguardassero coloro che, entro il 31 dicembre 2011, avessero maturato il diritto a pensione. Infatti, per i dipendenti pubblici, che alla data del 31 dicembre 2011 avessero maturato i requisiti per l'accesso al pensionamento, sia per età (65 anni) ovvero per anzianità contributiva di 40 anni, indipendentemente dall'età anagrafica, o raggiungendo quota 96 (data da 60 anni d'età + 36 anni di contributi ovvero 61 anni d'età + 35 anni di contributi) prevista per il 2011, non sarebbero valsi i nuovi limiti indicati dal decreto e che, qualora in servizio, tali dipendenti non erano soggetti, neanche su opzione, al nuovo regime sui requisiti d'età e di anzianità contributiva, e le amministrazioni avrebbero dovuto provvedere a collocarli a riposo al compimento del 65° anno d'età salvo il trattenimento per la maturazione della finestra d'uscita. Tale determinazione ha fatto sì che alcune amministrazioni abbiano approfittato per

porre in quiescenza molti sanitari solamente per il fatto che avessero, entro il 2011, raggiunto i criteri per ottenere il trattamento pensionistico. Adesso, con un discreto ritardo, la stessa Funzione pubblica interviene con una nota protocollata come Dfp 0006295 e diffusa il 3 febbraio 2014, a chiarire gli effetti dell'incrocio fra la clausola di salvaguardia, introdotta dalla riforma Fornero, per chi avesse raggiunto i vecchi requisiti entro il 2011, e gli obblighi di pensionamento dei dipendenti della pubblica amministrazione, compresi i medici dirigenti del servizio sanitario. L'affermazione, che risalta dalla nota emessa da Palazzo Vidoni, è che questo presunto obbligo non si traduce in un pensionamento automatico. Una prima considerazione è che i requisiti di contribuzione possono essere raggiunti dai dipendenti anche con un'età inferiore ai 65 anni e, quindi, prima di quella data il pensionamento non è affatto obbligatorio. Il dipendente può presentare la richiesta di essere mes-

so a riposo e la Pubblica amministrazione è tenuta ad accoglierla. Ma se la richiesta non arriva, la cessazione obbligatoria del rapporto si intende possibile a 65 anni. Ma, a questo proposito, viene poi, confermata la possibilità di chiedere di essere mantenuti in servizio per un biennio, sino a 67 anni, grazie alla norma del decreto legislativo previsto dall'articolo 16 del Dlgs 503/1992. Norma che, però, ricordiamo, da diritto potestativo in capo all'interessato è stata condotta a una concessione discrezionale da parte dell'amministrazione dal disposto della legge n. 111 del

2011.

Altra condizione, che permette di rimanere in servizio oltre il sessantacinquesimo anno d'età è anche quella di poter conseguire il requisito minimo per il diritto a pensione, così come già auspicato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 282 del 1991, e dall'articolo 6, comma 2-bis, della legge 31/2008, a proposito del reintegro sul posto di lavoro a seguito di licenziamento.

Infine, resta sempre valida la vigenza delle disposizioni speciali che fissano limiti massimi di età per la permanenza in servizio in ciascun settore del pubblico impiego. Ne consegue che, con lo specifico riferimento alla categoria della dirigenza medica, risulta sempre vigente la previsione di cui all'articolo 22 («Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale») della legge 183/2010 (cosiddetto Collegato lavoro), il quale disciplina il limite massimo di età per il pensionamento del dirigente medico. Questa disposizione stabilisce che: «Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo a un aumento del numero dei dirigenti». Pertanto, anche successivamente l'entrata in vigore del decreto legge 201/2011, il dirigente medico potrà permanere in servizio fino al raggiungimento dei 40 anni di servizio effettivo e, comunque, fino ai 70 anni di età per conseguire tale condizione.

**Claudio Testuzza**

Spesa e consumo di equivalenti in classe A-Ssn (confronto 9 mesi 2012-9 mesi 2013)

Spesa e consumo in regime di assistenza convenzionata di classe A-Ssn dei farmaci a brevetto scaduto inclusi nelle liste di trasparenza Aifa\*: confronto fra i primi 9 mesi del 2013 e 2012

Regione	Consumi farmaci a brevetto scaduto		Spesa lorda farmaci a brevetto scaduto			% Spesa equivalenti **
	% sul totale Ddd	Δ % 13/12	Euro pro capite	% sul totale spesa	Δ % 13/12	
Piemonte	64,8	7,9	57,9	46,3	5,6	33,7
V. d'Aosta	63,2	0,1	50,0	40,8	-2,2	34,6
Lombardia	65,6	7,9	57,3	42,3	5,9	39,6
Pa Bolzano	64,1	6,8	43,8	45,8	3,8	37,8
Pa Trento	64,6	7,7	51,9	47,5	6,3	5,4
Veneto	66,5	5,8	57,6	47,2	3,2	35,5
Friuli V.G.	65,0	8,1	57,1	46,2	5,5	35,3
Liguria	64,7	7,4	57,3	47,3	4,7	32,4
Emilia R.	67,0	6,6	55,5	50,7	2,6	36,5
Toscana	66,6	5,7	56,9	50,8	1,8	34,2
Umbria	68,0	8,4	65,8	50,7	6,7	27,8
Marche	63,8	8,4	64,2	48,0	6,3	25,3
Lazio	64,3	7,4	75,1	46,5	4,5	23,7
Abruzzo	62,9	8,9	67,9	44,3	7,4	27,6
Molise	62,3	8,8	63,7	45,2	5,7	21,3
Campania	64,7	7,8	76,3	44,7	5,9	19,4
Puglia	64,2	10,9	77,6	47,4	7,9	23,7
Basilicata	61,6	9,7	63,7	47,4	7,1	20,0
Calabria	63,6	9,1	75,8	46,9	4,9	19,8
Sicilia	64,8	7,3	79,8	44,6	3,9	20,8
Sardegna	61,5	8,8	69,2	42,9	3,7	28,7
<b>Italia</b>	<b>65,0</b>	<b>7,7</b>	<b>64,9</b>	<b>46,0</b>	<b>4,9</b>	<b>29,2</b>
Nord	65,7	7,2	56,8	45,6	4,7	36,8
Centro	65,2	7,1	66,9	48,1	4,2	27,2
Sud e isole	64,0	8,6	75,6	45,3	5,6	22,0

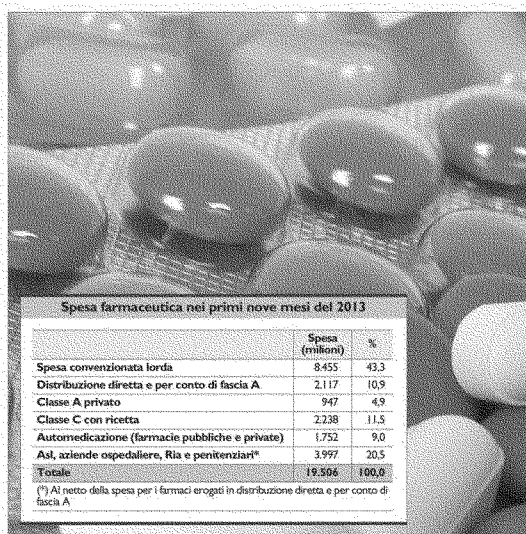
(\*) L'analisi è stata effettuata utilizzando le liste di trasparenza pubblicate mensilmente dall'Aifa.

(\*\*) Calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto. Si intendono farmaci equivalenti i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, a esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, ai sensi dell'articolo 1-bis del Dl 27 maggio 2005, n. 87, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 149.

