



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Debiti Pa: più competitive le Pmi

“UN’INIEZIONE di liquidità fondamentale per l’intero sistema delle imprese campane che può generare sul territorio effetti a catena anche versante di nuovi investimenti. Come rappresentanza istituzionale delle imprese campane siamo pronti a dare immediata esecutività alla fase attuativa del piano reso noto dal presidente Caldoro, anche perché si tratta di un vantaggio reale e concreto per le nostre aziende e ottenuto dal Governo senza modificare il patto di stabilità e senza dover ricorrere a tassazione aggiuntiva. Lo ha affermato il presidente di Unioncamere Campania e numero uno di Confcommercio regionale, Maurizio Maddaloni che ha aggiunto: “Bene il patto sul reinvestimento in Campania delle somme che riceveranno le imprese: la vera priorità per il nostro tessuto economico è la competitività sul mercato nazionale e sul fronte dell’export. Riavviare nuovi investimenti - ha aggiunto Maddaloni - senza la pesantissima zavorra della mancanza di liquidità è la strada da percorrere senza indugi per uscire dal più drammatico tunnel di crisi e di depressione dal dopoguerra ad oggi”.

**I conti, la strategia**

# Sanità, arrivano le risorse penali ai dirigenti-lumaca

## Un miliardo di euro per le imprese, la Regione accelera Caldoro: «Pagare entro un mese o scattano le sanzioni»

**Gerardo Ausiello**

I pagamenti alle imprese, che in certi casi attendono da trent'anni, vanno effettuati entro un mese. Altrimenti dirigenti e manager della Regione rischiano pesanti sanzioni. Il governatore Stefano Caldoro accelera. Il piano per saldare i vecchi debiti è entrato nella fase operativa. A metà settimana a Palazzo Santa Lucia sono arrivati da Roma 425 milioni di euro, che si aggiungono ai 532 già incassati: risorse, queste, tutte destinate alla sanità. Da domani, poi, gli uffici dell'ente avranno a disposizione altri 586 milioni che dovranno essere spalmati tra gli altri creditori (ad eccezione del comparto trasporti, a cui è dedicato un percorso ad hoc).

Per la restante parte di fondi, invece, bisognerà attendere il 2014. I soldi, insomma, ci sono. Si tratta ora di spenderli in fretta. Da qui il pressing di Caldoro: «Entro 30 giorni dobbiamo pagare l'importo previsto, poi all'inizio del 2014 avremo altri 30 giorni per avviare tutto il resto. È un pagamento certo, c'è un elenco cronologico, si parte dalla prima fattura e si procede con quelle successive. È un lavoro da fare nei tempi stabiliti altrimenti il dirigente che non lo fa rischia una sanzione». Il meccanismo delle penali è stato già fissato dal decreto 35, noto come «salva-imprese», che ha autorizzato appunto le Regioni a chiedere una sorta di prestito a lungo termine con cui onorare gli impegni con fornitori e creditori: per funzionari e manager inadempienti, infatti, è previsto

il taglio del trattamento economico fino a due mensilità e, in certi casi, una sanzione pecuniaria di 100 euro al giorno. In questo schema si muoverà anche la Regione Campania. L'obiettivo, fanno sapere da Palazzo Santa Lucia, non è colpire i dirigenti, che peraltro hanno grandi responsabilità, bensì fornire risposte efficaci alle aziende che corrono il pericolo di fallire per crediti e non per debiti.

«Parliamo di soldi veri, che vanno direttamente a chi non è stato pagato - insiste il governatore - Sono risorse che vanno anche ai Comuni per il loro ritardo nei pagamenti e non per i costi della politica. Saranno pagati il fornitore, le farmacie, le case di cure che attendevano da tanto tempo». Secondo l'ex ministro socialista «tre miliardi in tutto sono una cifra di cui la Regione non ha mai disposto e lo facciamo, unica Regione italiana, senza mettere le mani nelle tasche dei cittadini. Oggi

**Le fatture**  
Manager e funzionari rischiano il taglio di due stipendi in caso di ritardi

l'ente ha riacquisito credibilità. Nella sanità perché paga ritardi antichi e perché in ogni settore, tra mille difficoltà, mantiene gli impegni». E d'accordo Salvatore Varriale, capodipartimento delle risorse umane, finanziarie e strumentali dell'ente: «Ormai gli imprenditori non speravano più di incassare queste somme. L'impegno dell'amministrazione campana, tuttavia, dimostra che bisogna credere nelle istituzioni. La sfida è ricostruire un clima di fiducia e speranza verso il futuro. Per questo ci auguriamo che una parte dei fondi venga reinvestita sul territorio per creare sviluppo e occupazione».

**Le cifre**

Ossigeno per le casse dell'ente

**Tre miliardi per pagare i debiti contratti dalla Regione in tutti i settori a partire dal 1988: è il valore dell'operazione messa in campo seguendo lo schema del decreto legge 35.**

**Inodi**

I vincoli del Patto di stabilità

**Palazzo Santa Lucia in pressing sul governo per allentare i vincoli imposti dal Patto di stabilità. Il paradosso è che, a causa dei paletti europei, non è possibile spendere tutti i soldi in cassa.**



Ma come sono stati reperiti questi soldi? La manovra è stata avviata seguendo lo schema delineato dal decreto 35: lo scorso 4 novembre la Regione ha accesso presso il Tesoro un mutuo trentennale con tasso equiparato ai Btp a 5 anni in emissione proprio quel giorno (pari a 2,85). A conti fatti, su una somma di 600 milioni la giunta Caldoro pagherà 30 milioni all'anno. Un nuovo debito, contratto per saldare vecchi impegni. I debiti commerciali, in pratica, sono stati trasformati in debiti finanziari. I vantaggi, secondo gli esperti della Regione, sono che si pagheranno meno interessi, si darà una boccata d'ossigeno all'economia del territorio e non si aumenteranno le addizionali Irap e Irpef (già molto alte). C'è, però, un problema tecnico

**La manovra**  
Un mutuo trentennale per saldare debiti che risalgono anche agli anni '80

da risolvere. I fondi verranno trasferiti tutti alla Regione che li girerà direttamente alle aziende o li passerà agli enti locali. Ma, poiché si tratta di ingenti risorse, la manovra peserà sui tetti del patto di stabilità: «Il paradosso è che, pur avendo a disposizione liquidità, rischiamo di non poter pagare a causa dei vincoli del patto», hanno chiarito Caldoro e Varriale. Da qui il pressing della giunta campana sul governo per ottenere una deroga alle rigide regole fissate dallo Stato e dall'Europa. Gli uffici hanno in ogni caso pronto un piano alternativo: una parte dei pagamenti sono già stati previsti mentre la restante quota sarà spalmata tra 2013 e 2014 in modo da non sfiorare i vincoli del patto di stabilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I conti

### I fondi per le imprese

#### SANITÀ

un miliardo e 600 milioni di euro  
da liquidare nel 2013 **957.546.000 euro**  
da liquidare nel 2014 **642.454.000 euro**

#### TRASPORTI E ALTRI COMPARTI

un miliardo e 452 milioni di euro  
da liquidare nel 2013 **586.924.818 euro**  
da liquidare nel 2014 **865.075.182 euro**

#### TOTALE

tre miliardi e 52 milioni di euro  
da liquidare nel 2013 **1.544.470.818 euro**  
da liquidare nel 2014 **1.507.529.182 euro**

## Tutti i pagamenti per la sanità

AZIENDE	CATEGORIA DI CREDITORI	DEBITI PREGRESSI PAGATI NEL CORSO DEL 2013 CON DL 35/2013, DCA 12/2011 E ALTRE RISORSE
ASL NA 1 CENTRO	CASE DI CURA	43.422.251,00
	CENTRI ACCREDITATI	98.482.837,00
	FARMACIE	48.233.080,00
	FORNITORI BENI E SERVIZI	92.988.786,00
	COOPERATIVE SOCIALI	3.113.406,00
	<b>TOTALE ASL NA 1 CENTRO</b>	<b>286.240.439,00</b>
ASL SA	CASE DI CURA	45.400.115,30
	DIALISI	29.389.868,30
	FACTOR	9.570.223,55
	FARMACIE	4.813.566,51
	FKT	345.855,76
	FORNITORI BENI E SERVIZI	85.742.698,50
	ONLUS	829.382,63
	RIABILITAZIONE	17.921.069,20
	SPECIALISTICA AMB	7.783.829,94
	<b>TOTALE ASL SALERNO</b>	<b>201.796.609,69</b>
ASL BN	CASE DI CURA	7.370.000,00
	STRUTTURE ACCREDITATE	6.532.000,00
	FARMACIE	2.060.000,00
	TITOLI ESECUTIVI	15.600.000,00
	FORNITORI BENI E SERVIZI	18.660.000,00
	<b>TOTALE ASL BN</b>	<b>50.222.000,00</b>
ASL NA 3 SUD	CASE DI CURA	30.598.128,00
	DIALISI	4.403.071,00
	FARMACIE	40.655.706,00
	LABORATORI	12.694.914,00
	RIABILITAZIONE	16.508.223,00
	ALTRI FORNITORI	74.015.389,00
	<b>TOTALE ASL NA 3 SUD</b>	<b>178.875.431,00</b>
AORN CARDARELLI	FORNITORI BENI E SERVIZI	160.155.262,72
<b>TOTALE AORN CARDARELLI</b>	<b>160.155.262,72</b>	
AOU FEDERICO II	FARMACIA	74.500.000,00
	ACQUISTI ECONOMICI	564.000,00
	SERVIZI APPALTI	21.790.000,00
	MANUTENZIONE	9.800.000,00
	CANONI DI NOLEGGIO	3.500.000,00
	<b>TOTALE AOU FEDERICO II</b>	<b>110.154.000,00</b>
	<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>987.443.742,41</b>

## Dei tre miliardi di euro ottenuti con un prestito già erogati oltre 937 milioni *Palazzo Santa Lucia salda i debiti del 2013* *In fila Asl, ospedali e fornitori della sanità*

**NAPOLI (mb)** - Oltre 937 milioni di euro già pagati per coprire i debiti pregressi nel corso del 2013. A una settimana dalla sigla dell'accordo con il Ministero dell'Economia la Regione Campania sta dunque pagando fornitori, case di cura, centri accreditati. Per l'Asl Napoli 1 Centro, sono stati già liquidati oltre 286 milioni così ripartiti: 43 milioni e mezzo per le case di cura; 98,5 milioni per i centri accreditati; 48 milioni e 230mila euro per le farmacie; quasi 93 milioni per i fornitori di beni e servizi; poco più di 3 milioni per le cooperative sociali. Per l'Asl di Salerno il totale già pagato ammonta a quasi 202 milioni di euro: 45,5 milioni per le case di

cura; oltre 29 milioni per la dialisi; 9,5 milioni per il factor; 4,8 milioni per le farmacie; 345mila euro per la fisiokinesiterapia; oltre 85 milioni per i fornitori di beni e servizi; 829mila euro per le onlus; quasi 18 milioni per la riabilitazione; circa 8 milioni per la specialistica ambulatoriale. Per la Asl Napoli 3 Sud, l'importo complessivo pagato è di 178,875 milioni di euro: 30,6 milioni per le case di cura; 4,4 milioni per la dialisi; 40,655 milioni per le farmacie; 12,694 milioni per i laboratori; 16,508 per la riabilitazione; 74 milioni per i fornitori. All'Ospedale Cardarelli sono stati corrisposti 160,155 milioni per i fornitori di beni e servizi. All'azienda ospedaliera uni-

versitaria Federico II sono stati erogati in totale 937.221 milioni di euro così ripartiti: 74,5 milioni per le farmacie; 564mila euro per acquisti economici; 21,790 milioni per servizi appaltati; 9,8 milioni per la manutenzione; 3,5 milioni per canoni di noleggio. In totale la Regione si è impegnata a saldare tre miliardi di euro. Nel dettaglio, 1.452 miliardi sono stati assegnati alla Campania per l'attuazione dell'articolo 2 del Salvaimprese. A questi si aggiungerà un ulteriore 10%. Va conteggiata poi una cifra di 1.600 miliardi già assegnati per il piano di rientro della sanità (ai sensi dell'articolo 3 dello stesso di salvaimprese). Ancora, andranno considera-

ti 200 milioni di fondi Fas che vantano crediti nel settore dei trasporti. I soldi arriveranno da un mutuo trentennale che la Regione accenderà presso il Tesoro, con tasso equiparato al Btp a 5 anni in emissione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



