



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Manager pubblici le nomine passano a Palazzo Chigi

- Pa, vigilanza al premier anche su fisco e demanio
- In alto mare la fusione tra Motorizzazione e Aci

ROMA La riforma della Pubblica amministrazione assegnerà più poteri a Palazzo Chigi nelle nomine dei manager pubblici, a scapito degli altri ministeri. La maggior parte delle società pubbliche sono partecipate dal Tesoro, che ha il diritto di compilare le liste dei consigli di amministrazione. Queste scelte passeranno per il Consiglio dei ministri. Torna nel cassetto la fusione tra Motorizzazione e Pra.

### Dove Palazzo Chigi conterà di più

Partecipazioni di maggioranza/controllo

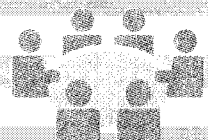
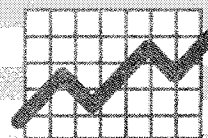


#### SOCIETÀ QUOTATE

ENEL S.p.a.	(25,50%)	
ENI S.p.a.	4,34%	Cassa Depositi e Prestiti S.p.a. detiene una partecipazione del 25,76%
Finmeccanica S.p.a.	(30,20%)	

#### SOCIETÀ NON QUOTATE

Agenzia Nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo Sviluppo d'impresa S.p.a. (Invitalia)	(100%)
ANAS S.p.a.	(100%)
GDP Cassa Depositi e Prestiti S.p.a.	(80,10%)
Consip S.p.a.	(100%)
ENAV S.p.a.	(100%)
FS Ferrovie dello Stato Italiane S.p.a.	(100%)
GSE Gestore dei Servizi Energetici S.p.a.	(100%)
INVIMIT SGR Investimenti Immobiliari Italiani Società di Gestione del Risparmio S.p.a.	(100%)
IPZS Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.a.	(100%)
Poste Italiane S.p.a.	(100%)
RAI Radio Televisione Italiana S.p.a.	(99,56%)
SOGEI Società Gestione Impianti Nucleari S.p.a.	(100%)
STMicroelectronics Holding N.V.	(50%)



## Nomine, più poteri a Palazzo Chigi

►L'indicazione dei manager pubblici dovrà però passare il vaglio del Consiglio dei ministri. Vigilanza al premier su fisco e demanio

►Ripartito l'iter del ddl Madia. La fusione tra la Motorizzazione e il Pra rimessa nel cassetto da un emendamento parlamentare

### IL PROVVEDIMENTO

**ROMA** La riforma della Pubblica amministrazione, dopo mesi di sonno, riparte. E si ricomincia da un tormentone che aveva tenuto banco per buona parte della scorsa estate e poi giustamente abbandonato: la fusione tra il Pra dell'Acì e la Motorizzazione Civile. In Senato è passato l'emendamento del governo per una «eventuale» fusione delle due istituzioni. Ma un subemendamento del senatore del Pd Roberto Cociancich ha introdotto anche la possibilità «eventuale» che invece di fondersi le banche dati del Pra e della Motorizzazione diventino più semplicemente «interoperabili». Significa che sopravviveranno tutte e due le strutture e che, al massimo, dovranno collegare i propri dati per arrivare ad un documento unico. Per ora, insomma, si è deciso di non decidere. Su un altro punto, invece, si è fatto un passo in avanti. È stato

approvato un emendamento del relatore che punta a sbloccare il meccanismo della conferenza dei servizi, nata proprio per evitare paralisi burocratiche ma poi trasformata in un ostacolo, congelata da poteri di veto.

Le amministrazioni che non partecipano alla conferenza o che non danno il loro parere nei tempi, poi non potranno annullare in autotutela i provvedimenti che autorizzano le opere. Una sorta di norma «anti-nimby», dall'acronimo inglese not in my backyard (non nel mio giardino).

### I PROSSIMI PASSI

Tuttavia, sarà solo da oggi che si entrerà nel vivo, procedendo verso gli articoli più «sensibili». Come per esempio il numero sette, uno probabilmente dei meno dibattuti fino ad oggi, ma che potrebbe avere sensibili impatti. Tra le altre cose, l'articolo sette della riforma della Pubblica amministrazione, rafforza i poteri di Palazzo Chigi a scapito di quelli

degli altri ministeri, in primis quello dell'Economia. A cominciare dalle nomine nelle società pubbliche. «I procedimenti di designazione o di nomina di competenza, diretta o indiretta, del governo o dei singoli ministri», si legge nell'emendamento presentato dal relatore Giorgio Pagliari, devono essere effettuati «in modo da garantire che le scelte, quand'anche da formalizzarsi con provvedimenti di singoli ministri, siano oggetto di esame in consiglio dei ministri». La maggior parte delle società pubbliche sono partecipate dal Tesoro, che esercita i diritti dell'azionista,

compreso quello di compilare le liste dei consigli di amministrazione. Queste scelte, ora, dovranno passare per il consiglio dei ministri. In realtà nei fatti, almeno nell'ultima tornata di manager pubblici, la scelta dei capi azienda è già avvenuta con una forte presenza di Palazzo Chigi, in un confronto, a volte anche dialettico, con il Tesoro. Con le nuove norme il ruolo di Palazzo Chigi verrebbe «istituzionalizzato». Stesso discorso anche per la vigilanza sulle Agenzie nazionali, come quella delle Entrate o del Demanio. L'emendamento prevede di rivedere la vigilanza, che oggi è in capo al Tesoro, «al fine di assicurare l'effettivo esercizio delle attribuzioni della Presidenza del consiglio». Intanto ieri a margine della Commissione, il ministro Madia ha spiegato che sulla legge 104 il governo fermerà gli abusi, ma non saranno rivisti i diritti di chi ha in carico disabili.

**Andrea Bassi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GRANDI OPERE,  
APPROVATA UNA NORMA  
ANTI «NIMBY». GLI ENTI  
LOCALI NON POTRANNO  
FARE MELINA NELLE  
CONFERENZE DEI SERVIZI**

Responsabilità: rassegna delle principali decisioni dei giudici della Suprema Corte nel corso del 2014

# Colpa medica, parla la Cassazione

Rebus sull'applicazione della Balduzzi - Tribunali divisi sull'interpretazione in sede civile

**T**orna come ogni anno la rassegna delle principali massime emesse dalla corte di Cassazione. Al centro delle sentenze il tema della colpa medica. Nei casi "lievi" vige la legge Balduzzi che definisce extracontrattuale la responsabilità del medico. Quindi l'onere della prova spetterebbe al paziente. Ma non tutti sono d'accordo. La rassegna delle sentenze della Suprema corte sugli emolumenti consolida un orientamento verso la definizione stragiudiziale del contenzioso. L'accento sulla responsabilità extracontrattuale del ministero della Salute, che implica la prescrizione entro cinque anni in sede civile. Il tribunale di Roma, invece, ha esteso l'indennizzo anche per il vaccino non obbligatorio (prevale l'interesse nazionale).

A PAG. 2-6

RESPONSABILITÀ MEDICA/ Massimario delle principali sentenze emesse nel 2014

## Colpa, così parlò la Cassazione

I supremi giudici ridisegnano la colpevolezza secondo la legge Balduzzi

**P**untuale come ogni anno, arriva il massimario delle sezioni civili e penali della Cassazione, sotto la direzione della magistrale opera di sintesi del presidente di sezione della Cassazione, **Giuseppe Maria Berruti**.

Il focus riguarda le pronunce più importanti in tema di responsabilità medica, e, in particolare: l'interpretazione della legge Balduzzi e il conseguente tema della qualificazione - contrattuale ovvero extracontrattuale - della responsabilità civile con i suoi importanti risvolti in tema di prescrizione dell'azione e onere della prova e, gli ormai usuali temi del consenso informato, della ripartizione dell'onere della prova, oltre alla puntualizzazione della ripartizione della responsabilità all'interno dei reparti ospedalieri con particolare attenzione al tema della responsabilità del primario.

**Interpretazione della legge Balduzzi.** A seguito dell'entrata in vigore del decreto legge 158/2012, convertito in legge 189/2012, le attenzioni della giurisprudenza di merito si sono concentrate

sulla natura contrattuale o extracontrattuale della responsabilità con pronunce decisamente discordi.

**Colpa lieve.** La posizione della Cassazione è sintetizzata nella **sentenza n. 8940**, ove si chiarisce che la legge di conversione - nella parte in cui prevede che «l'esercente la professione sanitaria, il quale nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve», fermo restando, in tali casi, «l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile» - non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrelevanza della colpa lieve. In particolare, la menzionata disposizione, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile, dev'essere interpretata, conforme al principio per cui in «*lege aquilia et levissima culpa ve-*

*nit*», nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrelevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica. Deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale.

In precedenza la Cassazione, n. 4030 del 2013, aveva affermato, senza però fornire indicazioni interpretative del secondo inciso dell'articolo 3, comma 1,

che la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate anche per la cosiddetta responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contratto sociale. Peraltro, trovandoci al cospetto di una decisione di inammissibilità ai sensi dell'articolo 360-bis, primo comma, del codice di procedura civile, la pur articolata dissertazione assume la valenza di mero *obiter dictum* e, come tale, non ha la portata di precedente.

**Medico sempre «garante» della salute del paziente.** Il medico è sempre titolare di una posizione di garanzia verso il paziente, anche quando si trova a prestare assistenza volontariamente o a titolo gratuito. In tal senso la **Cassazione**, sezione 3, **n. 18230**, ha chiarito che «colui il quale assume volontariamente un obbligo, ovvero inizia volontariamente l'esecuzione di una prestazione, ha il dovere di adempiere il primo o di eseguire la seconda con la correttezza e la diligenza prescritte dagli articoli 1175 e 1176 del codice civile, a nulla rilevando che la prestazione sia eseguita volontariamente e a titolo gratuito». Sul piano processuale, merita di essere segnalata sezione 3, **n. 8413**, a tenore della quale, nel processo a pluralità di parti - avviato da un paziente per far valere la responsabilità solidale di una casa di cura e del sanitario operante - non ricorre un'ipotesi di litisconsorzio necessario passivo, in quanto l'attore, avendo diritto di pretendere da ciascun condebitore il pagamento dell'intera somma dovuta a titolo di risarcimento dei danni subiti, instaura nei loro confronti cause scindibili. Per questo, in applicazione dei principi validi per l'obbligazione solidale passiva, la notifica della sentenza, che sia stata eseguita a istanza della parte attrice nei confronti di uno solo dei convenuti, segna esclusivamente nei riguardi dello stesso l'inizio del termine breve ex articolo 325 del codice di procedura civile. La questione, per quanto la soluzione qui riportata appaia condivisibile, probabilmente verrà in futuro portata, ai sensi dell'articolo 374, comma 2, del codice di procedura civile, all'attenzione delle sezioni Unite, in quanto, a fronte di pronunce conformi (**239/2008**), vi sono anche decisioni di segno contrario (**676/2012**, Rv. 621390). L'unicità della responsabilità solidale civile si presume anche quando l'evento si è determinato per il concatenarsi di una serie di eventi od omissioni imputabili a soggetti diversi.

La **Cassazione**, sezione 3, **n. 20192**, ha posto in rilievo che l'unicità del fatto dannoso richiesta dall'articolo 2055 del codice civile ai fini della configurabilità della responsabilità solidale degli autori dell'illecito va intesa in senso non assoluto, ma relativo, sicché ricorre tale responsabilità pur se il fatto dannoso sia derivato da più azioni od omissioni - dolose o colpose - costituenti fatti illeciti distinti, e anche diversi, sempre che le singole azioni od omissioni, legate da un vincolo di interdipendenza, abbiano concorso in maniera efficiente alla produzione dell'intero danno.

**Focus sulla posizione del primario.** Come la struttura è responsabile per il

coordinamento e gli strumenti che mette a disposizione del medico e del paziente, il primario ha un'autonoma responsabilità derivante dal suo obbligo di coordinamento.

A definire la responsabilità la **Cassazione**, sezione 3, **n. 22338**, nel condividere l'orientamento espresso nel precedente sezione 3, **24144/2010**, ha affermato che questi deve adempiere a tutti gli obblighi normativamente previsti dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 (nella specie, applicabile *ratione temporis*), tra i quali spicca quello di informazione sulle condizioni dei malati e di predisposizione di adeguate istruzioni al personale al fine di fronteggiare e gestire correttamente le emergenze. Resta infatti a suo carico, in caso di omissione, il danno derivato da una situazione di inadeguatezza della struttura sanitaria da egli stesso diretta e, nel caso si renda conto che il paziente non sia curabile per difetto di attrezzature, ometta di attivarsi per tentare di disporre il trasferimento in altra struttura più idonea.