Fonte: Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali - L'uso dei farmaci in Italia gennaio-settembre 2013

**Interventi regionali di regolamentazione della dispensazione dei farmaci**

Regione	Distribuz. diretta	Distribuz. per conto	I Ciclo	Ticket	Prezzo di riferimento per Inibitori di pompa	Limite prescrittivo (1 pezzo per ricetta)
Piemonte	Si	Si	Si	Si	No	No
Val d'Aosta	Si	Si	Si	No	No	No
Lombardia	Si	Si	Si	Si	No	No
Pa Bolzano	Si	Si	Si	Si	No	No
Pa Trento	Si	Si	Si	No	No	No
Veneto	Si	Si	Si	Si	No	No
Friuli V.G.	Si	Si	Si	No		No
Liguria	Si	Si	Si	Dal 1° novembre 2011 nuove esenzioni	No	No
Emilia R.	Si	Si	Si	Si (dal 29 agosto 2011)	No	No
Toscana	Si	Si	Si	Si (dal 23 agosto 2011)	No	No
Umbria	Si	Si	Si	Si (dal 12 settembre 2011)	No	No
Marche	Si	Si	Si	No	No	No
Lazio	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Abruzzo	Si	No	Si	Si	Si	No
Molise	Si	Si	Si	Dal 7 maggio 2012 modifica esenzioni	Si	Si
Campania	Si	Si	Si	Dal 1° ottobre 2010 fino al 31 dicembre 2011 nuovi ticket	Si	Si (artipertensivi e statine), antibiotici dal 12 luglio 2011
Puglia	Si	Si	Si	Dal 1° luglio 2011 nuove esenzioni	No	No
Basilicata	Si	Si	Si	Dal 1° ottobre 2011 nuove esenzioni	No	Si
Calabria	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sicilia	Si	No	Si	Dal 21 gennaio 2012 nuove esenzioni	Si	Si
Sardegna	Si	Si	Si	No	No	No



**Spesa farmaceutica delle strutture pubbliche** (diretta e Dpc, ospedale, tracciabilità - € x 1.000)

Regione	Dd + Co (1)	Spesa non convenzionata (2)		Spesa Modello Ce (4)
		Rilevata	Espansa (3)	
Piemonte	356.383	451.662	473.883	479.109
Valle d'Aosta	10.030	9.709	10.293	11.025
Lombardia	855.515	801.143	830.585	822.759
Pa Bolzano	41.059	45.891	54.739	49.628
Pa Trento	31.821	38.803	40.137	35.926
Veneto	442.279	463.715	477.246	478.168
Friuli V.G.	126.047	133.852	138.185	133.928
Liguria	179.447	180.087	185.777	183.709
Emilia R.	467.343	469.900	484.213	484.674
Toscana	479.851	459.098	470.242	490.845
Umbria	95.846	99.075	102.857	103.542
Marche	172.712	164.984	168.469	194.525
Lazio	505.410	562.863	574.682	606.312
Abruzzo	111.105	127.933	132.721	133.875
Molise	26.824	30.247	31.173	31.765
Campania	527.380	524.908	539.514	574.430
Puglia	305.693	459.496	469.101	470.335
Basilicata	60.593	59.145	60.879	64.862
Calabria	158.059	182.852	188.740	208.370
Sicilia	358.336	413.639	423.788	438.974
Sardegna	37.620	203.482	207.584	212.095
<b>Italia</b>	<b>5.349.353</b>	<b>5.882.483</b>	<b>6.064.806</b>	<b>6.208.856</b>

**Nota:** I dati dei flussi farmaceutici sono relativi alla spesa per medicinali con Aic nel periodo gen.-sett. 2013 escluso i vaccini consolidati al 17/12/2013. (1) Spesa per consumi in distribuzione diretta e per conto (Dd) e ospedaliera (Co), al netto dei vaccini, trasmessa dalle Regioni al Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis); (2) Spesa farmaceutica non convenzionata rilevata ai sensi del Dm 15/7/2004, al netto dei vaccini, trasmessa dalle Aziende farmaceutiche all'Nsis; (3) Valorizzazione delle movimentazioni di confezioni farmaceutiche verso strutture sanitarie pubbliche di cui le aziende non hanno ancora fornito la valorizzazione economica; (4) Spesa voce B.I.A.I.I dei modelli Ce al termine del III trimestre 2013, relativa a: medicinali con Aic, a eccezione di vaccini ed emoderivati di prod. regionale, aggiornata al 20/11/2013.

REGIONI CANAGLIA

## I delitti del debito pubblico

### Necessario un intervento centrale

L'eccessiva tolleranza per i piani di (non) rientro della sanità (cui sono sottoposte otto Regioni con verosimile tendenza a crescere) e i mutui contratti anche dal Ssn con la Cddpp per pagare il debito da fomiture, cui molti dei mutuatari non assicureranno l'assolvimento dei relativi obblighi, aggravano i conti del Paese.

Continua a essere frequente l'adozione delle non soluzioni. Troppe le vie d'uscita tecniche, fatte abortire appena dopo da un insano esercizio della politica, funzionale a evitare che la gestione delle risorse fosse sottratta dalle sue prerogative.

La decisione di togliere la sanità dal ciclo di spending review, affidato a Carlo Cottarelli, significa lavorare contro l'insieme. Quell'insieme istituzionale dal quale dipende l'unità giuridica ed economica della Repubblica, cui occorrono una politica dai tagli "chirurgici" e una buona amministrazione, solo che si voglia ottenere un costruttivo ridimensionamento della spesa e una sana crescita, fatta di occupazione e di incentivi per l'iniziativa privata.

Si lavora invece reverse. Si fa tutto il contrario di ciò che è necessario per perseguire il risanamento e per restituire i diritti sociali ai tanti residenti nell'area che una volta corrispondeva con il Mezzogiorno, ampliata però a tutto il Lazio.

Un siffatto modo di affrontare il problema ha fatto sì che la formazione progressiva del debito pubblico giungesse a configurarsi come delitto di terza specie. Una sorta di via di mezzo tra quello civile, del tipo gli illeciti civili extracontrattuali, e quello penale, che lo rende un quasi sinonimo di reato. Insomma, un delitto generato con continuità e con il concorso delle istituzioni componenti della Repubblica nel venire consapevolmente meno all'obbligo di amministrare correttamente il denaro pubblico, a prescindere dagli obblighi contratti a livello comunitario, tradotti nel più generale principio dell'equilibrio economico.

Le opzioni delle quali si sta discutendo in questi giorni - che sembrano prendere corpo a breve, tenuto conto del preventivo consenso espresso al riguardo dal ministro della Salute e dalle Regioni, tanto da essere cristallizzate nel prossimo Patto per la Salute triennale - generano, da un versante, entusiasmi sull'incremento di 7,65 miliardi di finanziamento in più nel biennio 2015-2016 (si veda «Il Sole-24 ore» del 1° febbraio 2014) e, dall'altro, preoccupazioni in chi ha a cuore la

certezza del risanamento dei conti.

La prima delle novità (7% in più di finanziamento) è certamente rassicurante, specie se assistita da una tempestiva (ri)determinazione dei nuovi Lea (che dovrebbero comprendere anche i Liveas) e da un alleggerimento delle maglie del blocco del turnover (si veda intervista al ministro su «Il Sole-24 Ore», del 2 febbraio 2014). Quest'ultimo da consentire non solo nelle Regioni virtuose, ma soprattutto in quelle che rendono Lea inappropriati, specie per la sopravvenuta penuria di personale medico, ridotto ai minimi termini da una deospedalizzazione fatta malissimo. Che ha raso al "suolo" l'assistenza per la mancanza di valide alternative.

Quella che, invece, genera - a ragione - non poche preoccupazioni è l'aver supposto di effettuare la spending review a cura delle Regioni.

Una previsione che, con la vigente lettera della Costituzione, ci starebbe tutta, attesa l'ampia autonomia riconosciuta alle Regioni.

Tuttavia, considerato il rilevante peso economico finanziario che l'organizzazione della salute determina negativamente sui saldi della contabilità della Repubblica, ci si sarebbe aspettato un maggiore approfondimento sul tema specifico e una qualche diversa previsione di lavoro.

L'attuale scelta, considerata l'inattività cronica di quasi tutte le Regioni a intraprendere una revisione della propria spesa in generale e, in particolare, di quella salutare, mette il sistema a rischio di insostenibilità assoluta. La periodica e inarrestabile generazione di deficit - ovunque generati e coperti, ove possibile, grazie al ricorso alle risorse ordinarie di bilancio e, ove impossibile, all'aumento del prelievo fiscale, portato ai massimi livelli - costituisce la prova dell'immaturo istituzionale consolidata nella gestione delle risorse da parte delle Regioni, tanto da far supporre ad alcuni la convenienza di una loro radiazione dal sistema autonomistico. Ciò in quanto sono divenute strumenti di spreco, in quanto più avvezze a svolgere la funzione amministrativa piuttosto che quelle di programmazione e legislativa.