REGIONE CAMPANIA

# Sanità, piano di pagamento su debiti pregressi con le Asl per 937 milioni di euro

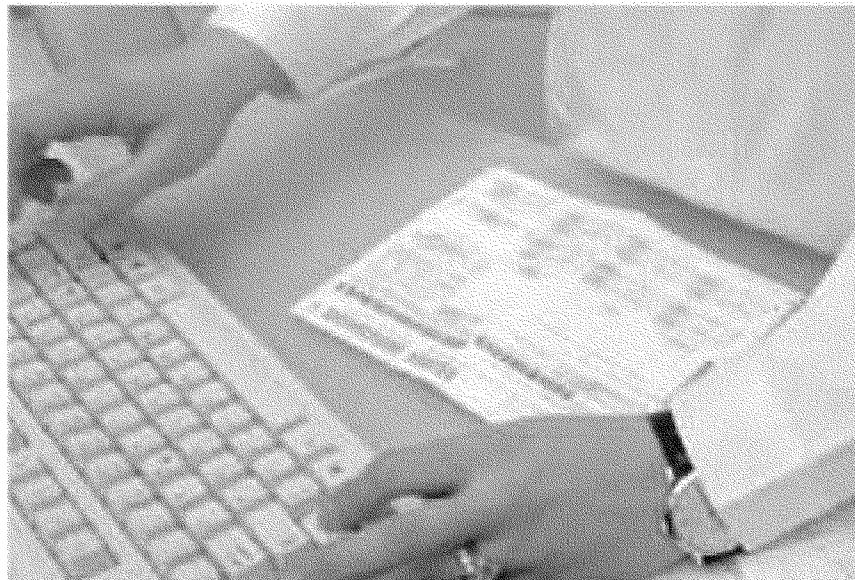
Oltre 937 milioni di euro pagati per coprire i debiti pregressi nel corso del 2013. La Regione Campania sta dunque già pagando fornitori, case di cura, centri accreditati. Per l'Asl Napoli 1 Centro, sono stati già liquidati oltre 286 milioni così ripartiti: 43 milioni e mezzo per le case di cura; 98,5 milioni per i centri accreditati; 48 milioni e 230mila euro per le farmacie; quasi 93 milioni per i fornitori di beni e servizi; poco più di 3 milioni per le cooperative sociali.

per le farmacie; 345mila euro per la fisiokinesiterapia; oltre 85 milioni per i fornitori di beni e servizi; 829mila euro per le onlus; quasi 18 milioni per la riabilitazione; circa 8 milioni per la specialistica ambulatoriale. Per la Asl Napoli 3 Sud, l'importo complessivo pagato è di 178,875 milioni di euro: 30,6 milioni per le case di cura; 4,4 milioni per la dialisi; 40,655 milioni per le farmacie; 12,694 milioni per i laboratori; 16,508 per la riabilitazione; 74 milioni per i fornitori. All'Ospedale Cardarelli sono stati corrisposti 160,155 milioni per i fornitori di beni e servizi.

Per l'Asl di Salerno il totale già pagato ammonta a quasi 202 milioni di euro: 45,5 milioni per le case di cura; oltre 29 milioni per la dialisi; 9,5 milioni per il factor; 4,8 milioni

totale 937.221 milioni di euro così ripartiti: 74,5 milioni per le farmacie; 564mila euro per acquisti economici; 21,790 milioni per servizi appaltati; 9,8 milioni per la manutenzione; 3,5 milioni per canoni di noleggio.

All'azienda ospedaliera universitaria Federico II sono stati erogati in



# Regioni divise dallo spread sanità “E meglio centralizzare la spesa”

**TROPPIA DIFFERENZA DEI COSTI NEI VARI TERRITORI E LA QUESTIONE NON SI ESAURISCE TAGLIANDO. UN VOLUME SPIEGA COME SIAMO ANCORA LONTANI DALL'EUROPA IL PROBLEMA DELLE SPESE STANDARD CHE SPESSO BLOCCANO I BILANCI**

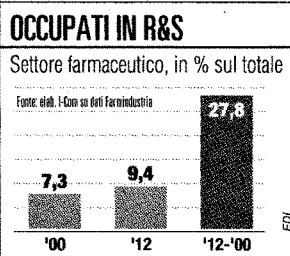
**Christian Benna**

*Milano*

Il federalismo sanitario non è la cura adatta per tutti i raffreddori della sanità in crisi di risorse, ma rischia di diventare il sintomo di una nuova malattia di sistema. Sembra giungere a queste conclusioni il libro “Sanità a 21 velocità”, curato da Lorenzo Cuocolo, Davide Integlia e Stefano da Empoli, realizzato per conto dell'Istituto per la Competitività (I-Com), che prova a raccontare il fenomeno dello spread della spesa sanitaria nazionale. Negli anni novanta, la forbice di spesa tra le regioni italiane non superava 25 euro per cittadino. Nel 2004, tre anni dopo la devolution sanitaria, il differenziale è balzato a 150 euro di oggi. E non sono cifre di poco conto visto che il Ssn spende in media 1800 euro per persona. Stesso discorso per quanta riguarda i farmaci: dove lo spread della salute varia intorno a 30 e 40 euro a seconda della regione, una differenza che, secondo gli autori dello studio, non ha ragion d'essere, in quanto sia l'autorizzazione all'immissione in commercio sia i prezzi dei farmaci sono decisi dall'Agenzia del farmaco (Aifa), a livello nazionale. Le Regioni, alle prese con l'esigenza di non sfondare i tetti dei patti di stabilità, ma forti dell'autonomia finanziaria, si sono rifugiate nella logica della minor spesa. Ad esempio, dal 1990 al 2012, la spesa per l'acquisto di farmaci è calata drasticamente del 22%.

Insomma, qualcosa non funziona nella riforma del Titolo V della costituzione che ha assegnato maggiori poteri alle Regioni, ma allo stesso tempo le ha incatenate alla rigidità dei patti di stabilità. Per Luca Pani, direttore generale dell'Aifa: «Il sistema sanitario nella sua versione 'federalista' non sta ottemperando al meglio all'obbligo, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, di tutelare la salute dei cittadini e garantire equità nell'accesso alle cure indipendentemente dalla Regione di residenza». Per questo motivo «non posso fare altro che auspicare una re-centralizzazione del sistema della farmaceutica, che da solo vale il 18,2% del Fondo Sanitario Nazionale, per colmare il divario creatosi in questi anni all'interno di territori diversi dello Stato, in termini di accesso alle cure, erogazione dei servizi e gestione delle risorse».

E non si tratta di allargare le maniche agli eccessi di spesa. Perché al confronto con i paesi avanzati emerge, su dati al 2011, che il livello medio di spesa sanitaria in rapporto al Pil dei Paesi Ocse si è attestato al 9,3%, mentre l'Italia si posiziona al 9,2%. Anzi, secondo l'Istituto per la competitività, think tank indipendente a cui fanno capo i curatori del libro, a partire dal 2000, il problema del contenimento degli sprechi in sanità si pone come una «vexata quaestio» carica di contraddizioni, perché sono state implementate misure di tagli lineari e «spending review» che hanno minato le garanzie all'accesso universale al servizio sanitario nazionale. «Alla fine degli anni '90 — ha detto Renato Balduzzi, ex ministro della Salute e oggi presidente della commissione parlamentare per le questioni regionali — prevale l'opinione che per migliorare il nostro sistema sanitario bisognasse dare più potere alle Regioni e più spazio al privato. Oggi prevale l'opinione



## [[ I CASI ]]

### Trento e Bolzano sono sopra la media

Secondo i dati riferiti al 2011 gli scostamenti più significativi dalla media italiana di incidenza della spesa farmaceutica su quella sanitaria dell'11 per cento sono quelli delle province



autonome di Trento e Bolzano e della Val d'Aosta. Considerando la composizione demografica della popolazione, la Val d'Aosta ha una spesa procapite sanitaria più alta di circa 300 euro rispetto ai 1.838 euro procapite della media italiana, la Provincia autonoma di Bolzano sfiora di circa 500 euro la spesa sanitaria procapite italiana mentre quella di Trento si situa giusto sopra la media.

### Molise virtuoso nel Mezzogiorno

Tra le Regioni a statuto ordinario è sempre il Lazio a collocarsi sopra la media pro-capite italiana (di circa 200 euro). Nel caso del Lazio la spesa farmaceutica è allineata al



sovrappeso dimensionamento della spesa sanitaria complessiva, visto che l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale non è più bassa. Nel 2011 a sfiorare significativamente la media della spesa farmaceutica territoriale sono praticamente tutte le Regioni del Mezzogiorno più il Lazio. Da questo conteggio va tenuto fuori il Molise che rientra sostanzialmente nella spesa media pro-capite per i farmaci.

### Il “concordato” del Piemonte

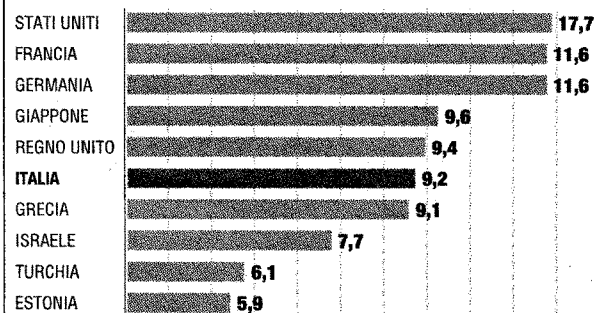
A partire dal 2005 l'applicazione del patto di stabilità per le Regioni diviene più stretta con significative ripercussioni sulla gestione della Sanità locale. Nella



seconda metà degli anni Duemila saranno cinque le Regioni a statuto ordinario, la cui gestione della sanità viene commissariata per deficit eccessivo (Campania, Molise e Lazio, che detengono il record dell'aumento di spesa, più Abruzzo e Calabria). Altre Regioni (Puglia, Sicilia e Piemonte) sono state costrette a concordare un piano di rientro dal debito.

## LA SPESA SANITARIA IN ALCUNI PAESI OCSE

In % del Pil nel 2011



inversa. A questo esito hanno concorso certo pratiche non esaltanti in questa o quella regione, ma anche la confusione creata da un'enfasi esagerata e confusa sul cosiddetto federalismo oltre che al malfunzionamento dei controlli».