**Danno da mancata attivazione della terapia del dolore e da accorciamento della vita.** Importante, l'affermazione contenuta in **Cassazione**, sezione 3, **n. 11522**, che, ponendosi nel solco di sezione 3, **23846/2008**, ha affermato l'esistenza di un danno da mancata attivazione della terapia del dolore.

L'omessa diagnosi di un processo morboso terminale, determinando un ritardo della possibilità di eseguire un intervento cosiddetto palliativo, cagiona al paziente un danno alla persona per il fatto che, nelle more, egli ha dovuto sopportare le sofferenze conseguenti a tale processo morboso e particolarmente il dolore, che la tempestiva esecuzione dell'intervento palliativo avrebbe potuto, sia pure senza effetto risolutivo sul piano della patologia, alleviare.

Sulla stessa lunghezza d'onda la **Cassazione**, sezione 3, **n. 7195**, che ha addebitato a un medico l'errata esecuzione di un intervento chirurgico praticabile per rallentare l'esito certamente infausto di una malattia, che aveva comportato la perdita per il paziente della chance di vivere per un periodo di tempo più lungo rispetto a quel o poi effettivamente vissuto. In tale eventualità, le possibilità di sopravvivenza, misurate in astratto secondo criteri percentuali, rilevano ai fini della liquidazione equitativa del danno, che dovrà altresì tenere conto dello scarto temporale tra la durata della sopravvivenza effettiva e di quella possibile, se intervento fosse stato eseguito correttamente.

**Danno su paziente grave.** Parimenti la pronuncia, sezione 3, **n. 6341** ha chiarito che, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto a un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata, anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumer-

si come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario.

**Onere della prova.** Sul tema della

ripartizione dell'onere della prova non vi sono sostanziali novità. La **Cassazione**, sezione 3, **n. 20547**, ha ribadito l'orientamento secondo cui il danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contratto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, mentre a carico del medico e/o della struttura sanitaria grava la dimostrazione che tale inadempimento non sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. L'eventuale situazione di incertezza o di stallo probatorio che residui, all'esito del giudizio, in ordine all'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno è destinata a ricadere sul debitore. In tale prospettiva, la Corte ha cassato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda risarcitoria avanzata dai familiari di una paziente deceduta, escludendo il nesso di causalità in quanto la consulenza tecnica d'ufficio aveva assegnato un identico grado di possibilità alle due cause di morte tecnicamente ipotizzabili, una sola delle quali attribuibile alla condotta del sanitario.

In tema di valutazione della prova in materia risarcitoria, ha affermato il giudice, **Cassazione**, sezione 3, **n. 22225**, ha rilevato che correttamente il giudice può non tener conto delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio disposta nel corso del giudizio - che, pure, di norma presenta in tale ambito natura "percipiente" -, allorché questa, chiamata a pronunciarsi sull'efficienza causale della condotta della struttura sanitaria rispetto all'evento dannoso, formuli una valutazione in termini di «meno probabile che non», posto che, per ricondurre sul piano eziologico l'evento al soggetto ritenuto responsabile in termini di certezza probabilistica, è necessaria una valutazione opposta, ossia formulata in termini di «più probabile che non».

La Corte, poi, con sentenza della sezione 3, **n. 15490**, ha affermato che il paziente ha il solo onere di dedurre «qualificate inadempienze», in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno.

**Inadempienza qualificata.** Sottolineano l'onere di allegare l'inadempimento qualificato del medico o della struttura sanitaria le sentenze della sezione 3, **n. 21025** e **n. 20547**, la quale ha inoltre ribadito che, qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza

del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore. Tale ultima pronuncia si segnala per essersi posta in consapevole contrasto con sezione 3, n. 4792 del 2013, per la quale, se, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale tra condotta del medico e danno, tale incertezza ricade sul paziente e non sul medico.

Da ultimo, sezione 3, n. 22222, ha precisato che la distinzione fra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non vale come criterio di ripartizione dell'onere della prova, ma rileva soltanto ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova della particolare difficoltà della prestazione.

**Il risarcimento del danno.** Infine, una puntuale ricognizione della portata dei poteri valutativi spettanti al giudice del rinvio in relazione alle risultanze istruttorie acquisite nelle precedenti fasi di merito - con particolare riferimento alla valutazione circa il raggiungimento della prova dell'assenza di colpa, incombenza sulla struttura sanitaria, nel caso di danni subiti da un nascituro in conseguenza dell'omessa esecuzione di un parto cesareo - è stata operata da Cassazione, sezione 3, n. 13358. La sentenza ha infatti escluso che il giudice del rinvio possa trarre indicazioni al riguardo dalla stessa sentenza di annullamento pronunciata dalla Corte, attesi i limiti istituzionali propri del sindacato di legittimità, che escludono ogni potere di valutazione delle prove.

**Liquidazione del danno.** Di estremo interesse è un ulteriore arresto giurisprudenziale, Cassazione, sezione 3, n. 6341, che ha delineato le specifiche modalità di applicazione del sistema tabellare nella liquidazione del danno in caso di lesione dell'integrità fisica conseguente alla cattiva esecuzione di un intervento medico nei confronti di paziente già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica. La Corte ha, al riguar-

do, affermato che, qualora dalla cattiva esecuzione dell'intervento derivi una compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residuata anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, la liquidazione del danno con il sistema tabellare va determinata muovendo dalla percentuale di invalidità effettivamente risultante - alla quale va sottratto quanto indicato in tabella in termini monetari per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile - e, perciò, non riconducibile alla responsabilità del sanitario. In applicazione di tale principio, ha argomentato la Corte che, la condotta dei responsabili aveva cagionato un danno-evento rappresentato non dalla perdita dell'integrità fisica da zero al 5%, bensì dal 5% al 10%, onde, nella liquidazione del danno secondo il sistema tabellare, il riferimento al valore equivalente a un'invalidità del 5% si sarebbe tradotto nel considerare un danno-evento diverso da quello effettivamente cagionato. L'equivalente da considerare era, dunque, quello che, secondo le tabelle applicate, rappresentava la differenza fra il valore dell'invalidità del 10% e quello del 5%.

**Consenso informato e onere d'informazione.** Il tema della portata dell'obbligo informativo continua a farla da padrone. Nel corso dell'anno si sono evidenziate pronunce che ponevano sul medico responsabilità diverse nel caso in cui il sanitario si trovasse di fronte a un intervento urgente e/o ineliminabile, piuttosto che a un intervento voluttuario e/o non fondamentale.

In particolare la Cassazione, sezione 3, n. 12830, ha precisato che, quando a un intervento di chirurgia estetica segua un inestetismo più grave di quello che si mirava a eliminare o attenuare, la responsabilità del medico per il danno derivato è conseguente all'accertamento che il paziente non sia stato adeguatamente informato di tale possibile esito, ancorché l'intervento risulti correttamente eseguito. Infatti, con la chirurgia estetica il paziente insegue un risultato non declinabile in termini di tutela della salute, ciò che fa presumere come il consenso all'in-

tervento non sarebbe stato prestato se egli fosse stato compiutamente informato dei relativi rischi, senza che sia necessario accertare quali sarebbero state le sue concrete determinazioni in presenza della dovuta informazione.

La Cassazione, sezione 3, n. 19731, ha poi precisato che lo stesso va acquisito anche qualora la probabilità di verifica dell'evento sia così scarsa da essere prossima al fortuito o, al contrario, sia così alta da renderne certo il suo accadimento, poiché la valutazione dei rischi appartiene al solo titolare del diritto esposto e il professionista o la struttura sanitaria non possono ometterle in base a un mero calcolo statistico.

Mentre la Cassazione, sezione 3, n. 20547, ha ribadito che la violazione da parte del medico del dovere di informare il paziente può causare due diversi tipi di danni. Un danno alla salute - sussistente quando sia ragionevole ritenere che il paziente, se correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subire le conseguenze invalidanti -, nonché un danno da lesione del diritto di autodeterminazione in se stesso, il quale sussiste quando, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio (patrimoniale o non) diverso dalla lesione del diritto alla salute.

In merito all'importanza del consenso informato, quale elemento strutturale dei contratti di protezione che si concludono nel settore sanitario, in cui gli interessi da realizzare attengono alla sfera della salute in senso ampio, la Cassazione, sezione 3, n. 19731, ha chiarito che va acquisito indipendentemente dal grado di probabilità di verificazione dell'evento e, in particolare, anche quando tale probabilità sia talmente esigua da essere prossima al fortuito o, all'opposto, risulti talmente elevata da confinare con la certezza, poiché la valutazione dei rischi appartiene al solo titolare del diritto esposto e il professionista o la struttura sanitaria non possono ometterla in base a un mero calcolo statistico.

pagina a cura di  
**Paola Ferrari**

**CORTE DEI CONTI/ Relazione sulla legge di Stabilità: più investimenti per l'innovazione**

# Così si rischia il corto-circuito

**La revisione della spesa con il Pil in calo può tagliare servizi essenziali**

Nel corso dell'esame parlamentare sono state apportate solo limitate integrazioni e modifiche alle norme destinate al settore sanitario. Ben maggiore è l'impatto per il comparto riconducibile al recente accordo Stato-Regioni con cui sono state individuate le modalità di attuazione concreta del contributo richiesto alle amministrazioni regionali. Esso si traduce, infatti, in una consistente revisione delle somme destinate al finanziamento del Ssn nel Patto del 10 luglio scorso.

Una eventualità che era già adombrata nel testo della legge di stabilità, allorché si prefigurava che un contenimento delle somme destinate a tale comparto avrebbe potuto derivare quale "effetto indiretto" dei risparmi di spesa richiesti alle Regioni. In mancanza di un'intesa entro il 31 gennaio 2015, lo Stato avrebbe potuto procedere autonomamente a una riduzione delle risorse regionali, ivi comprese quelle destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario.

La legge di stabilità conferma il recepimento di importanti parti del recente Patto della salute. Innanzitutto, gli importi previsti nell'accordo sul finanziamento del Ssn per il prossimo biennio: dato un livello per il 2014 pari a 109,9 miliardi, gli importi per il 2015 e 2016 sono posti pari, rispettivamente, a 112,1 miliardi e a 115,4 miliardi.

Nell'intento di contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni e a facilitare il percorso di efficienza basato sui costi standard, avviato in anni caratterizzati da una continua rimodulazione delle risorse, si dispone che eventuali risparmi nella gestione della sanità rimangano all'interno del comparto.

La norma tuttavia fa salvo il meccanismo previsto dal comma 80 della legge 191/2009, che consente alle Regioni in Piano di rientro che presentano un disavanzo sanitario inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle maggiorazioni dell'aliquota Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef, di ridurre le predette maggiorazioni, garantendo comunque una

copertura adeguata del disavanzo, o di destinare il gettito eccedente a finalità extrasanitarie. Si conferma, infatti, nel testo definitivo la previsione normativa (introdotta nell'impianto della legge n. 191 dall'articolo 2, comma 6, del Dl 120/2013) che fa venir meno, come la Corte ha avuto modo di osservare, il legame diretto tra formazione di disavanzi sanitari e attivazione della leva fiscale a copertura. Legame che pure, secondo il legislatore, era destinato a rappresentare una sanzione politica nei confronti dell'amministratore regionale inadempiente/inefficiente.

Vengono recepite anche le disposizioni sulla governance sanitaria e in particolare quelle sulle nomine dei Commissari ad acta per la predisposizione e attuazione dei Piani di rientro (comma 569), per i quali si sancisce l'incompatibilità con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento.

Appare senz'altro condivisibile sottrarre alla disponibilità del Governo regionale un'area rilevante come la sanità in presenza di quelle gravi inadempienze che portano al commissariamento e positiva è la scelta di affidarne la gestione a figure di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza anche in base a risultati in precedenza conseguiti. Resta, tuttavia, da valutare la portata della norma, la cui applicazione riguarda «le nomine effettuate, a qualunque titolo, successivamente all'entrata in vigore della presente legge». Ne deriva che, nelle Regioni attualmente commissariate, i presidenti che saranno eletti nelle prossime consultazioni in base a tali disposizioni non potranno svolgere il compito di commissario ad acta.

In risposta alle difficoltà rilevate nella gestione del personale, quanto previsto dal comma 584, pur prorogando al 2020 il tetto alla spesa fissato da ultimo dall'articolo 17 del Dl 98/2011, introduce degli elementi di flessibilità nella verifica degli adempimenti regionali, prevedendo che ove gli obietti-

vi di spesa non siano conseguiti, la Regione si considera comunque adempiente se ha raggiunto l'equilibrio economico e se abbia attuato, tra il 2015 e il 2019, un percorso graduale di riduzione della spesa per il personale fino al completo conseguimento dell'obiettivo nell'anno finale (2020). Quanto al blocco del turn over disposto quale sanzione per le Regioni che in sede di verifica annuale non garantiscono l'equilibrio di bilancio, la durata dello stesso, attualmente prevista fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, viene ridotta di 1 anno, portandola alla fine dell'anno successivo a quello di verifica.