A una tale incapacità, peraltro ampiamente dimostrata nelle Regioni in piano di rientro che al riguardo non sono state in grado di produrre un granché (nonostante commissariate), si sarebbe dovuta dare una maggiore considerazione, sino a consigliare il radicamento delle competenze di revisione della spesa in capo all'Autorità centrale.

**Ettore Jorio**  
Università della Calabria

## La sanità in Italia è anche un sistema da difendere

**I**n questo periodo si parla tanto di riforme: da quella elettorale a quella del Senato, dal Titolo V sul federalismo al mercato del lavoro. Tutte cose importanti, ma mi sembrerebbe molto più urgente la riforma di un settore, come quello della sanità, in cui di anno in anno cresce la spesa, aumentano scandali e casi di malasanià e diminuisce l'efficienza come dimostrano le sempre più lunghe liste d'attesa. Leggevo nei giorni scorsi un comunicato delle Associazioni dei consumatori che si concludeva con queste parole: «le difficoltà di un sistema sanitario ormai al collasso sono sotto gli occhi di tutti. E i tagli subiti negli ultimi anni non hanno fatto altro che peggiorare una situazione già critica, nella quale la carenza di personale e di strutture crea condizioni di lavoro sempre più disagiate».

Si palesa urgentemente una riforma dell'intero sistema sanitario, perché solo un sistema più efficiente potrà garantire almeno una diminuzione di episodi di malasanià». Perché se ne parla sempre di meno?

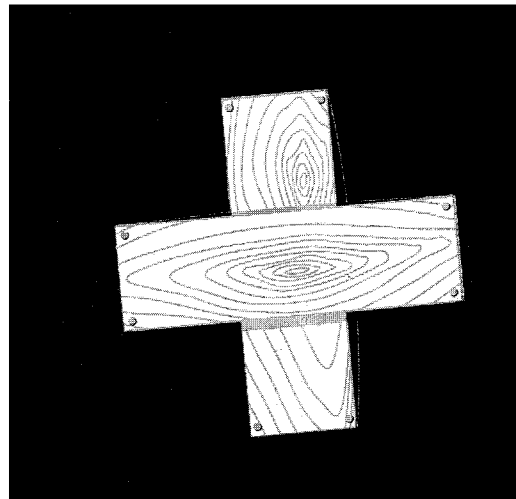
G.P.  
Palermo

Gentile lettore, il settore sanitario è uno dei settori più grandi e importanti dell'economia italiana: vale l'11,2% del Pil, occupa complessivamente 2,8 milioni di persone di cui 680mila nell'ambito del servizio sanitario nazionale. È destinato alla sanità in media l'80% dei bilanci regionali. Ma è un settore importante soprattutto perché la salute è il bene più prezioso che ognuno di noi ha giustamente il diritto e il dovere di difendere con tutti i mezzi.

Detto questo è vero che ci sono stati negli ultimi anni non pochi casi di corruzione, di interessi privati e di inefficienze talvolta colpevoli (purtroppo più al Sud, da dove lei scrive, che al Nord). Ma è altrettanto vero che questi casi sono da considerarsi eccezioni, che devono essere combattute e punite, ma comunque eccezioni all'interno di un sistema in cui la regola è l'efficacia con punte di vera e propria eccellenza. E poi non è vero che il sistema sanitario italiano sia particolarmente costoso.

Si può leggere un recentissimo libro, «La sanità in Italia» (Edizioni Il Mulino, pagine 164, 13 euro), in cui Federico Toth sfata molti luoghi comuni e sottolinea come la spesa corrisponda, dato 2011, al 9,2% del Pil, quindi molto più bassa di quella di Canada, Francia, Germania e Paesi Bassi. Ed è interessante notare come l'Italia abbia, dopo il solo Giappone, la più alta aspettativa di vita alla nascita con 81,9 anni. Così come sono positivi altri indicatori sull'incidenza delle malattie. «Nel giudicare il nostro sistema sanitario - conclude Toth - noi italiani tendiamo a essere severi, dando forse più peso alle disfunzioni che ai meriti del Ssn. Il confronto con quanto avviene in altri Paesi sembra tuttavia consigliare maggiore indulgenza: ci sono buone ragioni per essere soddisfatti delle cure sanitarie erogate in Italia. Dovremmo allora essere più orgogliosi del nostro Servizio sanitario nazionale e, nonostante tutti i suoi difetti, faremmo bene a tenercelo stretto». E quindi avanti con aggiustamenti, correzioni, lotte agli sprechi. I miglioramenti sempre possibili, anzi doverosi. Ma spesso, e non vale solo per la sanità, chi invoca riforme radicali vuole cambiare tutto per lasciare tutto come prima.

g.fabi@ilssole24ore.com





**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



Tour de force del pool di magistrati. E il legale del dirigente Mennitto chiede l'interrogatorio

# Asl, spunta il filone-contenziosi

Si punta anche sulle vertenze dei dipendenti. Prozzo: pronto il terzo dossier di Rossi

**Enrico Marra**

**S**ta per arrivare un altro dossier, ed è il terzo, che riguarda le modalità con cui venivano fatte le transazioni in particolare con le ditte che avevano rapporti conflittuali con l'azienda e il contenzioso tra i vertici dell'Asl e i dipendenti. È solo questione di ore e l'avvocato Roberto Prozzo, difensore del direttore generale Michele Rossi, depositerà queste «integrazioni», che si aggiungono alle documentazioni già esibite. Alla cinquantina di pagine già depositate prima e dopo l'interrogatorio di Rossi, e già al vaglio dei sostituti procuratori Giovanni Tartaglia Polcini e Nicoletta Giammarino, infatti, adesso se ne aggiungeranno delle altre. Il nuovo dossier non prende in considerazione le procedure seguite per gli incarichi ai legali già al centro delle precedenti memorie redatte da Prozzo, anche a livello di procedimenti davanti ai magistrati della sezione lavoro. Memorie che venerdì hanno portato ad altri sequestri di documenti presso le sedi dell'Asl di via Oderisio e via Mascellaro, e alla notifica del provvedimento a tre indagati.

La sanità, lo scandalo

# Doppi pagamenti altri 34 milioni non documentati

Confermati i sequestri conservativi  
di beni per ex dirigenti dell'Asl Napoli 1

## I doppi pagamenti

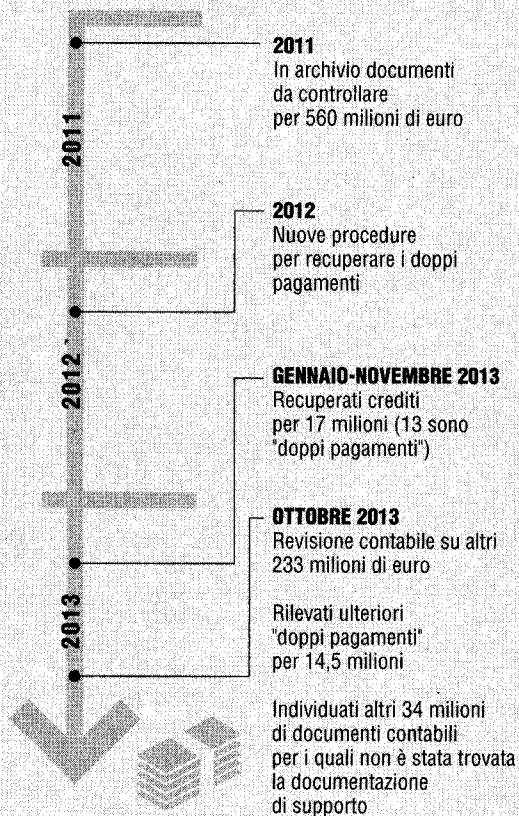


Nel periodo 2000/2012 l'Asl Napoli 1 Centro ha pagato due volte le stesse forniture

### IL PROVVEDIMENTO

Beni sequestrati a 15 tra amministratori e dirigenti dell'Asn Napoli 1 Centro per 32 milioni di euro, pari al valore dei pagamenti irregolari

### LE INDAGINI



## Marisa La Penna

Per lo scandalo dei doppi pagamenti della Asl Napoli 1 Centro, datati tra il 2000 e il 2012, la Corte dei Conti conferma i sequestri conservativi di beni e crediti nei confronti di 15 tra amministratori e dirigenti pubblici, ritenuti responsabili di un danno all'erario di oltre 32 milioni di euro. La decisione porta la firma del consigliere Rossella Casaneti.