Per Stefano da Empoli, presidente di I-Com e uno degli autori del libro “Sanità a 21 velocità” bisogna puntare a «una nuova strategia sanitaria nazionale che debba essere capace di valorizzare la vicinanza degli enti regionali rispetto alle esigenze dei

Risparmiare  
con le tecnologie

**I**l problema non è spendere meno: già oggi spendiamo, ma soprattutto investiamo, poco secondo il Politecnico di Milano. Investendo nel digitale invece ci sono pronti per il Ssn 6,8 milioni di risparmi.

MODELLI INNOVATIVI

## Digitalizzazione per risparmiare

*Niente tagli e maggiore appropriatezza*

**D**a anni la necessità di far tornare i conti pubblici ha portato a guardare alla Sanità come fonte di costi e potenziali inefficienze, piuttosto che come un settore di grande rilevanza economica e sociale per il Paese. Di qui il susseguirsi di manovre prevalentemente orientate al breve periodo, con una logica di tagli lineari. Finalmente in questi mesi il ministero della Salute sembra aver messo al primo punto della sua agenda il tema della sostenibilità. È buona cosa che nell'intervenire sulla Sanità non si veda solo la necessità di fare cassa nel breve periodo, ma anche un'occasione per rimuovere inefficienze strutturali e preparare il sistema a quei trend futuri che potrebbero metterne in crisi la stabilità. Purtroppo, però, ogni discussione con Regioni, aziende sanitarie, sindacati e associazioni di categoria tende a insabbiarsi per la difficoltà di tutti gli attori a mettere in discussione privilegi acquisiti e modi di operare consolidati quanto ormai palesemente inadeguati. La conseguenza è che la Sanità italiana (e in particolare quella pubblica) rischia oggi di perdere progressivamente in qualità ed efficienza avvitandosi in un pericoloso circolo vizioso: nel 2000 l'Organizzazione mondiale della Sanità ci posizionava fra i tre migliori sistemi sanitari al mondo, 12 anni dopo siamo scivolati al 21° posto per qualità delle cu-

re tra i 34 Paesi censiti dall'Eu-roHealth Consumer Index.

Non bisogna partire dal presupposto che il problema della Sanità sia semplicemente quello di spendere meno. Innanzitutto occorre essere consapevoli che già oggi spendiamo, ma soprattutto investiamo, poco. Secondo gli ultimi dati disponibili (del 2012), la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è pari a 2.282 euro, ben al di sotto della media dei Paesi Ocse: spendiamo meno di Paesi tradizionalmente attenti al welfare, come Francia (3.058 euro), Danimarca (3.439 euro), Olanda (3.890 euro) e Inghilterra (2.636 euro), ma anche di altri partner europei come Germania (3.337 euro), Belgio (3.052 euro) e Austria (3.380 euro).

Si tratta piuttosto di spendere meglio, e preparare il sistema a sostenere la domanda futura che, in assenza di interventi strutturali, rischierebbe di portare i conti fuori controllo. L'Italia è il Paese con la percentuale di over-65enni più alta del continente e nei prossimi anni, per effetto dell'invecchiamento demografico, la richiesta di servizi sanitari crescerà inesorabilmente.

Non è solo un problema di sostenibilità di conti pubblici, ma anche di competitività del sistema economico: con l'apertura dell'assistenza sanitaria a livello europeo, i Paesi che si faranno trovare con un'offerta di servizi inadeguata saranno destinati a perdere competitività. Se il nostro sistema sanitario si rivelerà inadeguato rispetto a quelli dei Paesi europei i cittadini si

vedranno progressivamente costretti a curarsi all'estero, con enormi costi a carico del nostro sistema sanitario, e decine o addirittura centinaia di migliaia di posti di lavoro a rischio, in quello che è già oggi, e ancora di più sarà in futuro, uno dei più importanti settori dell'economia. Al contrario la Sanità può rappresentare un volano importantissimo per il rilancio della nostra economia, ma perché ciò sia possibile è necessario investire da subito attenzione e risorse.

La buona notizia è che, pur partendo da condizioni particolarmente critiche, abbiamo, anche all'interno del nostro sistema, eccellenze da cui "copiare". La chiave per una Sanità più efficace ed efficiente sta nell'innovazione digitale. I dati degli Osservatori del Politecnico di Milano parlano chiaro: se il sistema sanitario italiano realizzasse pienamente il potenziale delle tecnologie digitali potrebbe risparmiare 6,8 miliardi all'anno - molto più dei tagli al Fondo sanitario previsti per il 2015 e il 2016. A differenza dei tagli, tuttavia, il digitale abiliterebbe trasparenza e appropriatezza, ridurrebbe molti errori (si pensi solo all'interpretazione delle ricette scritte dai medici), e migliorerebbe la qualità dei servizi forniti ai cittadini (si pensi alle code che si eviterebbero permettendo di scaricare i referti da casa). Basterebbe relativamente

poco: gli investimenti da attuare sono dell'ordine dei milioni di euro, non dei miliardi di cui si è parlato durante la manovra di stabilità.

Eppure sul fronte della Sanità digitale l'Italia sembra ferma al palo. La spesa complessiva allocata nel 2012 alla digitalizzazione della nostra Sanità è stata stimata dagli Osservatori in 1,23 miliardi di euro, in diminuzione rispetto al 2011 del 5 per cento. In proporzione spendiamo la metà o addirittura un terzo di Paesi come la Francia, l'Inghilterra o i Paesi Scandinavi. Ancora più preoccupante è l'attuale inesistenza di una vera e propria "agenda digitale" per la Sanità. Abbiamo molto lavoro da fare e poco tempo a disposizione, usiamo le risorse al meglio con veri piani che tengano conto della complessità e dell'urgenza dei temi da fronteggiare.

**Mariano Corso  
Luca Gastaldi**  
Osservatorio Ict in Sanità  
Politecnico di Milano

**Il potenziale  
delle tecnologie  
vale 6,8 miliardi  
di costi ridotti**

IL QUADRO INTERNAZIONALE

# I "primati italiani": più alto debito pubblico/Pil e minore incidenza della spesa sanitaria Ssn

Rispetto alle principali economie europee, le «Ue Big5» (Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna), l'Italia ha il rapporto debito/Pil più alto (126,9%) e allo stesso tempo le stime di crescita sono preoccupanti (+0,7% nel 2014, davanti solo alla Spagna con lo 0,2%). A farne le spese sono soprattutto le famiglie, secondo il rapporto 2013 di Meridiano sanità: la ricchezza media è tornata ai livelli di dieci anni fa. Rispetto al campione Ue Big5, l'Italia è il fanalino di coda con 21.623 euro di Pil pro capite rispetto a esempio alla Germania dove il dato si attesta a 28.834 euro nel 2013 (+33%).

In questo ambito si inserisce una spesa sanitaria pubblica, inferiore rispetto agli altri Paesi (7,1% del Pil rispetto alla media Ue-15 del 7,7%), cresciuta del 3,3% tra il 2000 e il 2007 (rispetto alla media Ue-15 del 4,4%) e calata dello 0,4% all'anno tra il 2008 e il 2011. Un esempio a livello pro capite: l'Italia oggi spende 752 euro in meno per la sanità pubblica rispetto alla Germania (-43%) e la differenza è destinata ad aumentare (928 euro in meno nel 2018) se le condizioni, spiega il rapporto, rimarranno inalterate.

Nel periodo 2000-2007 la spesa sanitaria pubblica è cresciuta mediamente a un tasso annuo del 4,7%. I Paesi Bassi hanno registrato il valore più alto, con il 9,4%, mentre hanno contenuto di più la spesa Germania (1,3%), Portogallo (2,0%) e Francia (2,3%). Anche l'Italia ha contenuto la spesa sanitaria pubblica, con un valore di crescita annua sotto la media dei Paesi considerati (3,3% contro 4,7%).

Con la crisi la spesa sanitaria pubblica è cresciuta a un tasso annuo inferiore in tutti i Paesi, passando da una media del 4,7% allo 0,8% ed è stata soggetta a minori pressioni in Canada (crescita media annua 3,9%), negli Stati Uniti (3,7%) e in Belgio (2,9%).

Tuttavia ha continuato a crescere di oltre l'1% in tutti i Paesi, a eccezione dei cosiddetti «Pigs» (Portogallo, Italia, Irlanda, Grecia e Spagna): prima della crisi cresceva a un tasso medio annuo del 7,0% in Grecia e del 9,6% in Irlanda, nel periodo 2008-2011 è calata del 5,1% in Grecia e del 5,8% in Irlanda.

In Italia e Portogallo, già al di sotto della media nel 2000-2007, i problemi della finanza pubblica hanno orientato le decisioni politiche verso la riduzione della spesa nel 2008-2011 (calo dello 0,4% annuo in Italia e dello 0,8% in Portogallo).

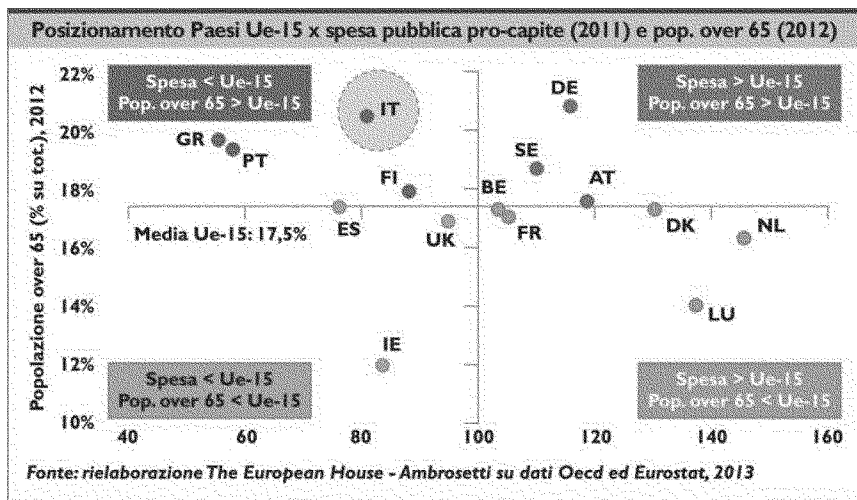
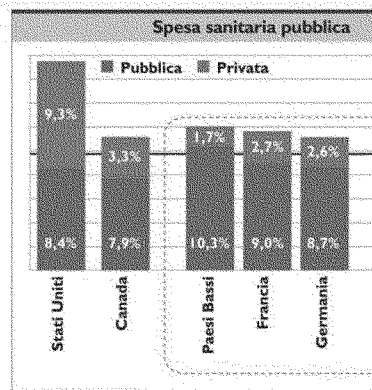
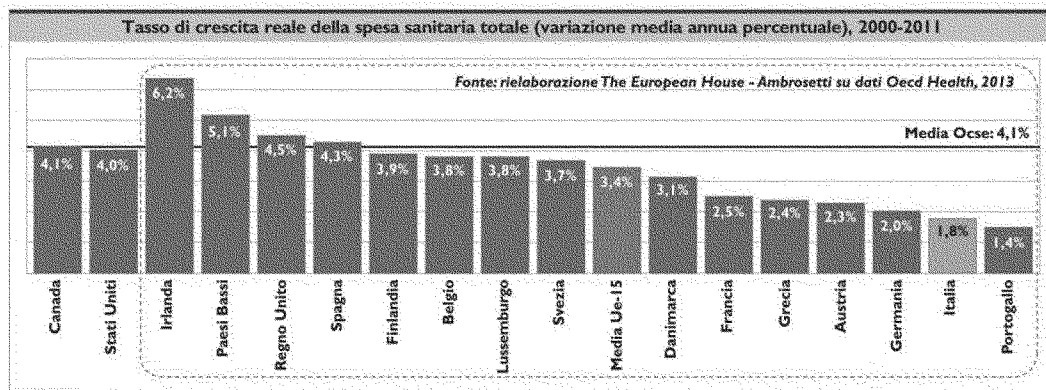
Analizzando le dinamiche di spesa nei periodi 2000-2007 e 2008-2011, il rapporto osserva come solo 3 Paesi tra gli Ue-15, hanno registrato una crescita al di sotto della media sia nel periodo pre-crisi che durante la crisi: Italia, Portogallo e Lussemburgo.