Volta a migliorare l'efficienza delle gestioni, infine, la disposizione che incrementa dal 90 al 95 per cento la quota di risorse del settore sanitario che in corso d'anno le Regioni sono tenute a trasferire agli enti del servizio sanitario regionale, salvo il completo trasferimento entro la fine del primo trimestre dell'esercizio successivo. La norma è diretta a migliorare la tempistica del pagamento dei debiti verso i fornitori e, insieme alla maggiore trasparenza contabile conseguente all'attuazione del Dlgs 118/2011, dovrebbe contribuire a evitare il ripetersi dei ritardi verificatisi in passato.

Sempre in riferimento alle Regioni in Piano di rientro, specifiche disposizioni (comma 604) riguardano la Regione Molise: a distanza di sette anni dalla sottoscrizione del Piano di rientro, la Regione presenta ancora un elevato disavanzo, parzialmente privo di copertura (51,7 milioni nel 2013 secondo quanto emerge dalla verifica annuale dei competenti Tavoli), tale dunque da far scattare le maggiorazioni delle aliquote fiscali oltre i massimi previsti dalla legislazione vigente; il disavanzo pregresso è anch'esso elevato e pari a circa 183 milioni: come rilevato giustamente nella relazione tecnica, «se paragonato alle dimensioni della Lombardia, sarebbe pari a circa 11 miliardi».

La gravità della situazione economico-finanziaria e sanita-

ria rende quindi necessario un Piano straordinario di risanamento da recepire con un Accordo specifico Stato-Regione, che definisca il nuovo percorso di rientro della Regione e le condizioni per l'erogazione dei 40 milioni, quale intervento di accompagnamento statale al risanamento.

Nel corso dell'esame parlamentare due sono le modifiche di maggior rilievo.

Con la prima è stato istituito presso il ministero della Salute un Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi con uno stanziamento dello Stato di 100 milioni di euro per il 2015 (dedotti dal fondo per interventi strutturali di politica economica). Tale somma va ad aggiungersi ai 400 milioni per il 2015 e ad altri 500 per il 2016, ricavati invece dalle quote a destinazione vincolata già stanziati per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le somme saranno ripartite tra le Regioni in proporzione alla spesa sostenuta da ciascuna per l'acquisto dei medicinali innovativi (secondo modalità individuate con apposito decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni). Il finanziamento della misura con risorse assegnate e vincolate per la realizzazione degli obiettivi di piano finisce per far gravare la parte prevalente del finanziamento su risorse fino a ora aventi altri obiettivi. Andranno verificati (competenza attribuita al Comitato Lea) gli effetti di contenimento della spesa sanitaria territoriale e ospedaliera dovuti alla diffusione dei medicinali innovativi. Per ridurre l'impatto della spesa per tali farmaci innovativi (e tra essi di quello

per l'epatite C) sulle altre aziende farmaceutiche non coinvolte dal Fondo, vengono modificate anche le regole del pay back. In particolare, se il fatturato aziendale per un determinato farmaco supera la quota di 300 milioni annui, la stessa azienda sarà tenuta a farsi carico del pay back in misura del 20 per cento dell'eventuale sfioramento delle risorse messe in campo dal Fondo, mentre il restante 80 per cento sarà ripartito, proporzionalmente ai rispettivi fatturati, tra tutte le altre aziende farmaceutiche titolari di brevetti di farmaci non innovativi.

Di particolare rilievo infine la previsione, a decorrere dall'anno 2015, di una revisione, con Dm di intesa con le Regioni, dei pesi per il riparto del Fondo sanitario in modo da tenere conto anche del raggiungimento di determinati standard di qualità. Viene tuttavia previsto che qualora non venga raggiunta l'intesa entro il 30 aprile 2015, per l'anno 2015 continuano ad applicarsi i pesi adottati nel 2014.

Nel quadro di previsione contenuto nel Def dell'aprile 2014 (e non modificato con la Nota di aggiornamento) la spesa sanitaria presentava nel triennio 2014-2016 un tasso di crescita del 2 per cento in media all'anno. A fronte di un tasso di variazione del Pil (nominale) rispettivamente del 2,5 e del 3,1 per cento nel 2015 e nel 2016 si rafforzava il processo di stabilizzazione della spesa intorno al 7 per cento del prodotto. La conferma, in occasione della definizione del Patto della salute, della c.d. regola di variazione a legislazione vigente, che prevede per tale comparto una crescita del finanziamento in linea con la dinamica attesa per il Pil nominale come indicato nelle stime ufficiali (il Def era a luglio scorso l'ultimo documento programmatico disponibile), ha condotto agli importi recepiti nella legge di stabilità.

Alla luce del nuovo quadro

di previsione, un tale profilo del finanziamento porta a prefigurare una inversione nella tendenza alla stabilizzazione della spesa e un recupero dei livelli del 2010, con un riassorbimento delle riduzioni conosciute negli ultimi anni.

Un ricalcolo del finanziamento sulla base dei tassi di crescita del Pil della Nota (che continuano a risultare, in termini nominali, alla luce del rallentamento ulteriore dei prezzi, superiori alle previsioni più recenti) evidenzia spazi per un ridimensionamento degli importi inseriti nell'Intesa di circa 1,7 miliardi nel 2015 e di 2,7 miliardi nel 2016 (si veda il riquadro in basso "La spesa sanitaria e i tagli al finanziamento").

La soluzione che sembra profilarsi con l'accordo Stato-Regioni in corso di definizione trova quindi fondamento nel mantenimento di un profilo di spesa in linea con il tasso di crescita più aggiornato. Va inoltre considerato che la stessa somma riconosciuta per il 2014 si basa su variazioni del prodotto superiori a quanto effettivamente conseguito.

Resta, naturalmente, il problema di come rispondere alle necessità di un settore che, pur scontando ancora margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza a una popolazione sempre più longeva. L'allentamento del vincolo finanziario poteva consentire di affrontare con più facilità nodi irrisolti (revisione dei Lea, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le Regioni, revisione delle partecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni), che il nuovo Patto della salute ha solo elencato rinviandone la definizione. Elementi che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione.

**P**er la Corte dei conti il trend della spesa sanitaria viaggia al ribasso, in linea con il taglio del Pil sceso dall'1,7% originario al +0,3% attuale. L'analisi messa nero su bianco nelle «Prospettive della finanza pubblica dopo la legge di stabilità», di cui pubblichiamo ampi stralci, dunque, definisce «un trend preoccupante per un settore che, pur scontando ancora

margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative e offrire adeguata assistenza a una popolazione sempre più longeva.

Secondo il rapporto è un'occasione persa: l'allentamento del vincolo finanziario, infatti, poteva consentir

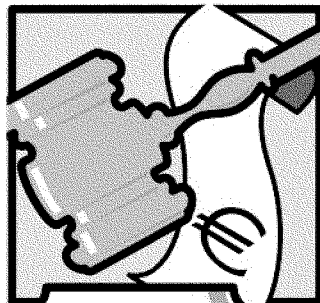
di affrontarli con più facilità nodi irrisolti (revisione dei Lea, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le Regioni, revisione delle partecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni), che il nuovo Patto della salute ha solo elencato rinviandone la definizione. «Elementi che, se non risolti», scrivono i riva-

strati contabili - rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione. Insomma, cresce il rischio per la sostenibilità delle prestazioni pubbliche, ma anche il timore che da tagli altoposti di risorse derivino peggioramenti nella qualità dei servizi o aumenti delle imposte destinate al loro finanziamento.

## Corte dei Conti, focus sulla spesa sanitaria 2013

*Sono le Regioni e le amministrazioni del Sud le più penalizzate dalle manovre di contenimento dei trasferimenti registrati in quest'ultimo triennio*

**Per garantire servizi adeguati servono investimenti in tecnologie e infrastrutture (quarta parte e ultima parte)**



## Debiti alti, a rischio i servizi

**L**a relazione della Corte dei conti fotografa lo stato dell'arte della situazione finanziaria del Ssn a livello regionale nel 2013. Un check che dà conto ancora di un elevato indebitamento che mette a rischio la tenuta del sistema sanitario. Lo mette in evidenza la stessa Corte dei conti quando ammette che i tagli inferti al Ssn in questi anni sono stati eccessivi e stanno mettendo pericolosamente a rischio i servizi e la qualità-quantità dell'assistenza. La sanità, infatti, ha subito una contrazione della spesa nell'ultimo triennio: in particolare si sono ridotte le spese di personale (dal 34,97% nel 2002 al 32,19%

nel 2013) e la spesa farmaceutica convenzionata (dal 14,98% nel 2002 al 7,86% nel 2013). Secondo la Corte dei conti sono le Regioni e le amministrazioni del Sud le più penalizzate dalle manovre di contenimento della spesa 2008-13. Nel 2013, infatti, il peso della spesa sanitaria su quella corrente complessiva è pari nel 2013 al 75,87%, contro il 76,50% del 2012. E nel complesso il Ssn «sta riassorbendo i disavanzi pregressi grazie agli efficaci meccanismi di monitoraggio». Ma attenzione, se gli obiettivi di equilibrio finanziario sono stati ottenuti, il rischio - senza gli oppor-

tuni investimenti in tecnologie e infrastrutture - è che si passi da un deficit contabile a un «deficit assistenziale».

**Risorse per gli enti del Servizio sanitario per l'anno 2013 (importi in migliaia di euro)**

Regione	Risorse incassate da Stato	Risorse proprie impegnate per Ssr	Risorse destinate agli enti del Ssr	Erogazione di cassa agli enti del Ssr	Risorse ancora da erogare	Percentuale risorse erogate
Piemonte	9.476.403	288.644	9.765.046	9.052.214	712.832	92,70
Lombardia	17.746.146	0	17.746.146	16.026.417	1.719.730	90,31
Veneto	9.432.082	107.815	9.539.897	9.304.631	235.266	97,53
Liguria	2.823.893	223.751	3.047.644	2.877.677	169.967	94,42
Emilia R.	8.993.828	221.547	9.215.376	9.151.521	63.854	99,31
Toscana	7.222.468	63.229	7.285.697	6.895.202	390.496	94,64
Marche	2.759.739	23.000	2.782.739	2.729.162	53.578	98,07
Umbria (1)	1.652.149	1.000	1.653.149	1.668.221	-15.072	100,91
Lazio	9.863.912	47.685	9.911.598	10.914.007	-1.002.409	110,11
Abruzzo	2.683.391	130.016	2.813.407	2.813.407	0	100,00
Molise	574.555	0	574.555	557.768	16.788	97,08
Campania	10.346.626	503.547	10.850.173	10.512.623	337.550	96,89
Puglia	6.914.296	96.627	7.010.923	6.781.560	229.363	96,73
Basilicata (2)	959.276	43.220	1.002.495	953.556	48.939	95,12
Calabria	4.718.701	2.042	4.720.743	3.333.724	1.387.019	70,62
<b>Totale Rso</b>	<b>96.167.466</b>	<b>1.752.123</b>	<b>97.919.589</b>	<b>93.571.688</b>	<b>4.347.901</b>	<b>95,56</b>
Valle d'Aosta	0	280.028	280.028	277.871	2.156	99,23
Trentino A.A.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Pa Bolzano	0	1.152.702	1.152.702	999.994	152.708	86,75
Pa Trento (2)	0	1.120.788	1.120.788	1.056.764	64.024	94,29
Friuli V.G.	51.579	2.211.366	2.262.945	2.189.180	73.765	96,74
Sardegna (3)	29.018	3.761.316	3.790.334	3.416.870	373.464	90,15
Sicilia	4.356.854	4.357.471	8.714.325	5.426.947	3.287.378	62,28
<b>Totale Rss</b>	<b>4.437.450</b>	<b>12.883.672</b>	<b>17.321.122</b>	<b>13.367.627</b>	<b>3.953.495</b>	<b>77,18</b>
<b>Totale nazionale</b>	<b>100.604.916</b>	<b>14.635.794</b>	<b>115.240.710</b>	<b>106.939.315</b>	<b>8.301.396</b>	<b>92,80</b>

(1) Nel corso del 2013 la Regione Umbria ha liquidato ulteriori trasferimenti relativi al finanziamento pregresso.

(2) I dati, in parte o totalmente, sono stati recuperati dalla parte quesiti, Sez. VII - Servizio sanitario regionale.