E, dalle ulteriori attività investigative della Guardia di Finanza, emerge un altro dato inquietante: sono stati intercettati altri 34 milioni di euro di carte contabili non sufficientemente documentate «per le quali - è scritto in una nota delle fiamme gialle - per le quali l'azienda sanitaria napoletana non è stata in grado, al momento, di reperire la necessaria documentazione di supporto. Insomma altri scenari si aprono nella mega-inchiesta coordinata dai pm Ferruccio Capalbo e Pierpaolo Grasso. Dalle indagini precedenti, come si ricorderà, era emersa l'assenza di una valida struttura organizzativa e contabile in capo all'Asl Napoli 1 Centro, tale da non permettere di rilevare i doppi pagamenti effettuati ai propri fornitori. Gli accertamenti svolti dal Nucleo polizia tributaria di Napoli hanno riguardato il periodo 2000-2012 ed è stato rilevato come l'Ente, nonostante pagasse regolarmente alla scadenza le prestazioni e i servizi fruiti, non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento.

L'importo del danno finora accertato si è basato esclusivamente sull'esame della documentazione di spesa già contabilizzata dagli uffici dell'Asl: presso l'archivio dell'Ente giacevano documenti da contabilizzare (e, quindi, da controllare) per un valore iscritto nel bilancio 2011 di circa 560 milioni di euro. Secondo i finanzieri, l'Asl «a seguito del rilevamento dei doppi pagamenti, non ha attuato, nel corso degli anni, una efficace azione di recupero dei predetti crediti, esegui-

ta principalmente con il ricorso all'istituto della compensazione. Invece, l'attuale direttore generale dell'Asl, conformandosi all'attività investigativa intrapresa dalle fiamme gialle, nel mese di novembre 2012 ha adottato nuove procedure, idonee per l'immediato recupero dei doppi pagamenti».

Tant'è che, stando alla nota delle Fiamme Gialle, da ulteriori accertamenti eseguiti dal Nucleo di Polizia Tributaria, in riferimento alla nuova attività di recupero svolta dall'Asl Napoli 1 Centro dal mese di gennaio al mese di novembre 2013, è emerso infatti che l'azienda sanitaria ha attivato numerose pratiche di recupero crediti per un valore di circa 17 milioni di euro (di cui 13 milioni risultano essere ulteriori doppi pagamenti iscritti nel bilancio 2013 come nuovi crediti da recuperare e i restanti 4 milioni sono stati oggetto di recupero a mezzo cassa o compensazione). E riferendosi alla regolarizzazione di queste carte contabili, per circa 560 milioni di euro, l'asl ha stipulato - nel mese di dicembre 2012 e nel mese di ottobre 2013 - contratti con una società di revisione contabile, la quale ne ha effettuato il vaglio

(allo stato) per un valore di circa 233 milioni di euro, rilevando ulteriori doppi pagamenti per 14,5 milioni di euro, già segnalati dalla Guardia di Finanza alla Procura Regionale della Corte dei Conti. La stessa società di revisione ha inoltre rilevato, come detto all'inizio, circa 34 milioni di euro di carte contabili non sufficientemente documentate, per le quali l'azienda sanitaria napoletana non è stata in grado, al momento, di reperire la necessaria documentazione di supporto. I sequestri conservativi, lo ricordiamo, riguardano Angelo Montemarano, Alberto Di Capua, Antonio Atonna, Giovanni Del Vecchio, Mario Bardi, Giovanni Di Minno, Mario Tursi, Pasquale Corcione, Raffaele Ateniese, Luigi Affinito, Anna Monti, Giuseppe Borretti, Giancarlo Favro Ghidelli.



**Verifiche**  
Dalla revisione contabile su 233 milioni di fatture scoperti altri casi poco chiari

**Corte dei Conti****«Asl Na1 e sprechi  
Giusti i sequestri  
per i manager»**

NAPOLI — I manager che hanno gestito l'Asl Na 1 tra il 2000 e il 2012, a cominciare da Angelo Montemarano, sono responsabili dell'enorme spreco di denaro utilizzato per pagare due volte i creditori e di conseguenza è giusto il sequestro dei loro beni disposto dalla Procura della Corte dei Conti. Lo ha stabilito, con un'ordinanza, il giudice Rossella Cassaneti dopo avere ascoltato le parti nell'udienza dell'11 novembre scorso. Nel frattempo tuttavia il danno alle casse dello Stato, quantificato in un primo momento in circa 32 milioni, è stato ricalcolato e, come gli uomini del Nucleo regionale di polizia tributaria immaginavano, è superiore a questa cifra. L'Asl infatti ha avviato il recupero dei crediti erogati in modo errato: si tratta di 17 milioni iscritti al bilancio del 2013, di cui 13 sono ulteriori pagamenti non dovuti. L'Asl ha inoltre stipulato contratti con una società di revisione contabile, che ha rilevato ben 34 milioni di carte contabili non documentate.

**T. B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I RETROSCENA** Fascicoli accatastati alla rinfusa, così si perdevano le fatture

## Archivio tra topi e caos, impossibile trovare le carte

**NAPOLI.** Un sistema di archiviazione delle carte che sarebbe stato considerato vecchio e inefficiente anche nell'Ottocento. Negli uffici di via De Gasperi, principalmente, le carte venivano accatastate nei fascicoli. Che, senza alcun ordine, venivano riposti non in scaffali ordinati, ma alla rinfusa, nei corridoi, sulle scrivanie, sui ballatoi e dove si trovava un po' di spazio. Impossibile ritrovare la carta di un pagamento, nei corridoi polverosi (i finanziari dicono di aver visto anche qualche topo). Meglio ripagare la cifra

dovuta, piuttosto che cercare per giorni una ricevuta. Inutile parlare di computer e informatizzazione del sistema. È vero, anche un amministratore di condominio ha un computer dove registra entrate ed uscite, l'azienda sanitaria più grande d'Europa no. Il risultato è un danno enorme per l'assistenza e la collettività, un danno che si aggirerebbe, secondo le cifre accertate e quelle in via di accertamento, intorno agli 80 milioni di euro. Più del fabbisogno necessario per far funzionare efficientemente

l'Asl Napoli 1 (la stima dell'attuale manager è che per tamponare tutti i buchi servirebbero 20 milioni di euro). L'informatizzazione è cominciata quando commissario dell'azienda è stato nominato il generale dei carabinieri Mario Scoppa. Prima di lui nessuno ci aveva pensato. Uno scandalo enorme che ha portato il sistema sanitario regionale al collasso, ad una crisi enorme (gran parte del debito regionale è prodotto da quello dell'Asl Napoli 1). E a pagare sono solo i cittadini, con la salute, non solo economicamente.



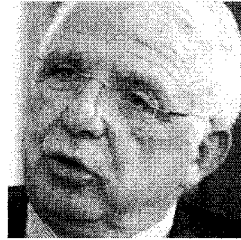
# Riorganizzazione del Cardarelli lo scontro arriva in tribunale

## La vertenza

**I sindacati accusano Granata  
«Non siamo stati coinvolti  
comportamento antisindacale»**

Comportamento antisindacale. Con questa accusa è stata presentata al magistrato del lavoro una denuncia nei confronti del direttore generale del Cardarelli, Rocco Granata. Il documento porta la firma dei leader di Aaroi-Emac, Cimo-Asmd, Cgil Medici, Cisl Medici, Fassid-Snr, Federazione Medici Fessmed, Sinafo e Anaa e mette sotto accusa il vertice aziendale per «aver omesso di informarli preventivamente prima della adozione di atti deliberativi aziendali impedendo alle stesse organizzazioni sindacali di fornire il previsto e dovuto contributo, così come vuole il Contratto nazionale di lavoro della dirigenza medica. Contestualmente viene chiesto l'annullamento della delibera emessa sul finire dello scorso anno relativa, appunto, alla nuova organizzazione aziendale. E, in un do-

cumento diffuso ieri, viene precisato: «Il comportamento già di per sé grave è stato ancora più ingiustificato dal momento che le sigle sindacali hanno ripetutamente chiesto di essere convocate sui temi della organizzazione aziendale, del precariato, della mobilità, dei fondi aziendali e sulla graduazione delle funzioni. A tal proposito, quindi, permanendo il comportamento antisindacale del direttore generale, che ancora una volta si sottrae al confronto, svilendo i doverosi istituti contrattuali e annientando le relazioni sindacali, le predette sigle non possono discutere solo del tema odierno senza aver partecipato ai precedenti atti deliberativi». Ieri, infatti, ci sarebbe dovuto essere un incontro tra sindacati e l'azienda. Infine la nota sottolinea il «rischio concreto di un blackout assistenziale nel più grande presidio ospedaliero del meridione». La replica del direttore generale è immediata. Precisa Granata: «Sono assolutamente tranquillo. Tutti i provvedimenti sono stati sempre adottati nel pieno rispetto di quanto previsto dalle norme contrattuali. A cominciare dall'atto