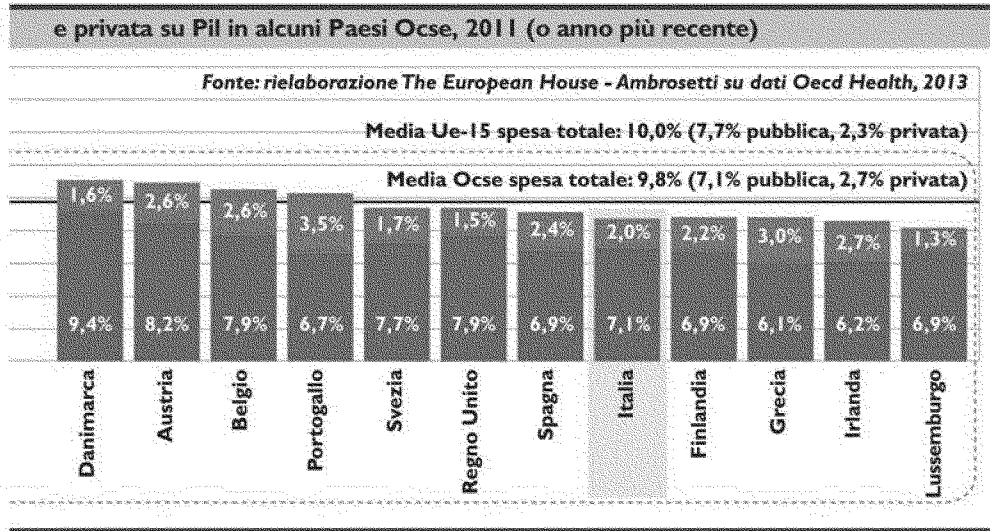
Il rapporto integra poi gli indicatori della spesa sanitaria pubblica con la spesa privata per dare un quadro completo delle risorse utilizzate dai cittadini. L'incidenza della spesa sanitaria (pubblica e privata) su Pil in Italia è poco inferiore alla media Ocse (9,2% contro 9,8%). Con notevoli differenze però tra i Paesi Ue-15: i Paesi Bassi hanno un'incidenza del 10,3% mentre l'Irlanda ha un dato inferiore di oltre il 4%. Confrontando l'incidenza della spesa sanitaria pubbli-

ca su Pil in Italia con la media Ocse c'è un sostanziale allineamento, ma la media Ue-15 è superiore di circa lo 0,6% (7,1% contro 7,7%).

Tre, infine, i fattori che secondo il rapporto influenzano la crescita della spesa privata: i diversi modelli organizzativi e di finanziamento dei sistemi sanitari; la crisi economica che in certi Paesi ha aumentato la compartecipazione privata; l'aumento della prevalenza di patologie croniche-degenerative, dovuto all'invecchiamento della popolazione.

In Italia la componente privata della spesa sanitaria è inferiore alla media Ocse e ai valori di Francia (2,7%) e Germania (2,6%), ma superiore a quella dei Paesi Bassi (1,7%), della Svezia (1,7%) e del Regno Unito (1,5%).





**Cambio  
di rotta  
per spesa  
e farmaci nel  
rapporto di  
Ambrosetti  
House**

*MERIDIANO SANITÀ 2013/ Nel 2050 costi in aumento del 132% a quota 255 miliardi*

# Una nuova gestione salva-Ssn

**Modelli per intensità di cure, tecnologie con risorse Ue e Fondi integrativi**

**O**rganizzazione e gestione: modelli da cambiare riorganizzando i processi per intensità di cura e i percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali in base ai bisogni dei pazienti. Ammodernamento degli ospedali: servono le migliori tecnologie anche grazie ai fondi strutturali europei per ridurre le differenze Nord-Sud. Sanità integrativa: vanno concordate le prestazioni con il Ssn in base ai fabbisogni socio-sanitari.

È questa la ricetta indicata nel rapporto **Meridiano Sanità 2013 di Ambrosetti House** per evitare effetti negativi di una spesa che l'analisi contenuta nel rapporto indica in crescita dal 2012 al 2050 del 132%, in media 3,8 miliardi l'anno, con un'incidenza sul Pil che rispetto al 7,1% di oggi raggiungerà il 9,5%.

La colpa dell'aumento è del mix tra la variazione demografica, che incide sulla struttura della domanda di prestazioni sanitarie e la crescita della spesa determinata dalla crescita del Pil. L'impatto della componente demografica determina secondo il rapporto un incremento della spesa sanitaria pubblica di quasi 56,4 miliardi (v. pagina 4). L'aumento della popolazione invece comporta una crescita della spesa sanitaria di 7,3 miliardi. Cambia anche la composizione della popolazione:

ne: aumentano le donne (nel 2012 sono 30,7 milioni contro 28,7 milioni di uomini circa, nel 2050 saranno 32,8 milioni contro 30,6 milioni di uomini) e cresce l'età. Questa interazione determina una crescita della spesa pubblica di circa 49 miliardi. Infine, partendo dalle serie storiche dei rapporti tra variazione annua della spesa sanitaria pro capite (elasticità) e variazione annua del Pil pro capite, inserendo i dati nella proiezione della spesa sanitaria pubblica al 2050, la crescita della spesa sanitaria pubblica al 2050 è di circa 8,8 miliardi.

**La spesa regionale.** Negli ultimi anni (2000-2012) secondo il rapporto si è assistito a una diversa evoluzione della spesa sanitaria regionale, accompagnata da tassi diversi di crescita tra le Regioni senza una netta distinzione tra Nord, Centro e Sud. Il tasso di incremento medio maggiore è nel Molise (+5,1%), seguito da Friuli Venezia Giulia, Basilicata e Sardegna (+4,6%); i tassi di incremento medio minori sono invece a Bolzano (+3,1%) e in Abruzzo (+3,0%). Delle 4 Regioni in cui è cresciuta di più la spesa nel periodo 2000-2012, solo la Basilicata ha un livello di spesa pro capite inferiore alla media nazionale.

Nel caso della spesa sanitaria privata pro capite, le differenze regio-

nali sono più evidenti. Il valore medio pro capite 2011 è stato di 485 euro, 599 al Nord, 521 al Centro e 313 al Sud. Le due Regioni con la spesa più bassa sono Campania (238 euro) e Sicilia (288 euro). Bolzano e Trento, Veneto e Valle d'Aosta hanno registrato una spesa pro capite del 30% superiore alla media nazionale. All'opposto Campania, Sicilia e Basilicata con -30 per cento.

Il rapporto mette poi in evidenza notevoli disomogeneità. Dieci Regioni (Abruzzo, Marche, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Lombardia, Umbria, Veneto, Valle d'Aosta, Emilia Romagna), una in meno rispetto al 2011, e Trento hanno ottenuto un risultato d'esercizio positivo. Cinque avevano conseguito un risultato positivo anche nel 2011. Delle otto Regioni in piano di rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) tre hanno registrato un utile (Abruzzo, Piemonte e Puglia), ma le altre hanno comunque migliorato la propria performance. Lazio, Sardegna e Campania sole registrano l'89% del disavanzo.

**Le proposte di Meridiano.** Tre

i percorsi necessari, secondo il rapporto, per l'organizzazione e il finanziamento del sistema. Il primo è l'adozione di nuovi modelli di organizzazione e gestione (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 40/2013) come il «lean management», una riorganizzazione dei processi per intensità di cura e progettazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali basata sul valore per il paziente. Poi l'ammodernamento degli ospedali con le migliori tecnologie anche grazie ai fondi strutturali europei per ridurre le differenze Nord-Sud e favorire una maggiore competizione tra pubblico e privato. Infine la sanità integrativa: le prestazioni vanno definite in modo coordinato con il Ssn e coerentemente ai fabbisogni socio-sanitari.

**Paolo Del Bufalo**

Disavanzo sanitario pubblico pro-capite e cumulato (in euro), 2002-2012

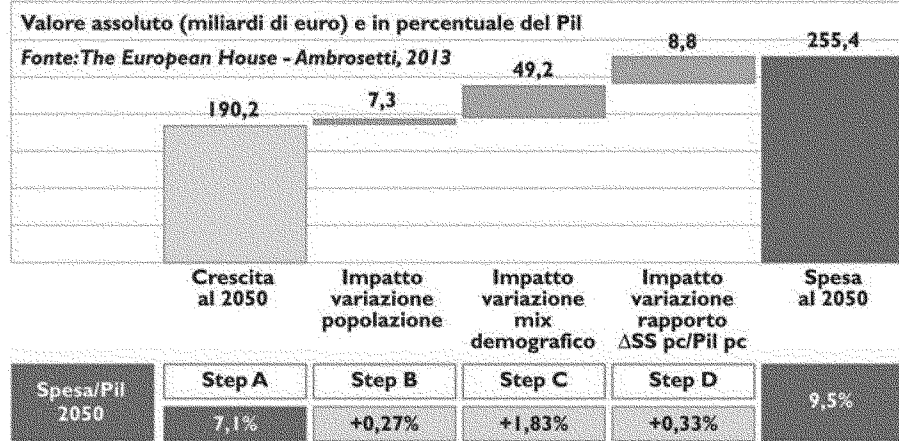
Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Cumulata 2002-2012
Lazio	-110	-97	-391	-365	-373	-292	-298	-244	-182	-152	-114	-2.619
Molise	-57	-227	-137	-433	-183	-208	-220	-199	-167	-123	-97	-2.051
Campania	-111	-97	-208	-309	-130	-149	-140	-135	-85	-44	-21	-1.428
Sardegna	-106	-87	-153	-198	-81	-14	-78	-137	-137	-131	-118	-1.240
Liguria	-28	-31	-207	-159	-62	-88	-68	-65	-55	-89	-36	-888
Abruzzo	-106	-169	-84	-173	-108	-115	-93	-70	-14	19	41	-872
Sicilia	-68	-20	-149	-140	-195	-114	-52	-40	-12	-20	-4	-813
V. d'Aosta	-56	-86	-109	-113	-110	-108	-101	-8	-54	8	3	-734
Basilicata	-1	-32	-54	-72	-37	-30	-49	-36	-60	-62	-30	-463
Puglia	-1	27	-11	-80	-42	-77	-88	-74	-82	-29	2	-455
Calabria	-73	6	-68	-40	-17	-63	-33	-59	9	-65	-36	-438
Marche	-66	-48	-103	-15	-26	10	24	11	18	1	18	-176
Piemonte	-9	-24	-156	0	-2	7	1	4	2	1	3	-173
Umbria	-12	-55	-62	-7	-47	8	10	5	11	12	10	-126
Pa Trento	2	-10	-18	-6	-28	-17	-20	-23	-20	5	10	-125
Toscana	-12	6	-65	-6	-33	12	-1	-2	4	3	-17	-110
Emilia R.	-12	-10	-95	-5	-9	6	6	5	6	8	0	-100
Veneto	-45	-32	1	-24	15	16	14	-5	-15	2	1	-72
Lombardia	-35	5	0	-2	0	1	0	0	1	2	1	-27
Pa Bolzano	-152	-54	53	59	53	46	31	73	4	9	-18	105
Friuli V.G.	28	16	8	22	15	32	18	13	7	6	12	177
Italia	-50	-33	-110	-102	-76	-61	-58	-54	-38	29	-18	-571

Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei conti, "Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica", 2013

Scomposizione della crescita della spesa sanitaria pubblica

Valore assoluto (miliardi di euro) e in percentuale del Pil

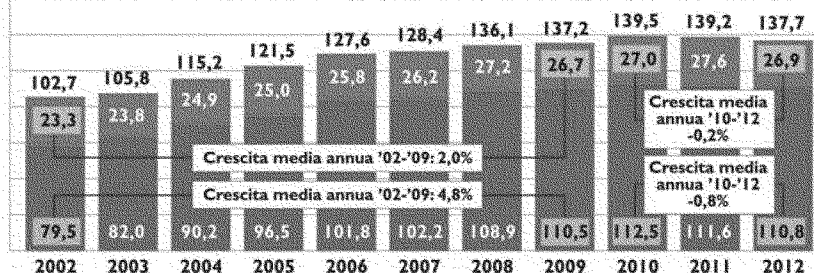
Fonte: The European House - Ambrosetti, 2013



Spesa sanitaria pubblica e privata (miliardi di euro), 2002-2012

Cagr (tasso di crescita annuale) 2002-2012

Spesa sanitaria pubblica: 3,6% Spesa sanitaria privata: 1,8% Spesa sanitaria totale: 3,2%



■ Spesa sanitaria pubblica (miliardi di euro) ■ Spesa sanitaria privata (miliardi di euro)

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Corte dei conti, "Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica", maggio 2013; Farmindustria, "Indicatori farmaceutici 2013", giugno 2013

REPORT DELL'ECONOMIA

# Debiti Pa: a fine ottobre 4,1 miliardi ai fornitori

**A** l 28 ottobre la sanità avrebbe pagato ai fornitori 4,118 miliardi dei cinque assegnati dal decreto sui debiti Pa. A fare il punto è il ministro dell'Economia che sottolinea come la prima fase del pagamento dei debiti arretrati della pubblica amministrazione, disposta dal decreto legge 35/2013, ha raggiunto un avanzamento del 69%. Con un forte avanzamento nel pagamento dei debiti sanitari (+240 milioni) e nell'impiego degli spazi finanziari sul patto di stabilità da parte delle Regioni (+575 milioni relativi al contributo di progetti finanziati con fondi europei).

I debiti sanitari pagati dalle Regioni ammontano complessivamente a 4,1 miliardi sul totale di 4,2 miliardi erogati dal Tesoro. Comuni e Province hanno pagato pressoché tutti i debiti consentiti dai finanziamenti otte-

nuti, che sono stati quindi esauriti.

Undici le Regioni che dalla rilevazione dell'Economia risultano aver pagato i loro debiti sanitari: Abruzzo per una quota pari a 174 milioni; Campania per 532 milioni; Emilia Romagna per 448 milioni; Lazio per 832 milioni; Liguria per 82 milioni; Molise per 35,5 milioni; Piemonte per 804 milioni; Puglia per 186 milioni; Toscana per 231 milioni; Umbria (+17,2 milioni); Veneto per 777,2 milioni.

La situazione dei pagamenti al 28 ottobre 2013 (dati in euro)

Regione	Importo richiesto dalla Regione e assegnato per 2013	Tavolo di verifica adempimenti regionali	Data pianificata per sottoscrizione contratto	Importo erogato alle Regioni	Data accreditato	Valore debiti pagati al 21/10/2013
Abruzzo	174.009.000	16/07/2013 - positivo	Sottoscritto	174.009.000	30/07/2013	174.009.000
Basilicata						
Pa Bolzano						
Calabria	107.142.000	25/07/2013 e 30/07/2013 positivo	Sottoscritto	89.750.000	13/08/2013	
Campania	531.970.000	18/07/2013 - positivo	Sottoscritto	531.970.000	30/07/2013	531.570.000
Emilia R.	447.980.000	08/07/2013 - positivo	Sottoscritto	447.980.000	25/07/2013	447.980.000
Friuli V.G.						
Lazio	832.052.000	08/07/2013 - positivo	Sottoscritto	832.052.000	25/07/2013	832.052.000
Liguria	81.833.000	08/07/2013 - positivo	Sottoscritto	81.833.000	25/07/2013	81.833.000
Lombardia						
Marche						
Molise	44.285.000	25/07/2013 - positivo	Sottoscritto	44.285.000	07/08/2013	35.428.000
Piemonte	803.724.000	08/07/2013 - positivo	Sottoscritto	803.724.000	25/07/2013	803.724.000
Puglia	185.975.000	08/07/2013 - positivo	Sottoscritto	185.975.000	25/07/2013	185.975.000
Sardegna	159.728.000					
Sicilia	606.097.000					
Toscana	230.753.000	18/07/2013 - positivo	Sottoscritto	280.753.000	30/07/2013	230.753.000
Pa Trento						
Umbria	17.222.000	30/07/2013 - positivo	Sottoscritto	17.222.000	12/08/2013	17.222.000
Valle d'Aosta						
Veneto	777.231.000	30/07/2013 - positivo	Sottoscritto	777.231.000	14/08/2013	777.231.000
<b>Totale</b>	<b>5.000.000.000</b>			<b>4.216.784.000</b>		<b>4.118.177.000</b>

## Il Piano nazionale rilancia il «percorso» terapeutico

Dalle singole prestazioni, al «percorso di presa in carico e di cura». La ridefinizione del concetto di Livello essenziale di assistenza (Lea) per la Salute mentale è la principale novità del «Piano di azione nazionale per la Salute mentale» approvato a gennaio dalla conferenza Stato-Regioni. Il documento, che dedica particolare attenzione alla necessità di continuità delle cure, impegna le Regioni a recepirne i contenuti. «Spesso le Regioni disattendono linee di indirizzo e piani di azione — commenta lo psichiatra Renzo De Stefani, tra i sostenitori della proposta di legge di iniziativa popolare "181" —. Oggi occorre un provvedimento legislativo che rilanci alcuni principi della 180, soprattutto in tema di buone pratiche da attuare».

**Disturbi psichici** Ne soffrono circa 4 italiani su 10. Troppi li sottovalutano

# Psichiatra, psicologo oppure neurologo? A chi rivolgersi e quando

## Aver chiare le differenti competenze può facilitare il ricorso ai diversi esperti della salute mentale

**S**entirsi depressi, non riuscire a dormire la notte, l'ansia che non abbandona, lo stress fuori controllo. Sintomi comuni, che la maggior parte di noi ha sperimentato in qualche momento della vita. Possono essere normali, per esempio, in seguito a un evento traumatico come un lutto, la perdita del lavoro, la fine di un amore o una malattia. Ma le reazioni di ciascuno alle intemperie del destino dipendono dalla storia personale, dagli aspetti biologici, dal contesto in cui si vive. Se, a distanza di tempo, quei sintomi persistono e diventano ingestibili, potrebbero essere la spia di una sofferenza più profonda.

Secondo le stime della Società italiana di psichiatria (Sip), circa 4 italiani su 10 soffrono di qualche disturbo psichico. «Nella maggior parte dei casi non si tratta di problemi cronici o severi — chiarisce il presidente della Sip, Claudio Mencacci —. Ma, se un disturbo viene sottovalutato, può cronicizzarsi e aggravarsi col passare del tempo. Purtroppo, la maggior parte di chi ne soffre non accede alle cure o lo fa in ritardo: tuttora esiste intorno alla salute mentale un alone di paure, vergogna, pregiudizi». Così si tende a nascondere il disagio, eppure la maggior parte dei disturbi psichici è curabile.

«Oggi — sottolinea lo specialista — esistono trattamenti efficaci. Anche in caso di malattie più severe i trattamenti permettono, se non di guarire completamente, almeno di gestirle meglio, consentendo ai pazienti di

condurre una vita dignitosa».

Il primo passo, quindi, è abbattere il muro di paura nei confronti dei disturbi psichici e lo stigma dell'incurabilità che da sempre accompagna la sofferenza mentale. Ma quali sono gli specialisti cui fare riferimento? Quando occorre chiedere aiuto allo psicologo? Quando allo psichiatra, piuttosto che al neurologo?

«A volte i loro ruoli si sovrappongono erroneamente, — chiarisce Mencacci — ma ciascuno ha un suo percorso formativo e competenze specifiche». Partiamo dalla formazione.

Lo psichiatra e il neurologo sono medici, che hanno conseguito la specializzazione nelle rispettive branche. Lo psicologo, dopo essersi laureato in Psicologia, ha svolto un tirocinio e poi ha sostenuto l'esame di Stato per iscriversi all'Albo professionale. Non essendo medico, però, non può prescrivere farmaci.

La psicoterapia, invece, può praticarla chi è abilitato, sia psicologo che medico, previa formazione specifica.

«Lo psicologo è, in genere, la figura professionale che incute meno timore, mentre ci possono essere ancora ritrosie a rivolgersi allo psichiatra — fa notare Mencacci —. Ma lo psichiatra, oltre a un sapere relazionale che deriva dalla formazione in psicoterapia, ha una competenza medica che gli permette di fare la diagnosi: per esempio, un disturbo da panico potrebbe essere anche la "spia" di problemi cardiologici o alla tiroide. Oggi,

poi, la psichiatria non si occupa più solo della follia e di malattie psichiche gravi, ma della salute mentale in senso lato e cura anche disturbi come ansia e depressione». Proprio per facilitare l'accesso alle cure, anche per superare la barriera della vergogna ad andare da quello che a volte viene ancora considerato il medico dei «matti», esistono in diverse realtà, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ambulatori specifici dove curare, per esempio, la depressione post partum, l'ansia o disturbi post traumatici da stress.

Quando, invece, occorre rivolgersi al neurologo? «Se in passato il neurologo si occupava anche di alcuni disturbi psichiatrici — spiega Giancarlo Comi, già presidente della Società italiana di Neurologia — oggi questo specialista si concentra sulle patologie d'organo e demanda i disturbi della personalità allo psichiatra, anche quando questi ultimi compaiono in persone che soffrono di malattie neurologiche. Per esempio, al neurologo spetta la cura del malato di Alzheimer, mentre i disturbi complementari di comportamento, come la depressione, sono di compe-

tenza dello psichiatra».

E qual è il ruolo dello psicologo? «Innanzitutto bisogna stare attenti a non etichettare come disturbi anche reazioni normali, per esempio quelle in seguito a un lutto — avverte Pierluigi Policastro, presidente di Sipap, la Società italiana psicologi area professionale privata, che lo scorso ottobre ha promosso una campagna d'informazione proprio per fare chiarezza tra i cittadini sulle diverse figure di riferimento —. Se poi quell'evento traumatico, col passare del tempo, rischia di trasformarsi in depressione, allora diventa necessario il supporto psicologico». Aggiunge il presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, Giuseppe Luigi Palma: «Noi operiamo su variabili specificatamente psicologiche, quali la consapevolezza di sé, l'autostima, le risorse emotive, relazionali o cognitive, intervenendo con tecniche e approcci diversi per migliorare la qualità di vita della persona, ad

esempio, mettendola in grado di far fronte allo stress».