(3) L'importo di 29.018 migliaia di euro corrisponde all'incasso ricevuto dallo Stato per somme vincolate extrafondi.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2013 (definitivi/provisori), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014

Enti del Servizio sanitario nazionale - Anno 2011 (importi in migliaia di euro)

Regioni e Pa	Comparto sanitario (Regioni e Pa + Enti Ssn)														
	Debiti m/l			Debiti a breve termine						Totale indebitamento				di cui:	
	a	b	c	d	e	f	g	a+b+c+d+e+f+g	a	b+c+e+f+g	a lungo termine	a breve termine (no debiti v/Reg. Az. san. della Reg.)	a breve termine (debiti v/Reg. Az. san. della Reg.)		
Piemonte * (1)	49.368	1.139.704	2.680.978	414.390	5.280	153.041	720.268	5.163.029	49.368	4.699.271	414.390	4.14.390			
Lombardia	105.614	1.162	2.532.374	23.021.827	1.597	0	1.543.418	27.205.992	105.614	4.078.551	23.021.827	23.021.827			
Veneto	39.933	182.109	2.896.692	241.266	4.418	96.663	907.121	4.368.201	39.933	4.087.003	241.266	241.266			
Liguria	24.385	70.951	720.723	33.094	1.565	15.602	271.750	1.138.070	24.385	1.080.591	33.094	33.094			
Emilia R.	823.156	387.705	2.944.777	611.318	5.333	194.951	697.033	5.664.272	823.156	4.229.799	611.318	611.318			
Toscana	552.316	376.128	2.058.641	1.808.541	10.771	45.518	584.055	5.435.970	552.316	3.075.113	1.808.541	1.808.541			
Marche	6.876	17.392	488.287	159.708	2.255	20.105	169.179	863.800	6.876	697.217	159.708	159.708			
Umbria	23.175	14.400	258.184	101.247	29.381	4.421	74.358	505.166	23.175	380.744	101.247	101.247			
Lazio *	5.807	799.768	7.340.246	551.327	4.332	7.547	1.021.380	9.730.407	5.807	9.173.273	551.327	551.327			
Abruzzo *	21.907	0	829.838	579.982	798	388	136.283	1.569.196	21.907	967.307	579.982	579.982			
Molise *	823	2.237	387.531	24	515	268	64.194	455.592	823	454.745	24	24			
Campania *	10.271	215.629	6.800.181	0	1.203	49.585	896.939	7.973.808	10.271	7.963.537	0	0			
Puglia *	0	75.329	2.240.248	162.471	4.574	15.977	617.720	3.116.319	0	2.953.848	162.471	162.471			
Basilicata	0	4	172.160	3.032	1.323	308	50.595	227.422	0	224.390	3.032	3.032			
Calabria *	3.159	451.190	1.939.702	821.782	414.289	3.773	325.514	3.959.409	3.159	3.134.468	821.782	821.782			
<b>Totale Rso</b>	<b>1.666.789</b>	<b>3.733.708</b>	<b>34.290.563</b>	<b>28.510.008</b>	<b>487.635</b>	<b>608.146</b>	<b>8.079.806</b>	<b>77.376.654</b>	<b>1.666.789</b>	<b>47.199.857</b>	<b>28.510.008</b>	<b>28.510.008</b>			
Valle d'Aosta	0	0	27.264	121	498	1	33.106	60.990	0	60.869	121	121			
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Pa Bolzano (2)	0	45.856	103.968	12.920	2.399	0	141.814	306.957	0	294.037	12.920	12.920			
Pa Trento (3)	0	0	90.926	4.978	65	60.838	64.815	221.622	0	216.644	4.978	4.978			
Friuli V.G. (3)	0	0	297.092	168.628	2.751	5.293	138.568	612.332	0	443.703	168.628	168.628			
Sardegna	18.475	1.091.933	2.356.314	80.012	1.455	20.470	893.682	1.242.138	18.475	1.076.907	146.756	146.756			
Sicilia *	0	1.137.790	3.653.258	413.415	9.671	105.589	1.549.706	6.887.905	0	6.456.015	413.415	413.415			
<b>Totale Rss</b>	<b>18.475</b>	<b>1.137.790</b>	<b>3.653.258</b>	<b>413.415</b>	<b>9.671</b>	<b>105.589</b>	<b>1.549.706</b>	<b>6.887.905</b>	<b>18.475</b>	<b>6.456.015</b>	<b>413.415</b>	<b>413.415</b>			
<b>Tot. nazionale</b>	<b>1.685.264</b>	<b>4.871.499</b>	<b>37.943.821</b>	<b>28.923.423</b>	<b>497.306</b>	<b>713.735</b>	<b>9.629.512</b>	<b>84.264.559</b>	<b>1.685.264</b>	<b>53.655.872</b>	<b>28.923.423</b>	<b>28.923.423</b>			

(\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

(1) Sono stati comunicati i dati relativi al 2013 e 2012.

(2) Sono stati comunicati solo i dati relativi al 2013. I dati relativi al 2011 e 2012, sono stati acquisiti dalla relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Pa di Bolzano pubblicato con delibera n. 2/PAR/2014.

(3) Sono stati comunicati solo i dati relativi al 2013.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2011, 2012 e rendiconto 2013 (definitivi/provisori), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di omessa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 20/2013/IRG), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. I/REG

Enti del Servizio sanitario nazionale - Anno 2012 (importi in migliaia di euro)

Regioni e Pa	Comparto sanitario (Regioni e Pa + Enti Ssn)																
	Debiti a breve termine												di cui:				
	Debiti m/l		Debiti v/Regioni, Aziende sanitarie		Debiti v/Aziende sanitarie extra Regione		Debiti v/Stato, Comuni e altri Enti pubblici		Altri debiti		Totale indebitamento			a lungo termine		a breve termine (no debiti v/Reg. Az. san. della Reg.)	
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	
Piemonte *	46.309	1.147.410	2.995.951	424.959	5.797	170.747	746.944	5.538.117	46.309	5.066.849	424.959	46.309	5.066.849	424.959	46.309	5.066.849	424.959
Lombardia	94.259	11.917	2.498.320	25.219.187	0	16.389	1.638.197	29.478.269	94.259	4.164.823	25.219.187	94.259	4.164.823	25.219.187	94.259	4.164.823	25.219.187
Veneto	28.474	243.836	2.830.413	1.144.426	3.843	4.843.916	1.238.240	10.333.148	28.474	9.160.248	1.144.426	28.474	9.160.248	1.144.426	28.474	9.160.248	1.144.426
Liguria	19.902	79.600	620.758	36.361	1.031	9.981	282.061	1.049.694	19.902	993.431	36.361	19.902	993.431	36.361	19.902	993.431	36.361
Emilia R.	806.895	309.776	2.672.746	1.498.551	6.737	6.062.291	741.900	12.098.895	806.895	9.793.449	1.498.551	806.895	9.793.449	1.498.551	806.895	9.793.449	1.498.551
Toscana	525.117	350.104	1.946.471	3.119.997	1.900	249.984	606.371	6.799.944	525.117	3.154.830	3.119.997	525.117	3.154.830	3.119.997	525.117	3.154.830	3.119.997
Marche	5.192	21.642	416.086	799.336	2.278	19.470	236.979	1.500.984	5.192	696.455	799.336	5.192	696.455	799.336	5.192	696.455	799.336
Umbria	27.787	5.160	219.739	363.169	36.650	5.383	100.659	758.547	27.787	367.591	363.169	27.787	367.591	363.169	27.787	367.591	363.169
Lazio *	3.991	644.550	6.471.683	5.376.440	5.351	6.598	845.267	13.353.880	3.991	6.598.157	5.376.440	3.991	6.598.157	5.376.440	3.991	6.598.157	5.376.440
Abruzzo *	0	17.271	794.008	1.439.609	1.231	36.089	173.607	2.461.815	0	1.022.206	1.439.609	0	1.022.206	1.439.609	0	1.022.206	1.439.609
Molise *	680	1.063	458.761	265.013	418	235	110.745	836.915	680	571.222	265.013	680	571.222	265.013	680	571.222	265.013
Campania *	8.818	127.116	5.696.254	1.170.933	368	33.908	728.551	6.596.157	8.818	6.596.157	1.170.933	8.818	6.596.157	1.170.933	8.818	6.596.157	1.170.933
Puglia *	0	51.417	1.813.679	29.228	1.976	7.748	616.158	3.660.303	0	2.489.370	29.228	0	2.489.370	29.228	0	2.489.370	29.228
Basilicata	0	14.467	172.274	29.228	1.976	559	42.203	260.707	0	231.479	29.228	0	231.479	29.228	0	231.479	29.228
Calabria *	2.284	249.221	1.696.473	1.149.371	2.086	2.541	332.955	3.434.931	2.284	2.283.276	1.149.371	2.284	2.283.276	1.149.371	2.284	2.283.276	1.149.371
Totale Rso	1.569.708	3.274.551	31.303.615	42.036.579	71.176	11.465.840	8.440.836	98.162.305	1.569.708	54.556.018	42.036.579	1.569.708	54.556.018	42.036.579	1.569.708	54.556.018	42.036.579
Valle d'Aosta	0	0	25.320	63	245	2	32.388	58.018	0	57.955	63	0	57.955	63	0	57.955	63
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pa Bolzano (1)	0	32.737	73.508	19.178	1.387	0	133.736	260.547	0	241.368	19.178	0	241.368	19.178	0	241.368	19.178
Pa Trento (2)	0	0	93.604	4.932	134	61.633	71.777	232.080	0	227.148	4.932	0	227.148	4.932	0	227.148	4.932
Friuli V.G. (2)	7.200	0	234.869	0	0	0	267.619	509.688	7.200	502.488	0	7.200	502.488	0	7.200	502.488	0
Sardegna	20.841	0	632.403	301.252	2.618	2.962	282.994	1.243.070	20.841	920.977	301.252	20.841	920.977	301.252	20.841	920.977	301.252
Sicilia *	0	966.465	1.931.273	3.957.418	2.868	18.064	962.543	7.838.631	0	3.881.213	3.957.418	0	3.881.213	3.957.418	0	3.881.213	3.957.418
Totale Rss	28.041	999.202	2.990.977	4.282.843	7.252	82.661	1.751.057	10.142.034	28.041	5.831.149	4.282.843	28.041	5.831.149	4.282.843	28.041	5.831.149	4.282.843
Tot. nazionale	1.597.749	4.273.753	34.294.592	46.319.423	78.429	11.548.501	10.191.893	108.304.339	1.597.749	60.387.167	46.319.423	1.597.749	60.387.167	46.319.423	1.597.749	60.387.167	46.319.423

(\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.  
 (1) Sono stati comunicati i dati relativi al 2013. I dati relativi al 2011 e 2012, sono stati acquisiti dalla relazione allegata al giudizio di parificazione del rendiconto generale della Pa di Bolzano pubblicato con delibera n. 2/PAR/2014.  
 (2) Sono stati comunicati solo i dati relativi al 2013.  
 Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2011, 2012 e rendiconto 2013 (definitivi/provisioni), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di omessa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 20/2013/FRG), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. I/REG

Enti del Servizio sanitario nazionale - Anno 2013 (importi in migliaia di euro)