”  
**La replica**  
**Rispettate**  
**le norme**  
**contrattuali**  
**Ho chiesto**  
**osservazioni**  
**e c'è stato**  
**un incontro**

aziendale, per il quale è stata inviata, a tutte le organizzazioni sindacali, una prima stesura con invito a formulare proposte e suggerimenti scritti. Dopo aver ricevuto il materiale è stato fatto un incontro per una discussione diretta, regolarmente verbalizzata. Adottato l'atto definitivo, è stato trasmesso a tutte le organizzazioni sindacali. Questo avveniva nel giugno 2013 e lo testimonia no gli atti depositati».

«Da allora - rincalza Granata - a distanza di ben otto mesi l'atto non risulta impugnato da nessuno. Né sono mai pervenuti dalla Regione Campania rilievi per il mancato coinvolgimento delle organizzazioni sindacali. Queste ultime sono state sempre coinvolte nei provvedimenti nei termini e nei limiti previsti dalle norme di legge e di contratto. Mi chiedo come mai a distanza di ben otto mesi dall'adozione dell'atto si è pensato che vi siano comportamenti antisindacali. Come sempre i motivi reali sono altrove. Come ho già detto altre volte occorre rendersi conto che i tempi sono cambiati, la Regione ha dovuto ridurre il numero degli incarichi del 70% ed i pochi spazi rimasti sono stati scelti dai primari e capi dipartimento. Ed affidati a quelli da loro ritenuti prioritari. Le scelte delle linee di attività sanitaria competono solo a loro».

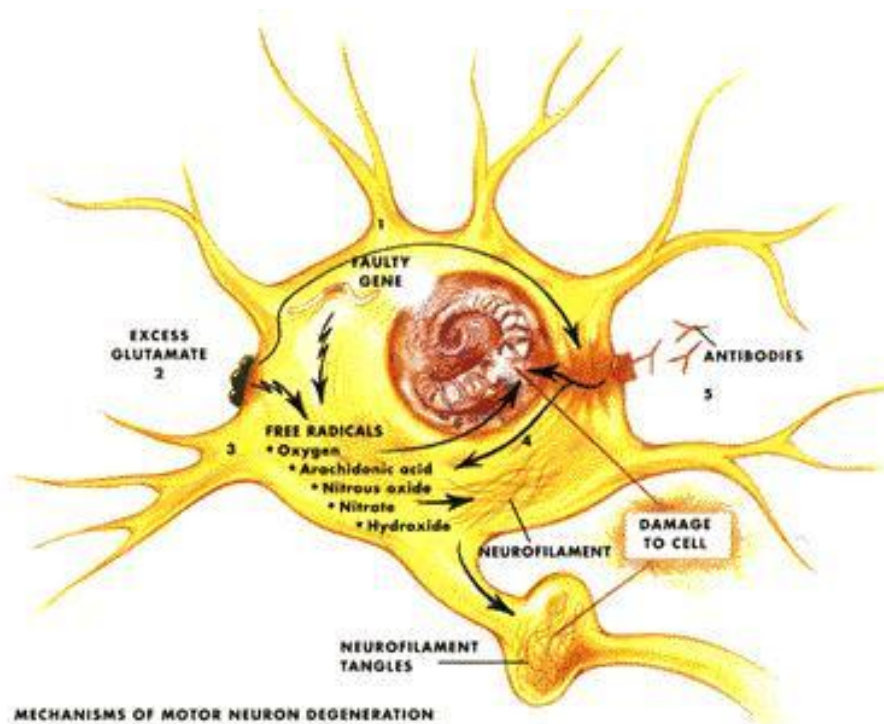
**m.l.p.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Il premio Fondazione Lilly ad un cardiologo del S. Anna di Pisa  
Stimolo protettivo comprimendo l'arto: arruolati 120 pazienti

# Braccialetto anti-infarto minori danni ischemici

**Metodica duplice  
da applicare prima  
dell'angioplastica  
e dopo aver  
rivascolarizzato**

**GIUSEPPE DEL BELLO**

**C**osti contenuti, assenza di rischi e meno danni al cuore colpito da infarto. Se i risultati confermeranno le premesse, basterà un semplice bracciale gonfiabile (come quello utilizzato per misurare la pressione) per ridurre del 30 per cento le conseguenze di un attacco ischemico.

Lo studio appena programmato, scaturisce da un progetto messo su dal 32enne Alberto Rannieri De Caterina, cardiologo e dottorando della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa a cui la Fondazione Lilly ha assegnato l'annuale borsa triennale di 210mila euro che sarà consegnata oggi, alle 11, nella sala Zuccheri del Senato nell'ambito della "Ricerca in Italia: un'idea per il Futuro". Un'intuizione geniale che il giovane scienziato (sulla scorta dell'esperienza maturata ad Oxford, in Inghilterra, nel 2011) ha deciso di trasferire dalla fase sperimentale a quella clinica, con l'arruolamento di 120 pazienti distribuiti in due gruppi. «In sostanza, si tratta di un manicotto da sfignomanometro», spiega De Caterina, vincitore su 13 concorrenti, «che in questo caso, viene insufflato e svuotato d'aria ciclicamente, a distanza di 5 minuti, per indurre uno stimolo protettivo». La ratio del meccanismo si rifà alla scoperta (nell'86) del cosiddetto "precondizionamento ischemico": consisteva nell'indurre (legando una coronaria di un topo da laboratorio) periodi alterni di ischemia e riperfusione.

«In questo modo, simulando l'infarto», continua lo specialista, «venne concepito un siste-

ma di protezione dagli effetti nocivi dell'infarto stesso. La novità, oggi, è la scoperta di un precondizionamento realizzabile anche con la semplice compressione di un arto». La metodica è applicabile su pazienti in attesa di angioplastica, in ospedale o anche in ambulanza durante il trasporto. La protezione assicurata dal gonfiaggio alternato si esprime attraverso meccanismi neuroumorali che incidono positivamente sull'organo-target (cuore, intestino, cervello) sede di ischemia, presente o potenziale. «Ma non c'è solo il danno da infarto, bensì anche quello che consegue alla riapertura della coronaria», precisa De Caterina, «e, in questo caso, ciò non dipende dal tempo di ischemia, ma dalla serie di sostanze come i radicali liberi che si liberano al momento della riperfusione. Nella prevenzione si agirebbe su più fronti: riducendo i tempi dell'angioplastica, praticando il precondizionamento e, dopo il trattamento di rivascolarizzazione, intervenendo col postcondizionamento. E questo perché lo stimolo ischemico remoto agisce positivamente sul rimodellamento del miocardio». Il progetto prevede che per la valutazione del tessuto finito in necrosi si ricorra alla risonanza magnetica. «La borsa di studio, strumento indispensabile a chi come me non occupa un posto stabile», conclude il ricercatore, «servirà a finanziare il mio lavoro e, in parte, andrà alla Fondazione Gabriele Monasterio a cui afferiscono il centro San Cataldo di Pisa e l'ospedale del Cuore di Massa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Il complesso delle malattie cardiovascolari resta al primo posto nei decessi: ma è evitabile uno su quattro, questo l'obiettivo dell'Oms entro dieci anni. Fino a domenica campagna sulle morti improvvise tra i giovani. Studiare meglio i singoli casi "inusuali"*