«Che le cure psicologiche e la psicoterapia siano valide, per esempio, nel trattamento dell'ansia e della depressione lieve e moderata, è stato confermato da un recente studio dell'American Psychologist Association — sottolinea Policastro —. Si ottengono risultati più duraturi rispetto all'uso dei soli psicofarmaci, perché si aiutano le persone a prendersi carico della complessità degli eventi che vivono. Certo, se i sintomi diventano particolarmente invalidanti, vanno usati anche i farmaci, che saranno prescritti dai medici». Serve, quindi, l'integrazione tra le diverse competenze. «Ciascun professionista fa la sua parte, importante è affidarsi ad esperti — puntualizza Mencacci —. A volte, proprio perché si ha paura di rivelare la propria sofferenza, si cercano soluzioni alternative, rivolgendosi a "guaritori" improvvisati. Occorre invece parlare subito dei propri

disturbi col medico di famiglia, che ha il compito di indirizzare il paziente verso il percorso più adeguato».

La prevenzione e la diagnosi precoce svolgono come al solito un ruolo fondamentale. «La maggior parte dei disturbi psichici, anche i più severi come quelli psicotici (per esempio, disturbi dell'umore o schizofrenia), si manifesta già nell'adolescenza — afferma lo psichiatra —. Individuarli tempestivamente significa intervenire al più presto e ottenere risultati efficaci». Occorre, però, potenziare i servizi sul territorio. «In questi anni, anche a causa della crisi economica, i bisogni di salute mentale sono aumentati — continua Mencacci —. E i servizi, depauperati, non sempre sono in grado di dare risposte adeguate alle persone. Rafforzarli significa investire sulla vita delle persone e del Paese, dal momento che i disturbi psichici provocano disabilità in un caso su quattro, con enormi costi per

la collettività».

«In Italia — aggiunge Policastro — la psicoterapia viene vista ancora come un lusso. Eppure, uno studio della London School of Economics evidenzia che le cure psicologiche, oltre a migliorare la qualità di vita dei pazienti, fanno risparmiare». I motivi? Si ricorre meno alle medicine e si riducono sensibilmente le assenze dal lavoro per malattia. «Parte di quel risparmio — conclude lo psicologo — potrebbe essere investita in servizi offerti nell'ambito del sistema sanitario pubblico a chi ne ha bisogno».

di MARIA GIOVANNA FAIELLA

### Cronicizzazione

Il disagio spesso è solo transitorio, ma se viene trascurato può aggravarsi

## Pregiudizi Resiste un alone di paure e vergogna che tiene lontane le persone dalle terapie

**17 milioni**  
di persone con disturbi mentali

**1/3** Ho disturbi per sempre

**2/3** Ho disturbi episodici o oppurtunistici

**10.675** Finanziaria per i trattamenti specialistici (Fod) nel 2010

**15%** Le persone con disturbi mentali che vengono in contatto con un professionista della salute mentale

**1000** Centri Salute Mentale (CSM) in Italia

### La mappa dei servizi

**Ministero della Salute**  
Dipartimento di salute mentale (Dsm)

**PER ASSISTENZA**

**Centri di Salute Mentale (CSM)**  
Centro di primo intervento per persone con disagio psichico. Dovrebbe essere attivo per almeno 5 ore al giorno e almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. Tra i suoi compiti:  
- I servizi di accoglienza della persona nel suo luogo di abitazione, per cogliere l'eventuale disagio psichico, e attivare i servizi di emergenza, se necessario, al fine di stabilizzare la situazione e intervenire.

**Day Hospital** Per diagnosi e interventi terapeutici - psichiatrici e medici - sempre "aggiuntivi" al CSM (per le situazioni acute). Dovrebbe essere attivo almeno 8 ore al giorno per 5 giorni a settimana, presso ospedali o strutture collegate al CSM.

**Centri Diurni** Per percorsi terapeutico-riabilitativi e per apprendere abilità nella cura di sé, nella gestione quotidiana e nella ricerca di opportunità, anche al fine dell'ingresso lavorativo. Il personale sanitario deve essere presente per almeno 4 ore al giorno.

**SERVIZIO OSPEDALIERO DI DIAGNOSI E CURA (SODC)**

Questa l'organizzazione delle strutture per la cura dei disturbi psichici prevista dal progetto Obiettivo 4 della Salute Mentale 1998-2010. Ha la realtà, purtroppo, l'offerta dei servizi (che possono essere localmente assai differenziati) è molto disomogenea, da Regione a Regione, a volte da Asl ad Asl, come ha evidenziato la Commissione parlamentare di inchiesta sullo stato del servizio di salute mentale.

**Presso l'Asl ad Asl** la cura (insieme di cure ambulatoriali e di ricovero) è prevista per circa 24 persone al giorno per ogni Asl. Dovrebbe essere 1.500 al giorno di OFFRE I SEGUENTI SERVIZI (possono essere variamente distribuiti nelle Asl):

- PER ASSISTENZA** (1/3 delle strutture)
- PER ASSISTENZA** (2/3 delle strutture)
- Centri di Salute Mentale (CSM)**
- Day Hospital**
- Centri Diurni**
- SERVIZIO OSPEDALIERO DI DIAGNOSI E CURA (SODC)**

IL 20 DICEMBRE TERMINE PER PARTECIPARE AL MASTER DELLA FEDERICO II

## **Corsi in management sanitario a Medicina e Chirurgia**

**NAPOLI.** Scadono il 20 dicembre i termini per la domanda di ammissione al corso master di II livello in management sanitario presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Federico II. Il corso è a numero chiuso per 40 posti. Per l'attivazione del master il numero minimo di studenti è pari a 25. La struttura d'Ateneo responsabile della gestione amministrativa e contabile del master è il dipartimento di Scienze mediche preventive diretto da Maria Triassi. La domanda di partecipazione al concorso, dovrà essere indirizzata al Magnifico Rettore presso l'Ufficio scuole di specializzazione e master in via Mezzocannone 16.

L'INTERVISTA

## «Monti, io e la spending»

Balduzzi: «Dopo la semina, ora è il tempo del raccolto»

«**L**a spending non è stata la trovata di Monti e mia: basta col sottobosco sanitario, è ora di applicare le soluzioni messe in campo». Parla così Renato Balduzzi, ex ministro della Salute, che fa il punto sullo stato dell'arte del Ssn e indica le vie da seguire.

A PAG. 10-11



Renato Balduzzi parla per la prima volta da ex ministro della Salute: «Nessuna amarezza»

# «Ho seminato, ora il raccolto»

«La spending non è stata la trovata di Monti e mia: basta col sottobosco»

**P**rofessor Balduzzi, dove c'eravamo lasciati? Alla compartecipazione

**E dove ci ritroviamo?**

Allo stesso punto. Perché quello della compartecipazione è un tema che va affrontato ma che è molto difficile da affrontare. Ero riuscito a farlo studiare e a proporlo in occasioni di studio e convegni, ma come atti istituzionali eravamo rimasti ancora indietro.

**E ora lo sta rilanciando con una proposta di legge...**

Siamo sempre lì: tutti siamo d'accordo sul fatto che il sistema dei ticket è iniquo, disomogeneo e opaco e che dobbiamo trovare un meccanismo equo, trasparente e omogeneo o almeno un po' più equo, un po' più trasparente e un po' più omogeneo. Lo dobbiamo fare perché la compartecipazione è uno degli elementi che rendono sostenibile il Ssn. L'elemento di base è la fiducia, perché un sistema è sostenibile quando c'è

fiducia. Ma la fiducia è composta da tante cose. Un altro elemento è la capacità di tenere sotto controllo gli equilibri finanziari. La spending review

in sanità non è stata la trovata estiva di Monti e Balduzzi, ma qualcosa che corrisponde alla normalità per tenere sotto controllo un sistema che per sua natura va fuori controllo perché la sanità è ramificata, è un bosco, dove però è possibile mettere un po' d'ordine, eliminando il più possibile le aree di sottobosco.

**Ma cos'è e come dev'essere la spending review?**

La spending review è quella che abbiamo fatto e disegnato tra spending e riforme. Un processo in cui, accanto al regolamento sugli standard ospedalieri che prima o poi arriverà, all'h24, noi diamo gli strumenti alle Regioni e alle aziende non solo che siano idonei a tenere sotto controllo i fattori di produzione - che chiamerei più semplicemente la capacità

di assistenza - ma che siano anche tali da non portare a una riduzione dei servizi. Cioè la formula della spending: riduzione della spesa a invarianza dei servizi. Non abbiamo solo ridotto il finanziamento, senza togliere i servizi: abbiamo dato alle aziende gli strumenti per risparmiare. L'ottimo sarebbe che se un'azienda sanitaria risparmia, possa reinvestire in sanità. Non potevamo permettercelo nel 2012, è auspicabile che si faccia ora, visto che ci sono già effetti positivi di quella manovra, tanto che è stato possibile sterilizzare i 2 miliar-

di di ticket.

**Ticket, h24, ospedali: riforme rimaste sulla carta, però. Sassolini da togliersi dalle scarpe? Un po' di amaro in bocca le è rimasto?**

Sinceramente no. Ho sempre saputo come funziona il processo di cambiamento, soprattutto in sanità: prima si crea una certa acquisizione culturale su alcuni cambiamenti, poi il passo successivo è far diventare legge questa consapevolezza. Dopo questi passaggi ce n'è un altro, che è quello di attuare la legge. Ma non finisce neanche qui: una volta che hai attuato la legge, devi monitorare quello che hai fatto e valutarlo. E così si avranno nuove acquisizioni culturali, che rimetteranno in moto il circolo. Ecco, non avevo alcun dubbio che col Governo Monti potevo arrivare al secondo passaggio ed eventualmente per alcune cose cominciare il terzo, ma avevo la consapevolezza che non avremmo avuto il tempo di monitorare e valutare quello che avevamo prodotto. L'importante è acquisire, e far acquisire, alcune valutazioni culturali e strategiche.

**Ma adesso, cosa pensa: chi ha frenato? le Regioni, i sindacati, i partiti ...**

Siamo in anni in cui è molto difficile fare riforme importanti, viviamo anni di grande sofferenza. Non c'è qualcuno che frena per il gusto di frenare. È chiaro che cercavo di mettermi dal punto di vista dei miei interlocutori. Le Regioni, a esempio, sono chiamate a fare cose grandi e importanti: mantenere il livello dei servizi con meno risorse, perdere alcune abitudini, così come i ministeri del resto. Ciò detto, la consapevolezza che queste cose non sono veloci come uno le vorrebbe, ripeto, noi l'avevamo già.

**Intanto adesso, fine 2013, il Patto è di nuovo allo studio, si ricomincia da lì. Da dove c'eravamo lasciati.**

Certo, ma con un grado superiore di acquisizione culturale e di consolidamento normativo. C'è un lavoro fatto, un assestamento. Non solo con l'h24 o l'intramoenia consolidata, o con il nuovo sistema per sce-

gliere i primari, volto a privilegiare la competenza e non l'affiliazione. Ora è il momento dell'attuazione, anzi di 21 attuazioni. Ci vuole una grande capacità di governo, sapendo che è più facile governare dal centro se hai una leva di risorse finanziarie importanti. Se non hai risorse il tuo governo dovrà essere più incentrato sulla persuasione, perché come premio non hai niente da dare.