Regioni e Pa	Comparto sanitario (Regioni e Pa + Enti Ssn)										
	Debiti a breve termine						di cui:				
	a	b	c	d	e	f	g	Totale indebitamento	a lungo termine	a breve termine (no debiti v/Reg. Az. san. della Reg.)	a breve termine (debiti v/Reg. Az. san. della Reg.)
Mutui, prestiti obbligazionari e altro a m/l termine	Debiti v/tesoriere o altri istituti di credito	Debiti v/fornitori	Debiti v/Regione, Aziende sanitarie	Debiti v/Aziende sanitarie extra Regione	Debiti v/Stato, Comuni e altri Enti pubblici	Altri debiti	ab+bc+cd+ef+fg	a	b+c+d+e+fg	d	
Piemonte *	35.403	759.641	2.260.792	1.906.564	11.277	149.223	806.088	5.928.988	35.403	3.987.021	1.906.564
Lombardia	105.231	1.972	2.272.855	27.124.752	1.874	0	1.914.536	31.421.220	105.231	4.191.237	27.124.752
Veneto	22.408	124.543	2.042.795	1.295.921	3.433	3.788.714	1.125.941	8.403.756	22.408	7.085.426	1.295.921
Liguria	16.467	59.544	458.096	12.470	957	25.102	281.161	853.797	16.467	824.860	12.470
Emilia R.	771.190	234.108	1.784.887	1.680.335	6.036	3.280.071	679.537	8.436.163	771.190	5.984.637	1.680.335
Toscana	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Marche	3.676	17.733	361.605	614.087	1.903	17.345	236.584	1.252.933	3.676	635.171	614.087
Umbria	23.730	0	167.652	102.460	48.287	2.075	96.514	440.718	23.730	314.528	102.460
Lazio *	3.057	584.142	5.971.757	6.120.156	7.203	8.470	1.198.168	13.892.953	3.057	7.769.740	6.120.156
Abruzzo *	0	0	647.455	1.476.677	1.402	1.627	159.039	2.286.201	0	809.524	1.476.677
Molise *	531	16.134	445.555	219.388	358	247	99.917	782.129	531	562.210	219.388
Campania *	7.280	113.695	3.872.351	0	2.682	271.800	543.632	4.811.441	7.280	4.804.161	0
Puglia *	0	0	1.286.872	892.713	667	10.533	612.503	2.803.288	0	1.910.575	892.713
Basilicata	0	28	147.383	64.742	1.746	165.535	49.473	428.907	0	364.165	64.742
Calabria *	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
<b>Totale Rso</b>	<b>988.973</b>	<b>1.911.540</b>	<b>21.720.055</b>	<b>41.510.266</b>	<b>87.825</b>	<b>7.720.743</b>	<b>7.803.093</b>	<b>81.742.494</b>	<b>988.973</b>	<b>39.243.256</b>	<b>41.510.266</b>
Valle d'Aosta	0	0	20.861	47	304	31	37.882	59.125	0	59.078	47
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pa Bolzano	0	11.103	74.094	24.534	1.153	0	137.728	248.612	0	224.078	24.534
Pa Trento	0	0	91.819	4.901	85	60.291	76.072	233.168	0	228.267	4.901
Friuli V.G.	6.977	0	258.145	106.628	2.820	6.302	137.003	517.875	6.977	404.270	106.628
Sardegna	18.217	0	571.471	298.809	2.578	3.706	284.332	1.179.113	18.217	862.087	298.809
Sicilia *	0	1.411.297	1.696.871	28.558	4.843	15.067	909.876	4.066.512	0	4.037.954	28.558
<b>Totale Rss</b>	<b>25.194</b>	<b>1.422.400</b>	<b>2.713.262</b>	<b>463.477</b>	<b>11.783</b>	<b>85.397</b>	<b>1.582.892</b>	<b>6.304.405</b>	<b>25.194</b>	<b>5.815.734</b>	<b>463.477</b>
<b>Tot. nazionale</b>	<b>1.014.167</b>	<b>3.333.940</b>	<b>24.433.317</b>	<b>41.973.743</b>	<b>99.608</b>	<b>7.806.140</b>	<b>9.385.985</b>	<b>88.046.899</b>	<b>1.014.167</b>	<b>45.058.989</b>	<b>41.973.743</b>

(\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2013 (definitivo/provisorio), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di omessa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 20/2013/IFRC), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. 1/REG

Spesa corrente sanitaria a confronto con la spesa corrente totale (impegni) (importi in migliaia di euro)

Regioni	Spesa corrente						Spesa corrente sanitaria					
	Impegni			Impegni			Impegni			Impegni		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Piemonte *	10.004.464	10.010.102	11.399.660	8.303.607	8.303.167	8.303.167	8.303.607	8.303.167	8.303.167	8.303.607	8.303.167	8.303.167
Lombardia	20.138.926	21.317.666	21.790.548	16.104.772	17.718.861	17.718.861	16.104.772	17.718.861	17.718.861	16.104.772	17.718.861	17.718.861
Veneto	9.770.431	9.960.483	10.051.067	8.666.909	8.747.256	8.747.256	8.666.909	8.747.256	8.747.256	8.666.909	8.747.256	8.747.256
Liguria	3.785.967	3.860.540	3.828.008	3.156.622	3.192.900	3.192.900	3.156.622	3.192.900	3.192.900	3.156.622	3.192.900	3.192.900
Emilia Romagna	9.915.887	10.239.568	9.992.556	8.561.071	8.960.100	8.960.100	8.561.071	8.960.100	8.960.100	8.561.071	8.960.100	8.960.100
Toscana (2)	10.128.810	10.390.413	12.143.594	8.696.635	9.004.214	9.004.214	8.696.635	9.004.214	9.004.214	8.696.635	9.004.214	9.004.214
Marche	3.205.474	3.348.210	3.348.706	2.637.772	2.727.323	2.727.323	2.637.772	2.727.323	2.727.323	2.637.772	2.727.323	2.727.323
Umbria	2.006.017	2.148.102	2.100.478	1.605.157	1.758.042	1.758.042	1.605.157	1.758.042	1.758.042	1.605.157	1.758.042	1.758.042
Lazio *	14.560.393	15.721.704	15.007.490	11.896.983	12.706.743	12.706.743	11.896.983	12.706.743	12.706.743	11.896.983	12.706.743	12.706.743
Abruzzo *	2.938.062	2.856.042	3.253.055	2.386.047	2.334.927	2.334.927	2.386.047	2.334.927	2.334.927	2.386.047	2.334.927	2.334.927
Molise *	940.708	877.854	845.880	749.185	713.342	713.342	749.185	713.342	713.342	749.185	713.342	713.342
Campania *	14.209.797	13.584.088	12.923.977	11.827.844	11.485.114	11.485.114	11.827.844	11.485.114	11.485.114	11.827.844	11.485.114	11.485.114
Puglia *	7.791.460	8.073.008	8.344.643	6.663.749	6.710.405	6.710.405	6.663.749	6.710.405	6.710.405	6.663.749	6.710.405	6.710.405
Basilicata (2)	1.588.598	1.543.469	1.568.394	1.212.216	1.190.403	1.190.403	1.212.216	1.190.403	1.190.403	1.212.216	1.190.403	1.190.403
Calabria * (2)	4.895.617	5.108.867	4.534.354	3.904.110	4.115.975	4.115.975	3.904.110	4.115.975	4.115.975	3.904.110	4.115.975	4.115.975
<b>Totale Rso</b>	<b>115.880.610</b>	<b>119.040.115</b>	<b>121.132.412</b>	<b>96.372.629</b>	<b>99.668.774</b>	<b>99.668.774</b>	<b>96.372.629</b>	<b>99.668.774</b>	<b>99.668.774</b>	<b>96.372.629</b>	<b>99.668.774</b>	<b>101.450.091</b>
Valle d'Aosta	1.078.537	1.099.637	1.157.250	286.566	289.167	289.167	286.566	289.167	289.167	286.566	289.167	289.167
Trentino A.A. (1)	226.922	224.808	222.187	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pa. Bolzano	3.492.891	3.334.208	3.317.456	1.082.330	1.093.037	1.093.037	1.082.330	1.093.037	1.093.037	1.082.330	1.093.037	1.093.037
Pa. Trento	2.864.699	2.854.832	2.871.948	1.120.358	1.151.753	1.151.753	1.120.358	1.151.753	1.151.753	1.120.358	1.151.753	1.151.753
Friuli V.G.	4.840.473	4.611.389	4.458.557	2.351.071	2.232.439	2.232.439	2.351.071	2.232.439	2.232.439	2.351.071	2.232.439	2.232.439
Sardegna	6.137.067	6.136.942	5.782.048	3.302.989	3.506.679	3.506.679	3.302.989	3.506.679	3.506.679	3.302.989	3.506.679	3.506.679
Sicilia *	15.584.360	15.446.532	16.419.126	9.221.925	8.906.170	8.906.170	9.221.925	8.906.170	8.906.170	9.221.925	8.906.170	8.906.170
<b>Totale Rss</b>	<b>34.224.949</b>	<b>33.708.347</b>	<b>34.228.572</b>	<b>17.365.240</b>	<b>17.179.245</b>	<b>17.179.245</b>	<b>17.365.240</b>	<b>17.179.245</b>	<b>17.179.245</b>	<b>17.365.240</b>	<b>17.179.245</b>	<b>16.421.803</b>
<b>Totale generale (2)</b>	<b>150.105.558</b>	<b>152.748.463</b>	<b>155.360.984</b>	<b>113.737.869</b>	<b>116.848.018</b>	<b>116.848.018</b>	<b>113.737.869</b>	<b>116.848.018</b>	<b>116.848.018</b>	<b>113.737.869</b>	<b>116.848.018</b>	<b>117.871.894</b>

(\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

(1) La Regione Trentino Alto-Adige non ha competenza in materia sanitaria.

(2) La spesa corrente totale comprende il Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria e non sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali; la spesa corrente sanitaria comprende la spesa corrente sanitaria registrata nel Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2011, 2012 e rendiconto 2013 (definitivi/provisori), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di omessa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 2012013/PRG), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. I/REG

Andamento della spesa corrente sanitaria e della spesa corrente totale a confronto - Variazioni percentuali

Regioni	Spesa corrente				Spesa corrente sanitaria			
	Impegni				Impegni			
	Variazione % 2013/2011	Variazione % media 2013-2011	Variazione % 2013/2011	Variazione % 2013/2012	Variazione % 2013/2011	Variazione % media 2013-2011	Variazione % 2013/2011	Variazione % 2013/2012
Piemonte *	13,95	6,97	0,06	13,88	16,46	8,23	-0,01	16,47
Lombardia	8,20	4,10	5,85	2,22	10,65	5,32	10,02	0,57
Veneto	2,87	1,44	1,95	0,91	0,02	0,01	0,93	-0,90
Liguria	1,11	0,56	1,97	-0,84	-3,88	-1,94	1,15	-4,97
Emilia Romagna	0,77	0,39	3,26	-2,41	0,77	0,38	4,66	-3,72
Toscana (2)	19,89	9,95	2,58	16,87	23,66	11,83	3,54	19,44
Marche	4,47	2,23	4,45	0,01	5,18	2,59	3,39	1,73
Umbria	4,71	2,35	7,08	-2,22	7,17	3,59	9,52	-2,15
Lazio *	3,07	1,54	7,98	-4,54	0,67	0,33	6,81	-5,75
Abruzzo *	10,72	5,36	-2,79	13,90	14,84	7,42	-2,14	17,36
Molise *	-10,08	-5,04	-6,68	-3,64	-8,77	-4,39	-4,78	-4,19
Campania *	-9,05	-4,52	-4,40	-4,86	-7,54	-3,77	-2,90	-4,78
Puglia *	7,10	3,55	3,61	3,36	6,24	3,12	0,70	5,51
Basilicata (2)	-1,27	-0,64	-2,84	1,61	-1,74	-0,87	-1,80	0,06
Calabria * (2)	-7,38	-3,69	4,36	-11,25	-3,33	-1,67	5,43	-8,31
Totale Rso	<b>4,53</b>	<b>2,27</b>	<b>2,73</b>	<b>1,76</b>	<b>5,27</b>	<b>2,63</b>	<b>3,42</b>	<b>1,79</b>
Valle d'Aosta	7,30	3,65	1,96	5,24	-2,74	-1,37	0,91	-3,61
Trentino A.A. (1)	-2,09	-1,04	-0,93	-1,17	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Pa Bolzano	-5,02	-2,51	-4,54	-0,50	1,04	0,52	0,99	0,05
Pa Trento	0,25	0,13	-0,34	0,60	0,36	0,18	2,80	-2,37
Friuli V.G.	-7,89	-3,95	-4,73	-3,31	-7,05	-3,52	-5,05	-2,11
Sardegna	-5,78	-2,89	0,00	-5,78	0,68	0,34	6,17	-5,17
Sicilia *	5,36	2,68	-0,88	6,30	-8,76	-4,38	-3,42	-5,52
Totale Rss	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>-1,51</b>	<b>1,54</b>	<b>-5,43</b>	<b>-2,72</b>	<b>-1,07</b>	<b>-4,41</b>
Totale generale (2)	<b>3,50</b>	<b>1,75</b>	<b>1,76</b>	<b>1,71</b>	<b>3,63</b>	<b>1,82</b>	<b>2,73</b>	<b>0,88</b>

(\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

(1) La Regione Trentino Alto-Adige non ha competenza in materia sanitaria.