# Cuore

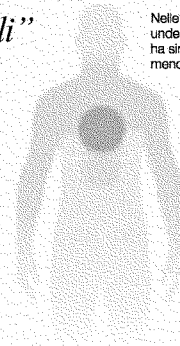
## La road map globale della prevenzione Sottovalutati i rischi

### I SINTOMI

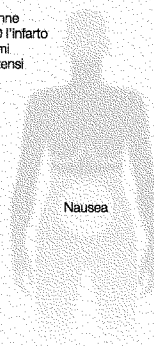
Le sedi più tipiche del dolore cardiaco

NEGLI UOMINI

NELLE DONNE



Nelle donne under 50 l'infarto ha sintomi meno intensi



Nausea

### LEGENDA

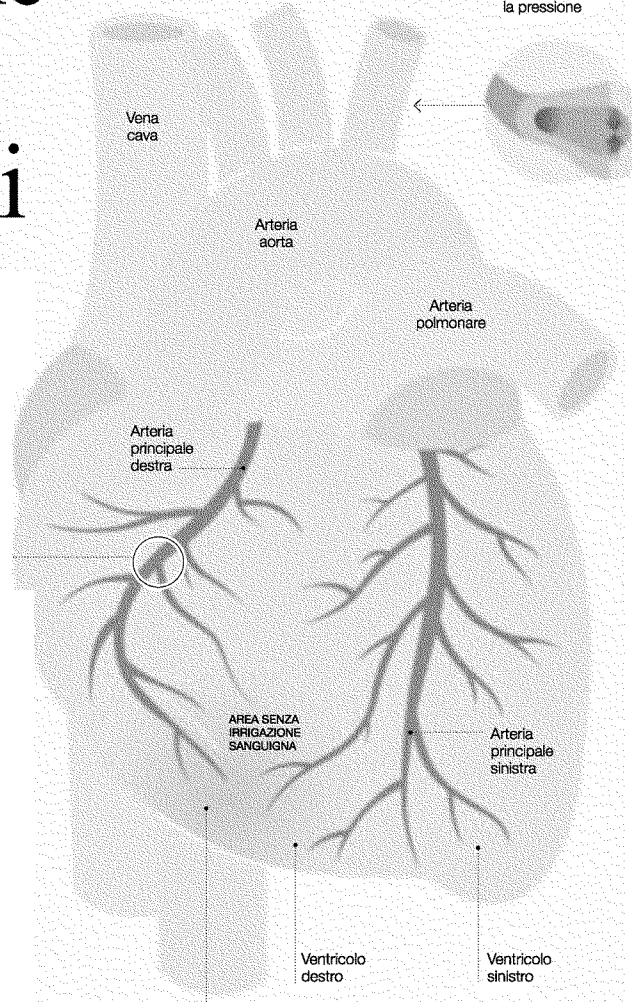
- Dolore oppressivo
- Dolore meno intenso
- Dolore meno frequente

### Altri sintomi (uomini e donne)

- Fatica
- Sudorazione
- Cefalea
- Respiro affannoso

### Aumento della pressione

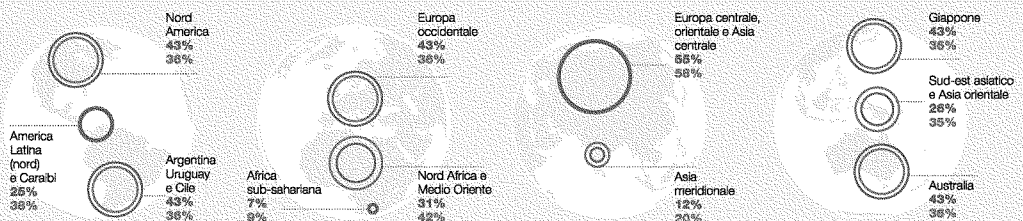
La riduzione del diametro e la scarsa elasticità delle pareti del vaso fanno salire la pressione



### MORTALITÀ PER MCV NEL MONDO

% di morti per malattie cardiovascolari in entrambi i sessi, tutte le età

LEGENDA  
 1990 2010



**MARIA PAOLA SALMI**

**L**

e malattie cardiovascolari (Mcv) si accaparrano la prima (infarto) e la seconda posizione (ictus) per mortalità, responsabili nel 2010 del 30% dei decessi in tutto il mondo. Un'epidemia globale che colpisce tutti, paesi a reddito alto e medio-basso. Con un costo monetario stimato dal Forum economico mondiale e dal Global Burden of Disease vicino a 860 miliardi di dollari che nel 2025 raggiungeranno i mille miliardi. La situazione peggiorerà ovunque con un pesante carico di invalidità nei paesi ad alto reddito e di mortalità over 60 nei paesi in sviluppo come i Bric (Brasile, Russia, India, Cina). A dirlo i dati del rapporto "Al cuore del problema" commissionato da The Economist-Intelligence Unit alla società di servizi Bazian col sostegno di AstraZeneca, pubblicato nei giorni scorsi. La prevenzione, unico strumento per ridurre la diffusione dei casi di malattia cardiovascolare, è ancora ampiamente sottoutilizzata. Benché smettere di fumare, migliorare la dieta individuale, curare la pressione alta e altri interventi siano stati in grado di dimezzare le

Mcv nei paesi ricchi, i governi continuano a non investire in prevenzione.

A complicare la situazione il fatto che i sistemi sanitari premiano i medici per i trattamenti delle ma-

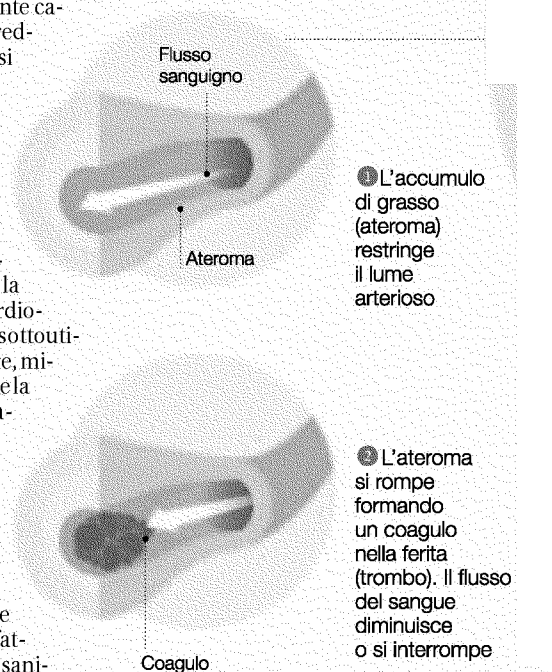
lattie non per prevenirle ma anche il disinteresse del cittadino alla prevenzione. Lo studio "Pure" evidenzia che tra persone infartuate o con pregresso ictus, solo un 35% fa esercizio fisico e un 39% segue una dieta sana mentre addirittura il 19% continua a fumare. Un altro mega-studio condotto in 17 paesi su 150.000 individui con Mcv dimostra che una persona su nove non riceve alcun trattamento. Il rapporto dell' Economist propone di riconsiderare l'attuale modello di

**Cardiologie aperte per le visite e sms per la ricerca Più informazione e investimenti**

## L'INFARTO DEL MIOCARDIO

È un episodio acuto provocato dalla insufficiente irrorazione sanguigna in un'area del cuore

### CAUSA PRINCIPALE UNA ARTERIA OSTRUITA



1 L'accumulo di grasso (ateroma) restringe il lume arterioso

2 L'ateroma si rompe formando un coagulo nella ferita (trombo). Il flusso del sangue diminuisce o si interrompe

prevenzione. «Attuare la prevenzione delle malattie cardiovascolari è ormai un problema politico - afferma Attilio Maseri, presidente della Fondazione "per il Tuo Cuore" che insieme all'Associazione dei cardiologi ospedalieri (Anmco) lancia la quinta Campagna nazionale di sensibilizzazione contro la morte improvvisa tra gli sportivi e i giovani - sappiamo che nella maggior parte dei casi esistono fattori di rischio individuabili in tutta la popolazione, in particolare nella fascia anziana che vivrà sempre più a lungo con

problemi cardiovascolari cronici; è fondamentale dunque portare la prevenzione nelle famiglie e nelle scuole; ci sono però anche casi per i quali non vi sono in apparenza fattori di rischio e che vanno studiati». Il piano d'azione dell'Oms per una road map della prevenzione con l'obiettivo di ridurre del 25% i decessi da Mcv in tutto il mondo entro il 2025, auspica l'inizio di una prevenzione globale. «È inutile agire sul singolo, serve un'azione combinata che allinei le esigenze dei vari paesi - osserva Walter Ricciardi, pre-