**Come giudica la decisione di evitare altri tagli alla sanità?**

Absolutamente in modo positivo. Con la legge di stabilità dell'anno scorso avevo detto: mai più tagli. Mi avevano chiesto 2 miliardi, li avevamo ridotti a 600 milioni. Ma, ottenuto questo, dobbiamo attuare i provvedimenti che hanno portato al contenimento delle risorse. Altrimenti tutto resta solo sulla carta.

**Gli ospedali piccoli vanno tagliati, ridotti, riconvertiti? Insomma, vanno o no tolti di mezzo?**

La scelta della spending review secondo me resta quella più saggia. Non mettere in modo generalizzato un tetto numerico, che sarebbe arbitrario: sotto gli 80 posti letto, sopra i 90... Si deve agire sui macronumeri: quindi, tasso di ospedalizzazione, posti letto, dare alle Regioni degli standard e strumenti per farli rispettare. Può esserci l'ospedale piccolo che serve. Io ne ho visti. Come ho visto ospedali inutili. Almeno nel modo in cui sono organizzati. Questo dovrebbe essere risolto in futuro dall'applicazione del regolamento degli standard e dagli esiti. Le due cose insieme fanno sì che nessuno abbia più alibi.

**Però ora non si può perdere altro tempo, per il Ssn sarebbe la fine.**

L'attuazione delle misure strutturali, le razionalizzazioni insieme di territorio e ospedale, vanno fatte. Devono camminare insieme perché una parte delle risorse della ristrutturazione ospedaliera servirà al territorio. Poi va affrontata la questione della compartecipazione, come ho detto. L'out of pocket è fatto di acquisti diretti

e si dovrà mettere ordine in tutta la partita dei fondi integrativi non sostitutivi. L'out of pocket è fatto anche di sanità a basso costo, e questo va capito: se col ticket conviene andare nella sanità a basso costo, si perdono risorse perché la sanità pubblica deve comunque disegnare e assicurare l'organizzazione dei servizi. E già sta succedendo. Perché il sistema possa essere in equilibrio in prospettiva non va razionalizzata solo la spesa, ma anche l'entrata, dunque tutta la partita dell'out of pocket. Ecco perché avevo cominciato a parlare di franchigia.

**Il rischio però è che a pagare siano i soliti noti ...**

Certo, c'è il problema della fedeltà fiscale e di avere indicatori della situazione economica affidabili. Adesso che l'Isee c'è, ciò è possibile. Un anno fa, senza un Isee affidabile ero il primo io a dire che non era possibile.

**Un ricordo positivo dell'avventura al Governo.**

La cosa che forse mi ha dato più incoraggiamento è rimasta un po' sottotraccia: il viaggio che ho fatto due volte nella cosiddetta Terra dei fuochi. Un'esperienza preziosa, la possibilità di condividere dati e situazioni complesse con chi sta lì, a partire dai medici per l'ambiente, e che sa qualcosa in più dei freddi numeri. Un percorso da non interrompere.

**E un ricordo negativo?**

La vicenda delle staminali: lì misuri l'impotenza di chi ha responsabilità pubbliche quando scatta un'ingiustificata ondata mediatica che dice "bisogna fare così". Io questa cosa l'avevo già vissuta in un altro ruolo nel 1998 col caso Di Bella. In un primo momento alcuni scienziati non avevano capito il senso del mio operato, che non era di portare avanti quel "metodo", ma di dire qualcosa quando questa onda mediatica assolutamente incongrua rischiava di travolgere tutto. Mi ha ferito perché mi ha dato il senso della difficoltà di comunicare un intendimento di politica sanitaria. Cosa vuoi dire alle famiglie? Da un lato c'erano gli scienziati con

le loro ragioni, dall'altro i magistrati, sollecitati da queste situazioni. Chi deve governare è davanti a chi cerca di speculare, di trarre profitto anche elettorale, politico. È andata bene che alla Camera si sono rimesse a posto le cose.

**Posso dirne due che sono andate male? Le bibite senza zucchero con tanto di tassa e la liberalizzazione delle farmacie...**

Abbiamo comunque messo un po' di ossigeno nel mondo chiuso delle farmacie. Ma non le annovererei tra i fallimenti. Non posso dire che complessi-

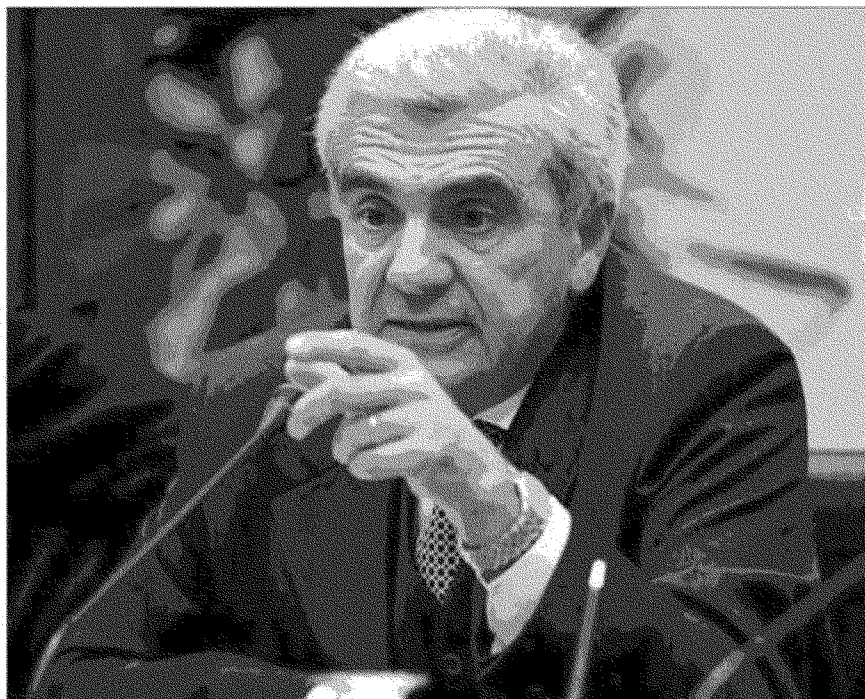
vamente il sistema di distribuzione del farmaco sia problematico in Italia: va migliorato, ma non è problematico. La tassa sulle bevande zuccherate in fondo, poi, era una proposta di messaggio alle famiglie: dobbiamo preoccuparci di ciò che bevono i nostri figli. Ma di fatto, anche per come è andata, è come se avessimo fatto una campagna promozionale senza spendere niente. Il messaggio è stato dato e il ministero della Salute è stato lodato a livello internazionale. Piuttosto, ne ricorderei un'altra...

**Quale?**

Sono stato battuto sulla questione del Prontuario farmaceutico e delle indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate, per introdurre elementi di controllo e razionalizzazione ed evitare comportamenti opportunistici. Sono stato battuto sul momento, ma non ho amarezza. Tutti i fatti successivi, dalla posizione dell'Antitrust a quel che sta succedendo sul caso Lucentis fino all'Aifa che ha preso atto di dover riconsiderare quel tipo di valutazione, è un conforto che ha dato ragione alla nostra posizione e non a chi ha bocciato la nostra proposta. (r.tu.)

*“La spending review in sanità non è stata la trovata estiva di Monti e Balduzzi, serve per tenere sotto controllo un sistema che per sua natura va fuori controllo perché la sanità è ramificata, è un bosco, vanno eliminate il più possibile le aree di sottobosco”*

*“Sapevo che col Governo Monti non avremmo avuto il tempo di monitorare e valutare quello che avevamo prodotto: è stato gettato il seme del cambiamento. Bene nessun taglio nel 2014, anche grazie a noi. Ma ora non è più tempo di alibi per nessuno”*



Didascalìa



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



# Montoro, appello all'Asl «Via al registro dei tumori»

## L'appello

Il Comune si rivolgerà ai centri dell'intera zona per sostenere la richiesta

### Pietro Montone

MONTORO INFERIORE. L'aumento delle affezioni di origine tumorale e la crescita dei fenomeni di inquinamento rilanciano la questione del registro tumori. Un controllo accurato e scientifico delle patologie che insorgono nella zona del Montorese e Solofrano consentirebbe uno screening su dati certi. La mobilitazione dei cittadini del comprensorio contro l'inquinamento ambientale porta ad un primo risultato tangibile; il consiglio comunale domani pomeriggio varerà una delibera in cui chiede all'Asl di Avellino l'istituzione del registro provinciale dei tumori. Era questa una delle richieste avanzate ai sindaci di Montoro e Solofra dai partecipanti al corteo

di protesta organizzato da «Laboratorio Montoro» lo scorso 26 ottobre. Il presidente del consiglio comunale di Montoro Inferiore, Bruno Spiezio, aveva preso, insieme agli assessori comunali Michele Capuano e Pino Musto, questo impegno nel confronto avuto con i manifestanti.

«La richiesta all'Asl di Avellino dell'istituzione del Registro provinciale dei tumori - spiega Bruno Spiezio - rappresenta la risposta più immediata che si può dare ai cittadini stanchi di vivere in un ambiente fortemente degradato a cau-



sa di diversi fattori di inquinamento, ad iniziare dal torrente Solofrana.

Tale registro, sebbene reso operativo da un decreto del presidente della giunta regionale, ancora non è stato attivato dall'Azienda Sanitaria Locale, mentre altre province hanno già provveduto. Nella delibera, oltre a sottoporre la richiesta all'Asl, il consiglio comunale solleciteremo anche i comuni limitrofi ad adottare un provvedimento dello stesso tenore». L'istituzione del registro dei tumori consentirebbe, finalmente, di monitorare il preoccupante fenomeno di crescita delle malattie tumorali nel comprensorio di Solofra e Montoro.

Intanto il movimento politico culturale «Laboratorio Montoro», organizzatore della manifestazione di protesta contro l'inquinamento della Solofrana e la costruzione delle vasche, ha varato i suoi vertici. Presidente è stato eletto, con votazione unanime da tutta l'assemblea, Gianni Gaeta, suo vice Giuseppe Russo, segretario Michele Costabile e tesoriere Adelaide Caliano. Nel consiglio direttivo Francesco Marone, Carmine Tammaro, Niccolò Parente e Carlo Giordano. Il movimento nelle prossime settimane annuncia nuove clamorose iniziative per contrastare l'inquinamento del comprensorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## «Deciderò senza di loro, devo far quadrare i conti»

### La replica

EBOLI. L'autonomia gestionale per l'ospedale unico della Piana del Sele non la può decidere l'Asl: «Ci vorrebbe una legge ad hoc, un provvedimento della Regione Campania o del governo centrale» ha spiegato Antonio Squillante che non accetta l'accusa di aver usato due pesi e due misure: «Ho accorpato gli ospedali anche nell'Agro nocerino, avessimo chiuso prima l'ospedale di Agropoli saremmo già al pareggio in bilancio».

Il decreto regionale 49 ha deciso questi tagli, inclusa la riduzione dei posti letto nella Piana del Sele. Solo a Roma si possono cambiare queste disposizioni. Noi continueremo a lavorare per il pareggio in bilancio. Solo con questo risultato potremmo andare a Napoli e dire basta ai tagli regionali». Il direttore generale dell'Asl conferma che se i reparti doppiati - cardiologia, ginecologia, chirurgia, ortopedia, medicina - tra Eboli e Battipaglia non verranno eliminati dai politici locali si prospetta uno scenario drammatico: «Confi-

”

### La stoccata

Il direttore generale: loro fanno i politici io invece non cerco il consenso

do nel buon senso degli amministratori locali, se continueranno con questo atteggiamento sarò costretto a prendere io la decisione definitiva. Una decisione che, purtroppo, ci sarà. I politici locali continuano a fare quadrato per salvare tutti i reparti, loro sono dei politici, io sono un manager e non cerco il consenso, io devo attuare un decreto. In questo modo non arriviamo da nessuna parte, sono sicuro che i sindacati porteranno proposte più concrete».

**ro.si.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL CONGRESSO**

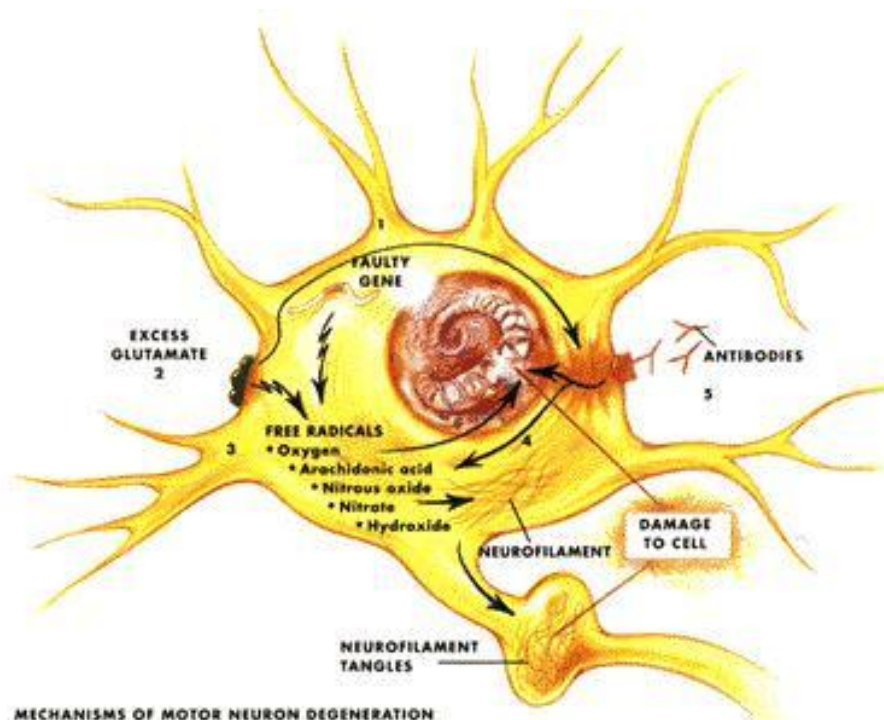
**Medici all'Augusteo  
contro l'autismo**

Il 23 e 24 novembre, nel Teatro Augusteo, in via Roma, si terrà il secondo congresso internazionale sull'Autismo. «Attualità del modello psicoeducativo: studi ed esperienze a confronto nella cultura mediterranea» il tema, con interventi di circa trenta illustri relatori provenienti da vari paesi europei.



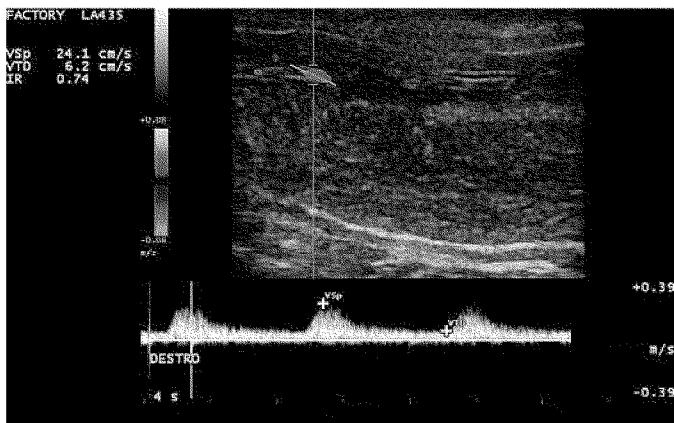
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



# L'amico del diabetico: l'andrologo

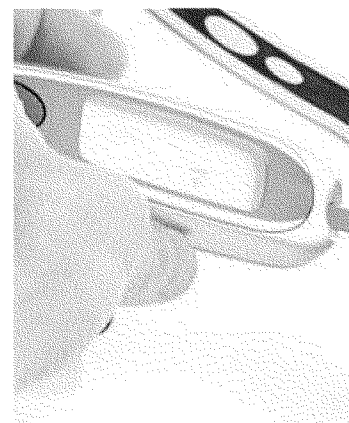
Il diabete non è solo l'iperglicemia o, come spesso asserito dai pazienti, non è 'lo zucchero nel sangue'. Il diabete è essenzialmente una patologia 'temibile' per le sue complicanze cardiovascolari, neurologiche, oculistiche e nefrologiche, ma spesso sfugge l'importanza di patologie concomitanti che ledono in maniera non meno rilevante la quotidianità e la qualità di vita dei pazienti diabetici e cioè patologie della sfera sessuale. La disfunzione erettile (DE) presenta un'elevata prevalenza nei pazienti diabetici e si stima che circa la metà dei pazienti diabetici possano essere affetti da DE. Sia il danno vascolare che la neuropatia diabetica sono alla base di questa patologia. Spesso la diagnosi è misconosciuta o tardiva e non di rado l'assunzione di inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5, noti come viagra, cialis o levitra, anticipa la diagnosi specialistica di tale disturbo. La DE può essere il primo segno della patologia diabetica e numerosi studi scientifici hanno dimostrato l'importanza di una diagnosi precoce di DE. Nei pazienti diabetici, infatti, ancor più che in soggetti con normale metabolismo glucidico, la comparsa di DE anticipa un evento cardiovascolare come angina e/o infarto e può essere considerata una vera e propria 'sentinella' di una patologia coronarica in atto al punto tale da poter stimare la presenza di DE come 'suggeritrice' di indagini di screening di patologia coronarica in pazienti con diabete. In altre parole, come già suggerito qualche anno fa da una campagna di formazione/informazione



Alterazione degli indici flussimetrici penieni in un paziente diabetico di 52 anni con disfunzione erettile che ha indotto la di approfondimenti cardiologici e la scoperta di coronaropatia non conosciuta precedentemente

androgica promossa dalla Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS), denominata 'Impotenza che fortuna', la presenza della DE potrebbe essere di aiuto ai medici nell'evitare eventi cardiovascolari in pazienti diabetici. I pazienti diabetici sono anche più frequentemente affetti da ipogonadismo oltre che da DE e le due patologie possono spesso essere concomitanti. La prevalenza dell'ipogonadismo nel diabete è stata stimata fino al 50% ed i bassi livelli di testosterone sono associati a diabete indipendentemente dall'età dei soggetti e dall'indice di massa corporea (BMI). E' oggi comunque ancora da chiarire il ruolo di una eventuale terapia sostitutiva con testosterone sul metabolismo glucidico e sull'outcome cardiovascolare, anche se diverse osservazioni cliniche sembrano suggerire un miglioramento del controllo glicemico e del

profilo metabolico in pazienti trattati con testosterone. Altra problematica che richiede attenzione clinica nei pazienti diabetici, non meno rilevante, è l'associazione tra diabete e disturbi dell'eiaculazione. La presenza di neuropatia diabetica, potrebbe indurre eiaculazione retrograda, cioè la spinta dell'eiaculato in vescica piuttosto che all'esterno. Nonostante l'associazione tra diabete, ipogonadismo e DE sia stata riportata in numerosi studi e confermata da meta-analisi, lo screening di tali condizioni nei pazienti con diabete resta poco praticato negli ambulatori territoriali, probabilmente per motivi di economia sanitaria e per la difficoltà di dover offrire, in caso di diagnosi, un adeguato iter diagnostico-terapeutico, che comporterebbe un notevole dispendio di energie temporali ed organizzative. La sezione di Andrologia dell'area di Endocrinologia del Diparti-



mento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli diretta dalla Prof.ssa Annamaria Colao e coordinata dal Prof. Rosario Pivonello con l'ausilio del Dott. Mariano Galdiero, ha istituito un team multidisciplinare nella quale diverse figure professionali quali andrologo, endocrinologo, psico-sessuologo, concorrono ad un approccio integrato alle complicanze andrologiche e sessuali associate alla patologia diabetica. I pazienti diabetici possono accedere fin dalla diagnosi ad un percorso dedicato volto all'identificazione precoce ed al corretto management dell'ipogonadismo maschile, della DE e dei disordini dell'eiaculazione. Presso tale centro è possibile praticare, dopo una iniziale visita di inquadramento clinico andrologico-diabetologico, esami ormonali volti alla valutazione dell'assetto gonadico, esami ecografici speciali-

stici come ecografia scrotale ed ecocolordoppler penieno dinamico dopo farmaco-iniezione intracavernosa di alprostadil per lo studio delle strutture vascolari peniene e consulti psicosessuologici. I pazienti con DE effettuano una valutazione cardiologica clinico-strumentale volta ad identificare patologie coronariche. Far sentire al paziente diabetico di poter praticare un percorso predefinito, piuttosto che dover ricorrere all'esecuzione frammentata di esami di non sempre semplice esecuzione sul territorio, permette una migliore complicità medico-paziente e ciò assicura una migliore aderenza al percorso diagnostico-terapeutico suggerito. Oltre che in campo squisitamente assistenziale, dove si è creata nel corso degli anni una rete territoriale coinvolgente numerosi distretti sanitari in Campania, il team è impegnato attivamente nel campo della ricerca

con numerosi studi volti all'identificazione dell'impatto delle terapie del diabetico (ipoglicemizzanti, ipocolesterolemizzanti, antipertensivi) sulla funzione gonadica e sessuale e sulla valutazione degli effetti che le disfunzioni sessuali presenti nel diabete hanno sulla vita personale e relazionale di tali pazienti. Da dati preliminari oggi disponibili risulta chiaro il ruolo 'centrale' che le patologie andrologiche rivestono nella vita quotidiana di ciascun diabetico oltre ogni aspettativa.

Il lavoro svolto negli ultimi anni con il team multidisciplinare sopracitato ha sempre più alimentato la convinzione che il controllo glicemico non può essere l'unico obiettivo da porsi nel management di un paziente diabetico. L'inquadramento di problematiche che impattano in maniera rilevante sulla qualità di vita e sulla vita di relazione di un paziente diabetico consente davvero di donare a tali soggetti una aspettativa di vita ed una qualità di vita del tutto sovrapponibile a quella di individui che non soffrono di tale condizione.

**Rosario Pivonello**

**Annamaria Colao**

*Università degli Studi di Napoli  
Federico II*

*Dipartimento di Medicina Clinica  
e Chirurgia- Sezione di Endocrinologia  
ed Andrologia*

*Via S. Pansini 5, 80131 Napoli.  
Edificio 1.*

**Per contatti:**

*rosario.pivonello@unina.it*

*mariano.galdiero@gmail.com*

**0817464745-0817464983**