(2) La spesa corrente totale comprende il Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria e non sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali; la spesa corrente sanitaria comprende la spesa corrente sanitaria registrata nel Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2011, 2012 e rendiconto 2013 (definitivi/provisori), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di onnesa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 20/2013/FRG), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. 1/REG

**Incidenza percentuale della spesa sanitaria sulla spesa corrente (impegni)**

Regioni	Spesa sanitaria corrente/ Totale spesa corrente			Regioni	Spesa sanitaria corrente/ Totale spesa corrente		
	2011	2012	2013		2011	2012	2013
Piemonte *	83,00	82,95	84,83	Puglia *	85,53	83,12	84,84
Lombardia	79,97	83,12	81,78	Basilicata(2)	76,31	77,13	75,95
Veneto	88,71	87,82	86,25	Calabria *(2)	79,75	80,57	83,23
Liguria	83,38	82,71	79,26	<b>Totale Rso</b>	<b>83,17</b>	<b>83,73</b>	<b>83,75</b>
Emilia Romagna	86,34	87,50	86,33	Valle d'Aosta	26,57	26,30	24,08
Toscana (2)	85,86	86,66	88,56	Trentino A.A. (1)	0,00	0,00	0,00
Marche	82,29	81,46	82,85	Pa Bolzano	30,99	32,78	32,96
Umbria	80,02	81,84	81,90	Pa Trento	39,11	40,34	39,15
Lazio *	81,71	80,82	79,80	Friuli V.G.	48,57	48,41	49,01
Abruzzo *	81,21	81,75	84,24	Sardegna	53,82	57,14	57,51
Molise *	79,64	81,26	80,80	Sicilia *	59,17	57,66	51,25
Campania *	83,24	84,55	84,62	<b>Totale Rss</b>	<b>50,74</b>	<b>50,96</b>	<b>47,98</b>
				<b>Totale generale (2)</b>	<b>75,77</b>	<b>76,50</b>	<b>75,87</b>

(\*) Regioni sottoposte a Piani di rientro.

(1) La Regione Trentino Alto-Adige non ha competenza in materia sanitaria.

(2) La spesa corrente totale comprende il Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria e non sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali; la spesa corrente sanitaria comprende la spesa corrente sanitaria registrata nel Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali.

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2011, 2012 e rendiconto 2013 (definitivi/provisori), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di omessa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 20/2013/FRG), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. I/REG

**Andamento spesa sanitaria corrente Regioni in Pdr (impegni) (importi in migliaia di euro)**

Regioni in Piano di rientro	Spesa corrente sanitaria			Spesa corrente sanitaria			Variazione media
	Impegni			Variazioni percentuali			
	2011	2012	2013	2013-2011	2012-2011	2013-2012	
Piemonte	8.303.607	8.303.167	9.670.589	16,46%	-0,01%	16,47%	8,23%
Lazio	11.896.983	12.706.743	11.976.373	0,67%	6,81%	-5,75%	0,33%
Abruzzo	2.386.047	2.334.927	2.740.239	14,84%	-2,14%	17,36%	7,42%
Molise	749.185	713.342	683.446	-8,77%	-4,78%	-4,19%	-4,39%
Campania	11.827.844	11.485.114	10.935.841	-7,54%	-2,90%	-4,78%	-3,77%
Puglia	6.663.749	6.710.405	7.079.849	6,24%	0,70%	5,51%	3,12%
Calabria	3.904.110	4.115.975	3.774.088	-3,33%	5,43%	-8,31%	-1,67%
Sicilia	9.221.925	8.906.170	8.414.247	-8,76%	-3,42%	-5,52%	-4,38%
<b>Totale generale</b>	<b>54.953.450</b>	<b>55.275.843</b>	<b>55.274.672</b>	<b>0,58%</b>	<b>0,59%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,29%</b>

Anni	Totale spesa sanitaria corrente sanitaria delle Regioni in Piano di rientro (A)	Totale spesa sanitaria corrente nazionale (B)	Totale spesa corrente Italia (C)	Incidenza percentuale (A/B)	Incidenza percentuale (A/C)
	Impegni				
2011	54.953.450	113.737.869	150.105.558	48,32%	36,61%
2012	55.275.843	116.848.018	152.748.463	47,31%	36,19%
2013	55.274.672	117.871.894	155.360.984	46,89%	35,58%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati di rendiconto 2011, 2012 e rendiconto 2013 (definitivi/provisori), estratti dal sistema informativo ConTe (Contabilità territoriale) alla data del 26 novembre 2014. In caso di omessa compilazione del sistema ConTe, sono stati utilizzati i dati del precedente referto (deliberazione n. 20/2013/FRG), ovvero comunicati dalla Regione mediante procedura diversa da ConTe, come da tabella sulle fonti n. I/REG

SISAC

## Convenzioni c'è l'indirizzo

*Cure primarie, ora si tratta*

**S**uperato lo stallo tra sindacati medici e Comitato di settore Sanità della Conferenza Regioni sul riavvio delle trattative per la riorganizzazione delle cure primarie. In una riunione a tarda sera il 4 marzo scorso è stato infatti firmato da tutte le sigle un documento d'intesa che modifica l'atto di indirizzo per riaprire le trattative sul rinnovo degli Acn. Intanto i rettori delle Università italiane (Cru) e la Conferenza permanente dei Presidenti delle scuole di Medicina e chirurgia bocchiano e rinviando a un ulteriore approfondimento il Ddl ex art. 22. Ma le Regioni tirano dritto.

A PAG. 7

*CURE PRIMARIE/ Si dei sindacati al documento d'intesa che modifica l'Atto d'indirizzo*

# Si riparte dalle convenzioni

**De Filippo: «Più risorse al territorio» - Critiche da Smi e Fp-Cgil Medici**

**S**uperato lo stallo tra i sindacati medici e Comitato di Settore Sanità della Conferenza Regioni sul riavvio delle trattative per la riorganizzazione delle cure primarie. In una riunione a tarda sera il 4 marzo scorso è stato infatti firmato da tutte le sigle un documento d'intesa che modifica l'atto di indirizzo per riaprire le trattative sul rinnovo degli Acn.

«Del documento sottoscritto - spiega il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** - voglio evidenziare solo tre aspetti. Innanzitutto il consolidamento del modello delle Aft e delle Uccp in cui i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta si integreranno con medici della continuità assistenziale, specialisti convenzionati, infermieri e altri professionisti sanitari e sociali per dare vita a un sistema di assistenza in grado di dare risposte alle esigenze di salute h24 senza impropri ricorsi al sistema dell'emergenza urgenza e agli ospedali. Altro aspetto importante è che pur nell'invarianza di costi per i Ssr, le stesse Regioni potranno destinare alla medicina territoria-

le le risorse che si andranno a liberare dalla limitazione del ricorso improprio al sistema ospedaliero». Per la Fespa (la federazione di sigle della specialistica ambulatoriale composta da Anaa, Aagoi, Fesmed, FpCgil-medici, Smi, Sivemp) si tratta di «cambiamenti positivi ma è solo un piccolo passo per riaprire le trattative». Per Fimmg: «Non è il traguardo ma un momento di confronto indispensabile». Per i pediatri Fimp «Il documento va nella giusta direzione». Dallo Smi arriva invece una «firma critica». Per **Pina Onotri**, segretario generale dello Smi, «Sulla medicina generale permangono importanti punti controversi: il finanziamento delle Aft, le modalità di costituzione e di governance delle stesse. Da respingere il riferimento alle "sperimentazioni in atto in alcune Regioni", viste le storture a danno di continuità assistenziale e 118 fatte in alcune realtà, in prima fila la Toscana». Soprattutto ombre per Fp Cgil Medici: «Rimangono immutati gli ostacoli politici e l'assistenza h24 resta aleatoria».

## A caccia di malattie ancora senza nome

STEFANO RIZZATO

**L**ottare sui fronti già aperti, nei laboratori e a livello clinico. Ma aprire anche un enorme, nuovo fronte: quello delle malattie genetiche rare, oggi impossibili da diagnosticare. Così Telethon prova a spostare l'orizzonte della sua ricerca, in coincidenza con il 28° congresso scientifico, a Riva del Garda. Davanti a 600 ricercatori la fondazione nata nel 1990 ha rimarcato il ruolo di eccellenza, quello di una onlus che segue l'intera «filiera» della ricerca, dalla raccolta fondi ai pazienti.

Tempo qualche mese e lo sguardo si sposterà, come detto, più lontano. Sulle malattie che oggi non si riesce a individuare. «È il momento giusto e un obiettivo che non si può più rimandare - dice Lucia Monaco, direttore scientifico di Telethon -. Abbiamo studiato meno di 500 malattie, ma le patologie genetiche rare sono forse oltre 8 mila. Tante sono le famiglie senza risposte, che chiedono una svolta. E le tecnologie di "next generation sequencing" permettono di vedere nel Dna alterazioni che 10 anni fa era impensabile individuare».

## Via a una piattaforma pubblica: «Discuteremo dei temi caldi, come la sperimentazione animale»

STEFANO RIZZATO

Il progetto sarà valutato a giugno da un gruppo di esperti internazionali. Impegnerà Telethon per tre anni, con un investimento importante. «Il risultato che ci aspettiamo è dare risposte alle famiglie - spiega Monaco -. Anche solo arrivare a una diagnosi è un passo importante per provare terapie palliative, dove non ci sono cure definitive, e corroborare la ricerca. Nel processo sarà importante anche trovare standard internazionali con cui definire la situazione clinica dei pazienti rari e collegare casi analoghi».

La frontiera più vicina resta invece quella delle terapie geniche, sperimentate già a livello clinico all'Istituto San Raffaele-Telethon (Tiget) su tre patologie critiche. «Siamo partiti dal'Ada-Scid, un'immunodeficienza su cui abbiamo posto il paradigma della sicurezza e dell'efficacia della terapia genica - dice Monaco -. Oggi ci lavoriamo in partnership con GlaxoSmithKline, secondo un modello nuovo, che ci vede affiancati su alcuni obiettivi da grandi aziende del farmaco. Ma al Tiget sono in fase clinica anche le terapie geniche per la leucodistrofia metacromatica e la Sindrome di Wiskott-Aldrich - in totale - abbiamo curato 25 pazienti. Il follow-up sarà a lungo termine, ma le indicazioni sono rassicuranti».

Ma la convention è servita a parlare anche degli ostacoli alla ricerca. A partire dalle restrizioni sulla sperimentazione animale, imposte nel 2014 dalle leggi italiane. A breve - ha annunciato Giuliano Grignaschi dell'Istituto Mario Negri - nascerà Research4Life, piattaforma pubblica per parlare dei temi della scienza in modo chiaro e coerente. «La comunità scientifica è rimasta troppo spesso silente su questo e altri temi», ha rimarcato la senatrice Elena Cattaneo. «Come facemmo contro Stamina - ha aggiunto Francesca Pasinelli, direttore generale di Telethon - abbiamo scelto di essere chiari: senza la sperimentazione animale, svolta in modo etico, non si può fare vera ricerca».



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

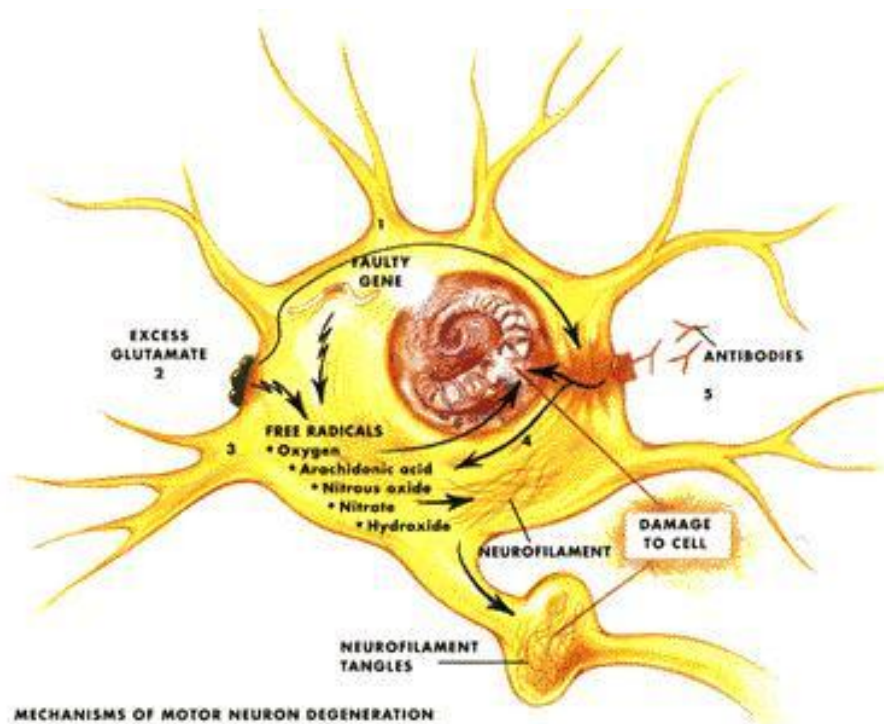
# Notizie dalle Province





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## il caso

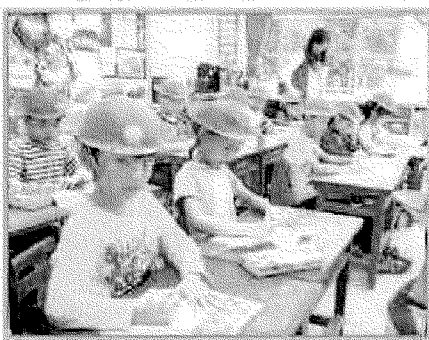
ANTONELLA MARIOTTI  
TORINO

«S a cosa che cosa chiedo ai pediatri dell'Oftalmico? Di prescrivere da una a due ore di gioco all'aperto ogni giorno. Poi dico loro che devono prescriberlo alle mamme, perché lo facciano i bambini». Mauro Frisani è docente all'Università di Torino di Ottica e Optometria e presenta un quadro allarmante per le generazioni future: i bambini di oggi - dice - saranno per almeno il 40% adulti miopi, e la percentuale aumenta nei Paesi asiatici. «Ci sono dati allarmanti che provengono da tutto il mondo - spiega -: in alcune zone del-