3 La zona del cuore irrorata da quell'arteria rimane senza circolazione sanguigna e il tessuto può andare in necrosi (morte cellulare)

Per gli inibitori della proteasi di seconda generazione avviate le procedure di autorizzazione che si dovrebbero concludere entro l'anno. Negli Usa il primo prodotto in commercio costa 84 mila dollari a terapia per paziente

# Epatite C

## La rivoluzione dei farmaci Super costosi, salvano la vita

L'infezione spesso evolve in cirrosi o cancro, patologie gravi difficili da trattare

ARNALDO D'AMICO

# N

ei prossimi mesi è prevista l'entrata in commercio di ben quattro nuovi farmaci contro l'epatite C, (inibitori della proteasi di seconda generazione) che agiscono in minor tempo e aumentano la percentuale di malati in cui viene sterminato il virus che la causa, lo Hcv. Se le autorità regolatorie europee si comporteranno come la Fda statunitense, sarà bruciato il record del costo: mille dollari a pillola alla Gilead Sciences per il suo sofosbuvir, moltiplicati per le 12 settimane

di cura fanno 84 mila dollari a malato, più i costi degli altri farmaci del cocktail, più economici. Ma l'epatite C spesso evolve in cirrosi epatica e/o cancro, patologie mortali e ben più costose da trattare. Per non parlare del trapianto di fegato, che si tenta in alcuni casi selezionati, costosissimo l'intervento e il post. E gli infetti sono tanti, due milioni solo in Italia, record europeo.

«Mai vista un'ondata di farmaci così innovativi ed efficaci - osserva Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità - Sono i frutti dello sforzo fatto contro l'Aids. I due virus hanno "bersagli molecolari" simili e le scoperte fatte per colpire l'Hiv hanno accelerato lo sviluppo di quelli contro l'Hcv. Che però ha un vantaggio per l'uomo rispetto all'Hiv. Se si riesce a bloccare la replicazione abbastanza a lungo, il virus muore e si guarisce. I farmaci già oggi permettono l'eradicazione, ma in una minor percentuale di casi e con cu-

re spesso insopportabili».

Anche il mercato rappresentato dai 180 milioni di casi nel mondo deve aver portato le industrie a investire in ricerca. Inoltre il vaccino è ancora lontano. «Come l'Hiv, l'Hcv ha un decorso cronico, per la debolezza delle armi che gli oppone il sistema immunitario. In queste condizioni è difficile fare un vaccino. Di fatto, è lo stimolo per l'immunità a produrre le sue armi in anticipo. Ma essendo deboli, non fermano l'infezione».

Molti i punti in comune dei nuovi farmaci. I tassi di guarigione arrivano anche al 100% circa, a seconda del tipo di ma-

lato, del ceppo virale e della precocità della terapia. La somministrazione non dura più anni ma solo 12 settimane. E per bocca, non più iniettiva, come l'interferone, il componente del cocktail che i nuovi farmaci, in genere, sostituiscono, abbattendo quei pesanti effetti collaterali che costringono molti malati a smettere la cura. Tutti i nuovi farmaci hanno superato le sperimentazioni ed entro l'anno dovrebbero terminare anche le trafile burocratiche per essere disponibili nel nostro Paese.

«Ma - avverte Vella - come con l'Aids, a livello globale, si riproporrà il problema delle disuguaglianze tra ricchi e poveri per l'accesso alle cure, dati i costi». E anche in Italia il rischio di ingiustizie, e di disuguaglianze nel diritto alla salute, è alto (vedi articolo a sinistra *n.d.r.*). Ed ecco i 4 farmaci.

Sofosbuvir di Gilead Sciences, sta nella pillola da mille dollari. È attivo contro l'Hcv genotipo 2.

Faldaprevir di Boehringer Ingelheim è efficace, insieme a interferone peghilato, contro l'Hcv genotipo 1 anche con mutazione NS3 Q80K. Il che evita la necessità di sottoporre i pazienti a test genetici prima del trattamento.

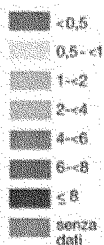
Daclatasvir di Bristol-Myers Squibb. L'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema) ne ha validato la richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio per il trattamento dei genotipi 1, 2, 3 e 4 in uso combinato con altri farmaci, incluso sofosbuvir.

Infine "3D" di AbbVie, ha dimostrato nelle sperimentazioni cliniche concluse di eradicare il virus Hcv genotipo 1 fino al 100% dei malati.

© ILLUSTRAZIONE: RISERVATA

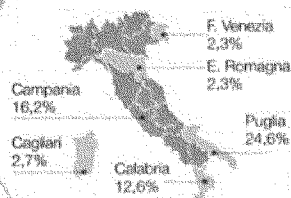
## IN EUROPA

Prevalenza in % nella popolazione generale, 2012



## IN ITALIA

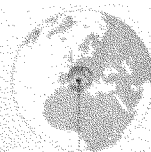
% di infettati da HCV



## NEL MONDO

TOTALE DI INFETTATI

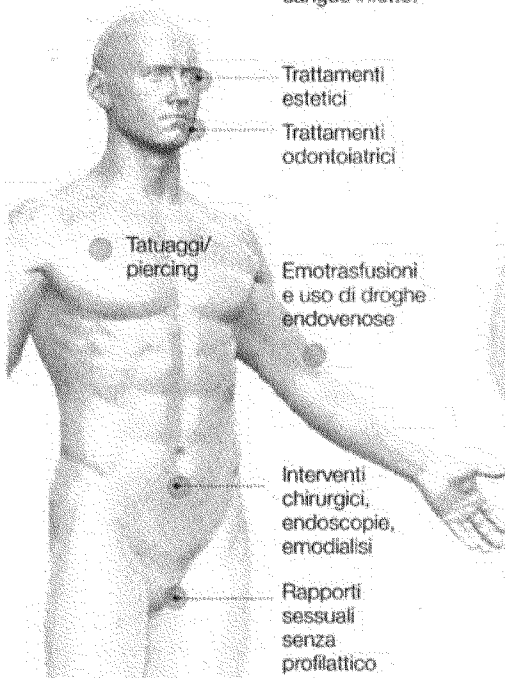
**130-210 milioni**



Area mediterranea  
**21 milioni**

## IL CONTAGIO

Avviene per contatto con sangue infetto:



Treatments estetici  
Treatments odontoiatrici

## IL DECORSO

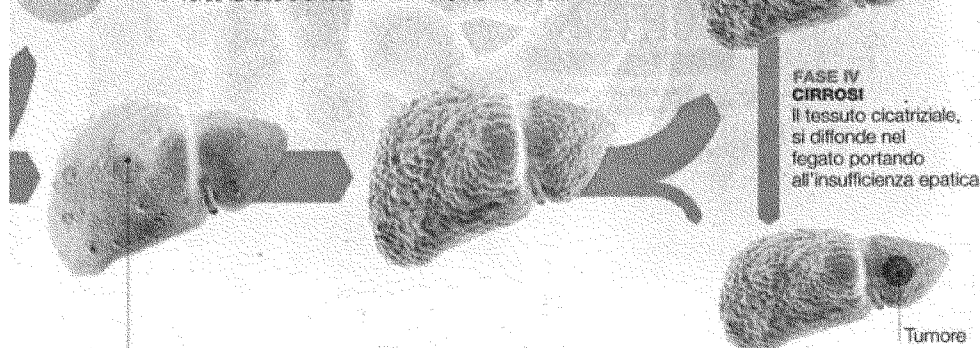
L'infezione provoca sintomi lievi nel 15% dei casi: inappetenza, dolori articolari o muscolari, ittero

**FASE I**  
**INFEZIONE ACUTA**  
Il virus si diffonde nelle cellule epatiche dove si moltiplicano sino a distruggerle. Nel 85% dei casi è asintomatica

## CURA POSSIBILE

Superato l'episodio acuto, nel 70% dei casi vi è l'evoluzione verso la fase cronica