## Cosa fare

### Stratagemmi

*In Cina la miopia è un'emergenza sociale. Nelle scuole vengono corrette le posizioni sbagliate*



**L'occhio «lungo»** è una caratteristica dei miopi che vedono meglio da vicino: la pallina da ping pong sul cappello da non far cadere (qui sopra) impedisce di avvicinarsi troppo al foglio

l'Asia si parla addirittura di epidemia di miopia. Tra vent'anni più della metà della popolazione dovrà indossare gli occhiali. Sono evidenze scientifiche, ma ancora non conosciamo con precisione tutte le cause. Una di sicuro è che i bambini non giocano più all'aperto o giocano troppo poco». Due studi in questo senso sono stati pubblicati sulla rivista *Ophthalmology*, uno realizzato a Taiwan e l'altro in Danimarca, secondo i quali tutto dipenderebbe dalla produzione di dopamina, ormone che previene «l'oc-

## Hanno detto

«Chiedo ai medici dell'Oftalmico di prescrivere da una a due ore di gioco all'aperto. E devono dirlo alle mamme perché lo facciano i bambini. Ci sono evidenze scientifiche: i bimbi che stanno di più all'aperto dimezzano il rischio di mettere gli occhiali»

### Mauro Frisani

Docente di Ottica e Optometria all'Università di Torino

«Se non si gioca all'esterno non si cresce nel rapporto con gli altri. Il bambino con il gioco si prepara alle dinamiche di quando sarà adulto. Così rischia di non essere pronto all'empatia, al confronto con il dolore degli altri»

### Domenico Barrilà

Psicoterapeuta, scrittore  
Analista adleriano

# Troppo poco all'aria aperta i bambini di oggi a rischio obesità e miopia

L'allarme degli oculisti: «La luce naturale salva la vista»  
Il pediatra: «La dieta non serve, devono muoversi di più»



REPORTERS

**90 minuti al giorno**  
Meno computer e più gioco all'aperto, dicono gli specialisti

chio lungo», caratteristica dei miopi e che viene stimolato dalla luce naturale.

### Lo psicoterapeuta

I cortili sono troppo silenziosi, i giardini orfani dei palloni, di tricicli, biciclette e pattini a rotelle. Mentre aumentano videogiochi e tablet chiusi nelle ca-

merette, e non è certo una novità. Ma a cosa porta tutto questo per i bambini? «A cosa porterà tutti noi, non soltanto i bambini - sbotta Domenico Barrilà, psicoterapeuta dell'età infantile - I bambini con il gioco all'aperto provano le dinamiche degli adulti, si mettono alla prova: senza saranno

adulti più insicuri e meno empatici». Empatici? «I ruoli che inventano nel gioco fanno capire loro anche il dolore degli altri, la paura, la morte. Se mancano queste esperienze si resta immaturi, con conseguenze che purtroppo vediamo bene nell'età adolescenziale. La tecnologia c'è e dobbia-

La sanità La struttura disegnata sulla carta oltre dieci anni fa

# Aprire il poliambulatorio dell'Ospedale del mare

Venerdì l'inaugurazione con il ministro Lorenzin

**Marisa La Penna  
Maria Pirro**

L'ospedale fantasma per oltre un decennio, costruito a Ponticelli e ancora cantiere, si popola di medici e infermieri. Pronti a trasferirsi cinquanta camici bianchi. S'inaugura il «poliambulatorio del mare», venerdì alle 10: una svolta attesa e ricercata dal governatore Stefano Caldoro che, sin dal suo insediamento in Regione, si è impegnato a sbloccare i lavori già più volte sospesi. A chiusura di mandato, il segnale. Con Caldoro, alla cerimonia il ministro della salute Beatrice Lorenzin, il sindaco Luigi Magistris e il cardinale Crescenzo Sepe per la benedizione solenne.

«È una dimostrazione di credibilità: prova che la promessa è stata mantenuta» dice **Ciro Verdoliva**, commissariato ad acta per realizzare l'opera («da chimera a realtà», aggiunge con orgoglio), nella circostanza chiamato a consegnarne simbolicamente le chiavi. Sottolinea l'ingegnere: «Questo è il primo traguardo».

La svolta è infatti parziale perché la mega struttura costata 385 milioni (conteggiando tutte le voci di spesa, dagli espropri ai macchinari) sarà completata a fine estate e collaudata entro il 31 gennaio. Entrerà in funzione nel 2016, gradualmente: «Apriranno anzitutto i reparti di medicina, il laboratorio di analisi. A seguire le chirurgie e infine il pronto soccorso» spiega Verdoliva. A regime, la cittadella della salute, con 500 posti letto e apparecchiature hi-tech, sarà il cuore di un piano più ampio di riorganizzazione della rete ospedaliera

**Il presente**  
Trasferiti i primi 50 medici e infermieri: visite al via da inizio aprile

dell'Asl e non solo. Diverse attività, oggi svolte in quattro presidi dell'azienda sanitaria (Ascalesi, Incurabili, San Gennaro e Loreto Mare), si sposteranno nell'Ospedale del mare, contribuendo anche a decongestio-

nare strutture come Cardarelli, San Giovanni Bosco e Loreto Mare. «Si darà il via a una nuova fase dell'assistenza a Napoli e in tutta l'area metropolitana e porterà anche a un potenziamento dell'assistenza sul territorio» interviene il manager dell'Asl, Ernesto Esposito.

Si comincia, dunque, con l'apertura del poliambulatorio, uno spazio di mille metri con 26 stanze attrezzate per le seguenti discipline specialistiche: diabetologia e malattie del ricambio, reumatologia, ematologia e oncologia, radioterapia, dermatologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia e psicologia clinica, terapia del dolore, psichiatria, cardiologia, angiologia e diagnostica vascolare, ecografia. Sono 20 i medici e 30 gli infermieri pronti ad avviare i servizi: provengono tutti dagli ospedali del centro storico coinvolti nel processo di riconversione, vale a dire Ascalesi, San Gennaro e Incurabili; nessuno, al momento, dal Loreto Mare, pure indicato nel piano. Esposito è soddisfatto: «Tutto sta procedendo secondo quanto prestabilito». Il manager precisa che «ora occorrono tempi tecnici affinché il personale prenda possesso delle stanze». Ciò significa che dai primi giorni

di aprile si potranno prenotare visite ed esami. Gli operatori sanitari nella fase di transizione continueranno, però, a prestare servizio anche nelle strutture di provenienza.

Da potenziare, nel frattempo, il trasporto pubblico attorno al polo avveniristico di Ponticelli. Una struttura sulla carta già nel 2003, anno di pubblicazione del bando di gara per realizzare l'opera dai costi finali decisamente più alti di quelli previsti in origine. 54,9 milioni sono serviti, ad esempio, per risolvere i vecchi contenziosi; 286 per completare la struttura, di cui 70 oltre la cifra di partenza. «Un enorme impegno - certifica Verdoliva - che conta anche un investimento di 24 milioni per acquistare le apparecchiature biomedicali e per rendere l'Ospedale del mare un nuovo modello nella sanità ad alto contenuto tecnologico e assistenziale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Gli ostacoli**  
Lavori bloccati nel 2008

L'apertura del cantiere risale a marzo 2006. Due anni dopo, però, si fermano i lavori per un contenzioso tra la cordata di imprese e la Asl, a causa dei ritardi nei pagamenti di alcune varianti in corso d'opera già realizzati. Per bloccare la situazione l'ingegnere **Cirio Verdoliva** viene nominato commissario ad acta nel maggio 2009, qualche mese prima dell'inchiesta giudiziaria, motivo di un'altra sospensione delle opere. Necessario rivedere il progetto: quello definitivo viene approvato a dicembre 2012.

**SANITÀ** Venerdì, l'inaugurazione con le istituzioni. Esposito (Asl 1): «Operativi entro due settimane». Fine lavori a ottobre

## Ospedale del Mare, aprono i primi ambulatori

**NAPOLI.** Mancano poche ore all'inaugurazione dell'Ospedale del Mare. Dopo 11 anni di attesa, il pressing portato negli ultimi mesi dal governatore Stefano Caldoro e dal commissario ad acta **Ciro Verdoliva** è risultato vincente. Venerdì la megastruttura di Ponticelli, destinata ad inglobare Ascalesi, Incurabili, San Gennaro e parte del Loreto Mare, sarà inaugurata ufficialmente, con l'apertura dei primi ambulatori e laboratori, che saranno in parte trasferiti dai quattro ospedali, in parte di nuova istituzione. Appuntamento alle 10,30 con le istituzioni ed i rappresentanti dell'Asl Napoli 1.

«Si tratta del primo step – spiega **Ernesto Esposito**, direttore generale dell'Asl Na 1 –, che riguarda l'apertura dei primi ambulatori polispecialistici, tra questi cardiologia, diabetologia e psichiatria. Nella fase preliminare, le strutture saranno gestite dal personale dei quattro ospedali che coprirà il servizio a rotazione. I turni coinvolgeranno all'inizio circa 20 medici e 30 infermieri. L'organico afferrerà sempre agli ospedali di appartenenza».

Fissata anche la road map dei prossimi appuntamenti. Da lunedì, i dirigenti dei diversi set-



● Ernesto Esposito

tori cominceranno a prendere possesso degli uffici. «I locali – afferma Esposito – sono già stati preparati e gli operai hanno ultimato il montaggio delle apparecchiature. Gli ambulatori saranno pronti in una settimana. Tra il 23 d il 25 marzo, quindi, l'avvio delle attività. La data di fine lavori, invece, con il completamento delle aree per la degenza ed i ricoveri, è prevista per l'autunno. I vari reparti cominceranno ad essere trasferiti tra settembre ed ottobre. La struttura, quindi, entrerà a regime nei primi 6 mesi del 2016». Nel corso dell'esecuzione delle opere non sono mancati ritardi e contrasti tra l'Asl Napoli 1 e il concessionario, poi sanati con una trattativa.

Quindi, l'accelerazione impressa dalla giunta Caldoro, che ha reperito circa 200milioni di euro per completare l'opera, attraverso la riprogrammazione dei fondi destinati al settore sanitario con l'utilizzo del Fas. **PFRATT**



● L'Ospedale del Mare

### TUTTI I NUMERI DELLA FUTURA AZIENDA OSPEDALIERA

#### I COSTI

<b>COSTO FINALE COMPLESSO OSPEDALIERO</b>	<b>286.429.593 euro</b>
<b>ACCORDI BONARI E CONTENZIOSI</b>	<b>54.973.270 euro</b>
<b>ACQUISTO APPARECCHIATURE BIOMEDICALI</b>	<b>24.000.000 euro</b>

#### DIPARTIMENTI E POSTI LETTO

<b>EMERGENZA E TRAUMA CENTER</b>	<b>115 pl</b>
<b>CARDIOVASCOLARE</b>	<b>30 pl</b>
<b>NEUROSCIENZE E A.S. NEURORIABILITATIVA</b>	<b>91 pl</b>
<b>SCIENZE MEDICO CHIRURGICHE E RIABILITATIVE</b>	<b>169 pl</b>
<b>MATERNI INFANTILE</b>	<b>37 pl</b>
<b>ULTERIORE UNITÀ OPERATIVA</b>	<b>8 pl</b>
<b>LOW CARE</b>	<b>50 pl</b>

### LA ROAD MAP DEI LAVORI

<b>TRASFERIMENTO PRIMI AMBULATORI (Ascalesi, Incurabili, San Gennaro e parte del Loreto Mare)</b>	<b>16 marzo 2015</b>
<b>DATA FINE LAVORI</b>	<b>settembre-ottobre 2015</b>
<b>STRUTTURA A REGIME</b>	<b>giugno 2016</b>
<b>PRESENZA MEDIA LAVORATORI/GIORNO</b>	<b>400 unità</b>



mo conviverci, ma i genitori devono tornare a stare con i figli, anche all'aperto».

### **Gli studi**

La cameretta crea «danni» anche alle capacità fisiche, che emergono prima di quelle psicologiche. Negli Stati Uniti dagli Anni 70 a oggi la percentuale di miopi è raddoppiata, in Europa si è passati da un quinto della popolazione al 35%. «Sono dati su tutta la popolazione - dice Frisani -, diversi i numeri se ci concentriamo sull'età evolutiva, è in quell'età che si legge un aumento di bambini con gli occhiali che inizia a diventare preoccupante». Oculisti e optometristi parlano di «epidemia di miopia». «Se si pensa che in alcune popolazioni si sfiora o si supera l'80 % di persone miopi si ha la dimensione del problema. C'è una componente genetica - aggiunge ancora Frisani - se hai genitori miopi è probabile che diventerai miope». Sempre colpa di tablet, tv e cellulari? «Molti oculisti sostengono di sì - dice Frisani - ma il collegamento causa effetto non è ancora stato ben dimostrato. Giocare all'aperto però, siamo sicuri, fa bene alla vista, per questo lo faccio prescrivere».

### **Il pediatra**

«Sono sempre un po' scettico su studi di questo genere. Certo che se sto tutto il giorno al computer e non faccio movimento ingrasso». Giuseppe Ferrari, primario Emerito di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale Mauriziano, ci tiene a sottolineare: «Il punto è che non pensiamo mai al mondo dalla parte dei bambini. Obesi si nasce, ma l'obesità è anche una malattia culturale: durante la Seconda Guerra Mondiale non esistevano gli obesi, perchè non c'era cibo».

Quindi mettiamo i bimbi a dieta? «Ma no! Fino a 8, 9 anni non serve. I bambini fino a una certa età mangiano per vivere, poi soltanto se li abituiamo male vivono per mangiare. Se non fossero gli adulti a dare loro caramelle e cioccolato, loro non saprebbero cosa sono». Però, diciamoci la verità, se i bambini stanno troppo davanti alla tv o al computer ingrassano. «E' chiaro che il sovrappeso si cura con l'attività fisica, nutro dubbi invece sulla criminalizzazione dei fast food, anche perchè i bambini non li frequentano mica di loro iniziativa. All'epoca delle Olimpiadi di Torino mi feci molti nemici quando dissi che, con i soldi spesi si potevano fare più piscine e palestre per i ragazzi, e avremmo avuto così meno giovani obesi».

Osteoporosi, allarme giovani anoressiche. Ecco le regole per vincerla

# Ossa fragili strategia anti-fratture



L'UOMO Un maschio su quattro sopra i 50 anni si rompe un osso a causa dell'osteoporosi

## LA PREVENZIONE

**U**na malattia silenziosa in grado di portare all'invalidità. Ma, in Italia, quasi non è neppure considerata una malattia. Solo «un inevitabile acciaccio dell'età».

E' l'osteoporosi. Più a rischio, le donne. Perché con gli anni, in particolare modo dopo la menopausa, le ossa iniziano a perdere calcio e fosforo: lentamente diventano più fragili, vanno incontro a frattura anche a seguito di un micro trauma. Da noi, il 25,1% degli over 65, ha ricevuto una diagnosi di osteoporosi. Il vero problema, in Italia, è la non conoscenza della malattia che, nella realtà, può essere affrontata con diverse armi, prevenzione, farmaci e comportamenti.

**ALIMENTAZIONE, SPORT  
E VITAMINA D  
NON SOTTOVALUTARE  
IL DOLORE ALLA SCHIENA  
CI POTREBBE ESSERE  
UN DANNO ALLE VERTEBRE**

Per sensibilizzare sulla prevenzione di questa "ladra di ossa" la Società italiana dell'osteoporosi insieme alla Federazione italiana osteoporosi e malattie dello scheletro hanno realizzato, con contributo non condizionato di Msd Italia, una campagna informativa dal titolo "Storia di una ladra di ossa Vuole rubarti la qualità della vita: fermala!": in un opuscolo 10 regole su come gestire e conoscere la malattia. Consigli pratici, dall'alimentazione, alle terapie, all'attività fisica, ([www.fedios.org](http://www.fedios.org) oppure [www.siomms.it](http://www.siomms.it)).

## IL CALCIO

Al primo posto, il calcio per tutta la famiglia. E poi la vitamina D in binomio con alendronato/colecalciferolo, il sole, le analisi, i campanelli d'allarme per le fratture. «Non liquidare un dolore alla schiena come una banalità - ricordano gli specialisti - potrebbe essere una frattura vertebrale». «L'osteoporosi colpisce uomini e donne - spiega Patrizia Ercoli, presidente Federazione italiana osteoporosi e malattie dello scheletro - Va ricordato che una frattura di femore, dopo il primo anno, spesso fa perdere l'indipendenza: il 40%

non riesce più a camminare autonomamente, e il 60% richiede l'assistenza l'anno successivo».

Nel nostro Paese circa l'80% della popolazione è carente di vitamina D e questo comporta importanti ricadute sulla diffusione della malattia dell'osso. «Oltre i 50 una donna su tre è affetta da questa patologia - fa sapere Giancarlo Isaia presidente della Società italiana di osteoporosi - . Ci sono fattori di rischio come l'età avanzata o la storia familiare che non si possono mutare e fattori di rischio evitabili, pensiamo al fumo, la sedentarietà, la carenza da vitamina D».

## IL DIGIUNO

Il nuovo allarme, oggi, riguarda le giovanissime. Le ragazze che soffrono di anoressia. Perché proprio entro i 25-30 anni si accumula il calcio da spendere per il resto della vita. Ebbene, l'anoressia, impedisce proprio questo accumulo. Si

parla di inadeguata formazione di massa ossea (osteopenia) e non solo di perdita di ossa. Fino a 30 anni l'equilibrio tra le cellule che creano le ossa (osteoblasti) e quelle che le distruggono (osteoclasti) è a vantaggio della costruzione, con il tempo però hanno il sopravvento quelle che consumano le ossa e con le terapie si punta proprio a frenare questa condizione.

Nel caso dell'anoressia invece mancano gli anni della creazione della massa ossea e in più si distrugge quel poco di osso già presente. Per questo gli specialisti cominciano a fare diagnosi di osteoporosi anche in donne che da poco hanno superato i 30. L'alimentazione corretta, purtroppo, non riesce comunque a recuperare totalmente quegli anni che dovevano essere dedicati alla costruzione dello scheletro.

**Antonio Caperna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# 5mln

Le persone colpite in Italia da osteoporosi ma solo il 24,5 dopo i 45 anni si sottopone a controlli in assenza di sintomi

# 1 su 3

Le donne affette da osteoporosi, solo il 24% fratturate o ad alto rischio segue una terapia regolare

# 85ml

Le fratture di femore che si verificano ogni anno in Italia, per un costo diretto di un miliardo di euro

I TRATTAMENTI NEL DETTAGLIO

## Così funziona la "super radioterapia"

Trattati  
i carcinomi  
resistenti  
alle altre cure

**L'**adroterapia è una forma avanzata ed evoluta di radioterapia. È stata sperimentata con successo a partire dagli anni '90 e fino a oggi sono stati circa 110mila in tutto il mondo i pazienti trattati con questa terapia e la metà di questi negli ultimi 5 anni.

Studi condotti a livello internazionale ne hanno dimostrato l'efficacia: l'adroterapia è indicata in quei tumori che non si possono operare radicalmente, perché troppo vicini a organi vitali e delicati come, a esempio, occhi, nervi, cervello o intestino, o in quelli resistenti alle radiazioni tradizionali per ragioni genetiche (cioè insite alle caratteristiche della cellula tumorale). Ciò significa che l'adroterapia oggi è un'arma in più che affianca la radioterapia (che tratta circa il 50% dei malati oncologici) e può trattare con efficacia i casi in cui la radioterapia stessa si rivela inefficace.

Per adroterapia si intende un trattamento che impiega protoni o ioni carbonio, detti "adroni" perché dotati di grande massa. Infatti i protoni sono duemila volte più pesanti degli elettroni e gli ioni carbonio lo sono 24mila volte. Questi due tipi di particelle e in particolare gli ioni carbonio sono in grado di vincere la resistenza di certi tumori grazie alla loro maggiore efficacia biologica che impedisce alle cellule tumorali colpite di riparare i "danni subiti" con conseguente morte delle stesse cellule tumorali. Inoltre gli adroni hanno la capacità di rilasciare la loro energia solo dove serve, riducendo al minimo, rispetto alla radioterapia, gli effetti collaterali ai tessuti sani circostanti, potendo in tal modo somministrare dosi più alte di radiazioni, con un aumento delle possibilità di successo del trattamento.

Nel mondo ci sono 48 centri di adroterapia, 42 dei quali in Usa, Europa e Giappone, che effettuano trattamenti solo con protoni

mentre solo 6 (3 in Europa, 2 in Giappone e uno in Cina) sono in grado di trattare i tumori con gli ioni carbonio.

Di questi sei solo 4 al mondo (i cosiddetti centri duali) hanno la tecnologia necessaria per trattamenti sia con ioni carbonio che con protoni, aspetto importante per poter valutare di volta in volta la cura migliore a seconda del tumore e delle necessità del paziente.

Il Cnao, Centro nazionale di Adroterapia oncologica di Pavia è uno di questi 4 centri. In Europa solo un'altra struttura ha la possibilità di garantire le stesse terapie, Heidelberg in Germania, mentre gli altri sono in Giappone (Hyogo Ion Beam Medical Center) e Cina (Fudan University, Shangay).

Al Cnao i fasci di protoni e ioni carbonio sono generati da un acceleratore di particelle, simile a quello del Cern, ma di dimensioni più ridotte. I risultati clinici ottenuti su oltre 400 pazienti trattati al Cnao dal 2011 a oggi, dimostrano consistenti elementi di efficacia, pur nei limiti del breve periodo di osservazione.

Al momento sono disponibili 23 protocolli clinici autorizzati dal ministero della Salute per tumori che colpiscono il sistema nervoso centrale (gliomi ad alto e basso grado), tumori della base cranica (cordomi e condrosarcomi) i meningiomi, i melanomi oculari e altri tumori rari vicino alle strutture dell'occhio, particolari tumori della testa e del collo in fase avanzata o appartenenti a istologie resistenti come i carcinomi adenoidei cistici, o i melanomi mucosi, i tumori dei seni paranasali e delle ghiandole salivari.

Anche nei sarcomi delle parti molli, altra istologia resistente, l'adroterapia trova uno spazio di efficacia. Nel distretto addominale, l'adroterapia ha mostrato (dati giapponesi) la possibilità di controllare i tumori del pancreas inoperabili e quelli epatici primitivi. La terapia con ioni carbonio per le sue caratteristiche fisiche di rapida caduta della dose intorno al bersaglio e quindi massimo risparmio degli organi sani, trova inoltre un importante spazio nel ritrattamento di tumori già sottoposti a radioterapia e recidivati come le recidive da neoplasie rettali.

I trattamenti, a seconda dei diversi casi clinici, durano da 1 a 6 settimane con una seduta al giorno 4/5 giorni a settimana. Una singola seduta ha una durata di circa mezz'ora in un ambiente il più possibile confortevole e senza provocare alcun dolore nel paziente.

Questa operazione è particolarmente diffi-

cile e delicata quando i tessuti tumorali da colpire si trovano in parti del corpo che si muovono durante il trattamento a causa della

respirazione, come a esempio il fegato e il pancreas. Dal momento che le lesioni tumorali sono solidali con la struttura sulla quale si trovano, anch'esse risultano soggette a movimento; in questi casi il paziente, prima della pianificazione del trattamento, è sottoposto a una Tac 4D (dove la quarta dimensione è data dal tempo, che tiene

conto dei movimenti indotti dalla respirazione in ognuna delle sue fasi). I dati così raccolti sono gestiti da un sistema computerizzato che, sotto il controllo tecnico, eroga la dose solo durante una specifica porzione del ciclo respiratorio, "seguendo" così il bersaglio rappresentato dal tumore. È stato da poco avviato un protocollo per i tumori del pancreas inoperabili che tiene conto di quanto detto prima e che per la prima volta al mondo, grazie alla tecnologia sviluppata insieme al Politecnico di Milano per una macchina come il nostro sincrotrone, è in grado di sincronizzare il movimento del paziente e quello del fascio adronico, massimizzando il risparmio dei tessuti circostanti.

Un'altra importante area di interesse è rappresentata dai tumori che colpiscono i bambini o i giovani adulti: in questi casi il trattamento con protoni, riducendo la dose integrale al corpo, diminuisce nel tempo l'incidenza di secondi tumori.

I tumori trattati al Cnao sono quelli per cui non esiste altra valida terapia, ma grazie alla rete di informazione medica si potranno aggiungere nuovi protocolli per meglio utilizzare la forza terapeutica di questa nuova metodica.

**Francesca Valvo**  
direttore medico Cnao

© RIPRODUZIONE RISERVATA