Dopo 10-15 anni circa si possono manifestare i sintomi evidenti



## FASE II INFIAMMAZIONE CRONICA

Aumenta la diffusione del virus e la quantità di tessuto epatico infiammato e quindi ingrossato

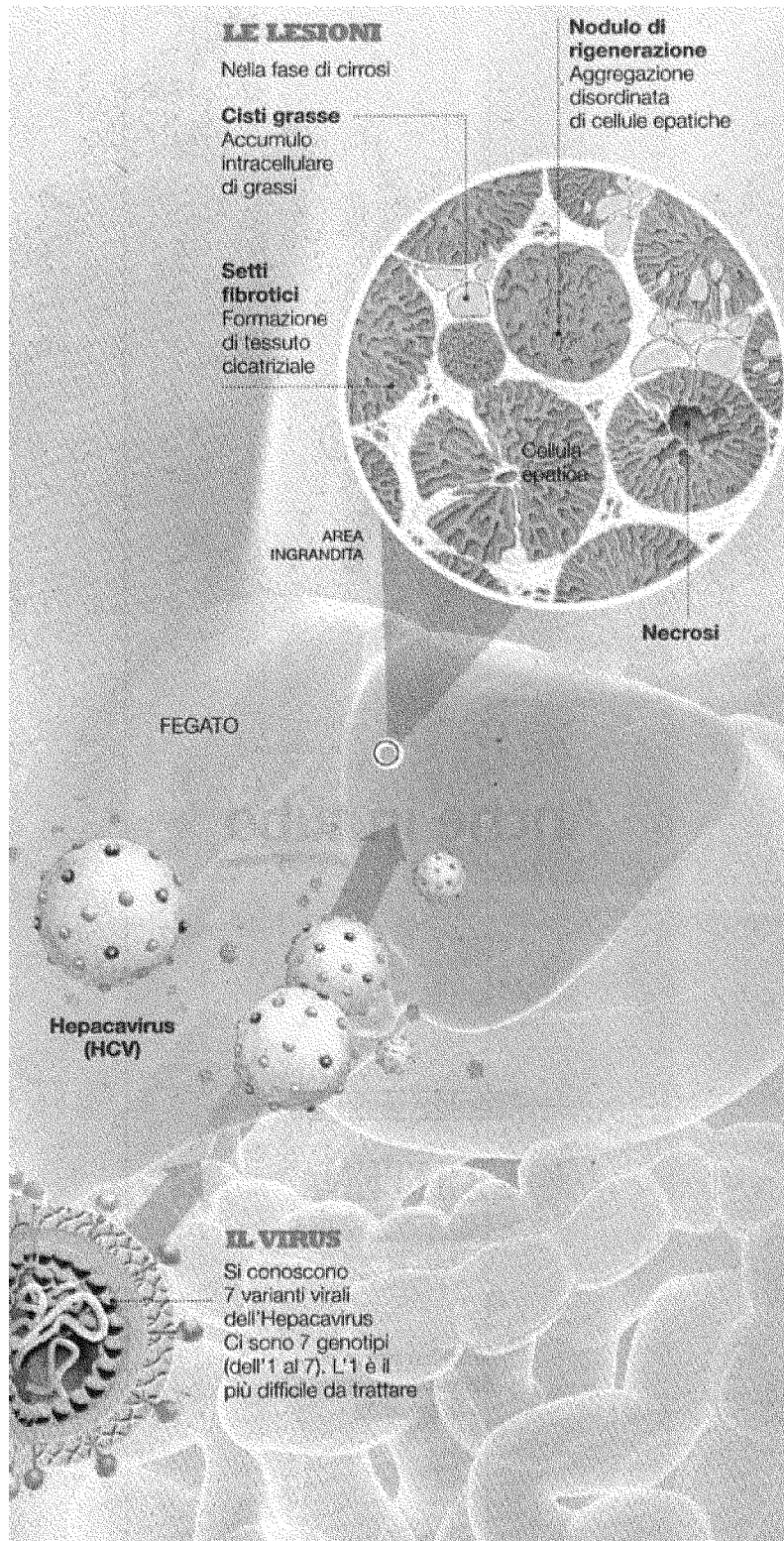
## FASE III FIBROSI

Il tessuto epatico perso viene sostituito da cicatrici che riducono il diametro dei vasi e il flusso del sangue

## FASE IV CARCINOMA EPATICO

Con la cirrosi si ha un rischio 20 volte maggiore di sviluppare cancro

Fonte: rielaborazioni dati La Repubblica-Salute



Successo della ricerca made in Italy: sperimentato il primo arto artificiale che sente gli oggetti

# La mano bionica è «sensibile»

La protesi comunica con il cervello grazie a quattro elettrodi intraneurali

Tra i ricercatori  
la ministra Carrozza

## CORPO&TECNOLOGIE

**P**er la prima volta al mondo un paziente amputato alla mano è tornato a sentire forma e consistenza degli oggetti. Il merito è di una protesi biomeccatronica di ultima generazione e di quattro elettrodi posizionati nei nervi mediano e ulnare del braccio: sono stati loro il tramite tra l'arto artificiale e il cervello. Grazie a loro l'uomo ha recuperato per otto giorni il senso del tatto.

Tanto è durata la sperimentazione LifeHand2, raccontata su Science Translational Medicine e frutto del genio italiano. Al progetto internazionale hanno lavorato medici e bioingegneri, compresa la ministra dell'Istruzione **Maria Chiara Carrozza**, di quattro strutture italiane: l'Università Cattolica-Policlinico Agostino Gemelli, il Campus Bio-Medico e l'Irccs San Raffaele, tutte a Roma, e la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa. Fanno parte del gruppo di ricerca anche l'Ecole Polytechnique Federale di Losanna e l'Istituto Imtek dell'Università di Friburgo.

Protagonista dell'esperimento il danese **Dennis Aabo Sorensen**: a Capodanno del 2004 perse la mano sinistra per lo scoppio di un petardo. Dopo aver superato diversi test psicologici e fisici, è stato scelto per partecipare a LifeHand2. Il 26 gennaio 2013 gli sono stati impiantati nel braccio quattro elettrodi intraneurali, grandi poco più di un capello, sviluppati a Friburgo sotto la direzione di **Thomas Stieglitz**. Il delicato intervento è stato effettuato al Gemelli dal neurochirurgo **Eduardo Marcos Fernandez**. Dopo tre settimane di esercizi con i ricercatori per imparare a distinguere i diversi impulsi elettrici, è cominciata la sperimentazione con la protesi biomeccatroni-

ca, durata otto giorni. Cruciali gli algoritmi messi a punto dal gruppo coordinato da **Silvestro Micera**, docente di biorobotica alla Scuola Sant'Anna e a Losanna, capaci di trasformare in un linguaggio comprensibile al cervello di Dennis le informazioni provenienti dalla protesi. La comunicazione tra mano bionica e cervello ha funzionato: Dennis, bendato, ha saputo riconoscere la consistenza di oggetti duri, intermedi e morbidi. Ha definito correttamente dimensioni e forme. Ed è stato in grado di localizzare la loro posizione rispetto all'arto. Insomma: la sua mano è tornata a sentire.

«È la prima volta che si realizza qualcosa di simile», commenta Micera. E **Paolo Maria Rossini**, responsabile clinico della sperimentazione all'Irccs San Raffaele e direttore della neurologia del Gemelli, azzarda un paragone lunare: «Ci siamo presentati un po' come i ricercatori della prima missione sulla Luna: dopo anni di lavoro spingi il bottone, fai partire l'astronave e da lì non puoi più tornare indietro». La protesi biomeccatronica utilizzata (OpenHand) è infatti la versione evoluta della CyberHand, che cinque anni fa, per la prima volta al mondo, rispose ai comandi di movimento trasmessi dal cervello del paziente. Ma nel 2008 l'arto non poteva ancora essere calzato sul braccio umano, permetteva solo tre azioni e, soprattutto, non restituiva alla persona alcuna sensazione.

L'impegno dei ricercatori nei prossimi due anni - sottolinea **Eugenio Gugliemelli**, direttore del laboratorio di robotica e biomicrosistemi del Campus Bio-Medico - è quello di rendere permanente la protesi e di aumentare i sensori tattili integrati nella protesi.

**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA