



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Il settore.** Per Farindustria vince l'eccellenza delle «fabbriche» italiane

## Farmaci e vaccini volano all'estero

**Laura Cavestri**  
MILANO.

Una lenta ma inesorabile risalita, che dal 53° posto del 1991 tra i 119 settori d'esportazione del "made in Italy" ha portato la voce "Medicinali e preparati farmaceutici" al 4° posto nel ranking italiano dell'export 2013, con un balzo record del 13,8% rispetto all'anno precedente e del 9% solo a dicembre, rispetto allo stesso mese del 2012. «E non è una "medaglia di legno" - scherza Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria - perchè entro la fine del mio mandato, ovvero giugno 2015, contiamo di essere saliti sul podio». In ogni caso i medicinali sono il primo settore hi-tech per valore dell'export.

«Ancora una volta da questi dati si capisce la potenzialità del nostro settore per l'economia del paese - ha aggiunto Scaccabarozzi - di fronte ai dati diffusi dall'Istat sul commercio estero. Ma serve credere nel settore e nelle vendite all'estero. Se non ci fosse stato l'export, l'attività produttiva sarebbe diminuita del 3,5

per cento». E questi risultati hanno così permesso di salvaguardare, in gran parte, l'occupazione.

Per Scaccabarozzi, infatti, è proprio il "modello produttivo italiano" ad aver premiato. «Negli anni '80 - ha spiegato il presidente di Farindustria - c'è stata una forte investimento nella produzione in Italia. Con 174 stabilimenti, per presenza industriale siamo secondi solo alla Germania, e i primi in Europa per produttività per addetto. Questo consente alle nostre imprese di produrre farmaci in stabilimenti concentrati e poi di venderli solo "modificando" packaging ed etichette. Di conseguenza, riusciamo a fare economie di scala maggiori rispetto alle multinazionali che moltiplicano i centri produttivi».

# +13,8%

### Balzo record

Secondo l'Istat è l'aumento 2013 dell'export del settore in un anno

Soprattutto per prodotti come insuline, antitumorali, antipatite e anti-Aids, oltre che per i farmaci di sintesi chimica di grande consumo. In media le esportazioni sono tra il 70 e il 90 per cento. Mercati più promettenti? «Difficile dirlo. Il mercato è ormai il mondo. In base ai prodotti di punta delle nostre imprese - aggiunge Scaccabarozzi - ogni impresa struttura business e distribuzione. Restiamo forti in Europa, nel Mediterraneo, ma le nostre aziende si stanno fortemente espandendo nei Bric».

Una parola, però, Scaccabarozzi, la spende anche sulla situazione italiana. «La farmaceutica - ha concluso il presidente di Farindustria - ha subito 44 manovre economiche in 10 anni e sostenuto il 30% dei tagli in sanità, pur essendo solo il 15% della spesa totale. Il governo Letta è stato una svolta: non ci ha restituito quello che ci era stato tolto con i tagli precedenti, ma ci ha dato stabilità. Mi auguro che anche con Matteo Renzi si continui così».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A PAG. 12-13

Oms

**Atlante del  
fine vita: cure  
palliative  
efficaci  
e integrate  
solo in 20  
Paesi su 234**

*Atlante Oms sulle terapie di fine vita: sono 20 milioni i malati che necessitano di assistenza*

# Cure palliative solo in 20 Paesi

**Il 98% dei bambini che ne avrebbero bisogno è in Regioni a basso e medio reddito**

DI ROSANNA MAGNANO

**S**ono oltre 20 milioni nel mondo le persone che hanno la necessità di accedere a cure palliative ma solo in 20 Paesi su 234 (8%) il livello di questo tipo di assistenza può essere considerato elevato e le cure di fine vita sono realmente integrate con i sistemi sanitari nazionali. Si tratta per la maggior parte (69%) di persone anziane (over 60) e solo il 6% sono bambini, concentrati soprattutto nei Paesi poveri. La percentuale più alta (78%) di adulti bisognosi di cure palliative vive in Paesi a basso e medio reddito, ma i tassi più elevati si registrano nelle Regioni a più alto reddito. Il 90% muore per malattie non trasmissibili: soprattutto malattie cardiovascolari, cancro e malattie polmonari croniche ostruttive, oltre a diabete e altre malattie non trasmissibili. È questa la fotografia scattata dall'Atlante globale delle cure palliative di fine vita, curato dall'Oms con il network internazionale Worldwide Palliative Care Alliance (Wpca).

I tre quarti degli adulti che necessitano di cure palliative si concentrano nella Regione del Pacifico orientale, nella regione europea e nell'Asia sudorientale. Ma i tassi più elevati si raggiungono nell'Unione europea, seguita dalle Regioni occidentali del Pacifico e dalle Americhe.

In tutte le Regioni la più alta percentuale di pazienti che

necessita di cure di fine vita è colpita da malattie progressive non maligne, a seguire i malati di cancro con l'eccezione della Regione africana dove l'Hiv/Aids e le malattie non maligne condividono lo stesso «peso» (circa il 42%).

Per quanto riguarda le cure palliative pediatriche la stragrande maggioranza (98%) dei bambini che ne hanno bisogno vivono in Paesi a basso e medio reddito e all'interno di questo gruppo, l'83% vive nelle Regioni a basso reddito, dove si trovano i tassi più elevati. I bambini che muoiono di anomalie congenite rappresentano oltre il 25% del carico di cure di fine vita, seguono le condizioni neonatali (quasi il 15%) e la malnutrizione (14%). Un bambino inguaribile su due vive nella Regione africana, seguono il Sud-Est asiatico e le aree del Mediterraneo orientale. Nella maggior parte dei casi si tratta di bambini colpiti da malattie non maligne progressive, mentre cancro e Aids rappresentano una piccola percentuale. Nel rapporto si stima che oltre un bambino su tre nel fine vita avrebbe bisogno di cure palliative (37,4%).

Si tratta di un numero medio che varia considerevolmente da Regione a Regione e categoria di reddito.

Nei Paesi a reddito più elevato, la percentuale può superare il 60% della mortalità totale, mentre nei Paesi a basso e medio reddito le cifre sono molto più basse a causa della maggio-

re mortalità per malattie infettive e lesioni.

A livello globale sono stati comunque registrati dei progressi. Nel 2011, 136 Paesi su 234 (58%) registrano la presenza di uno o più hospice, con un incremento di 21 Paesi (+9%) rispetto alla rilevazione precedente, nel 2006. L'Africa è l'area in cui si sono registrati i maggiori progressi. Anche se il taglio dei finanziamenti del Fondo di beneficenza in memoria della principessa Diana avrà un impatto negativo.

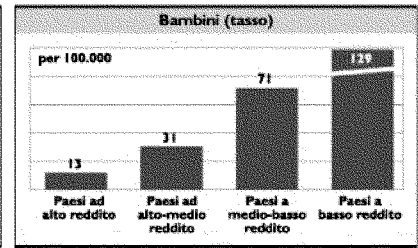
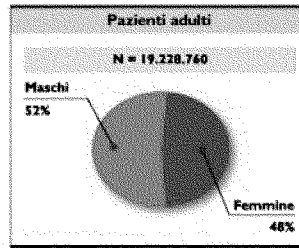
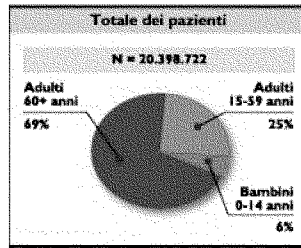
Le cifre esatte sui fondi destinati agli hospice e ai servizi di cure palliative non sono noti. Il report cita però alcuni esempi di allocazione delle risorse, soprattutto nei Paesi occidentali, che forniscono un quadro parziale della necessità di risorse. Vari studi indicano che il costo delle cure negli ultimi anni di vita copre tra il 25 e il 30% di tutte le spese mediche. Negli Stati Uniti il Programma Medicare per gli over 65 ha speso un totale di 484 miliardi di dollari nel 2009, di cui 12 miliardi di dollari per gli hospice. Negli Usa, oltre agli hospice, ci sono 1.568 ospedali che hanno servizi di cure palliative.

In Canada le cure palliative sono invece finanziate per il 50% da donazioni. E in media, negli hospice inglesi solo il 34% dei costi è coperto dal governo o dal Servizio sanitario nazionale, anche se l'importo effettivo del finanziamento

statale per hospice di beneficenza locali in tutto il Regno Unito varia notevolmente. Gli hospice pediatrici ricevono ancor meno finanziamenti pubblici.

Nella ricetta dell'Oms per migliorare il quadro: rivedere le linee guida sulle cure palliative con una nuova strategia per integrare questo tipo di assistenza nei sistemi sanitari; monitorare i progressi a livello nazionale e globale; lavorare con i Paesi per rivedere le strategie messe in campo contro le malattie non trasmissibili e fornire il supporto tecnico per garantire la completa integrazione delle cure palliative in queste strategie, compreso l'accesso agli analgesici oppiacei; rafforzare il ruolo del Global Fund; moltiplicare gli sforzi dell'International narcotics control board per garantire nei vari Paesi un accesso adeguato alle sostanze controllate per uso medico, come garantito dalle *drug conventions* delle Nazioni Unite; l'Unicef dovrebbe inoltre assumere un ruolo di leadership nel promuovere ed estendere le cure palliative pediatriche.

Le priorità da parte dei Governi: finanziare in modo strutturale le cure palliative; adottare misure volte a superare le barriere esistenti all'accesso alle medicine palliative, in particolare agli analgesici oppioidi per via orale e garantire l'accesso all'assistenza anche ai gruppi emarginati o vulnerabili; integrare le cure palliative nella formazione obbligatoria



e nei programmi di studio post-laurea per medici, infermieri e assistenti sociali.

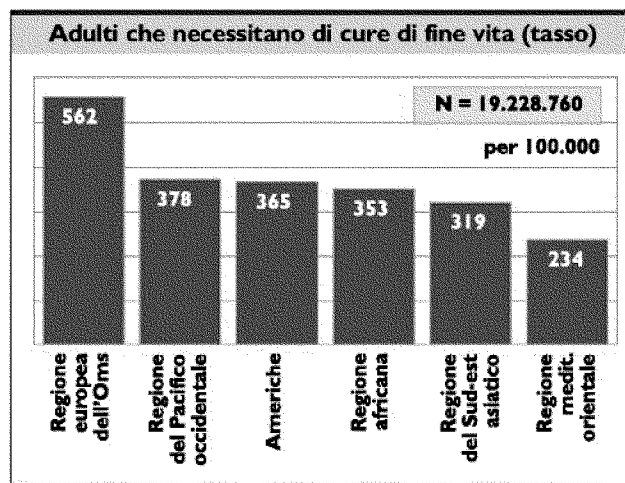
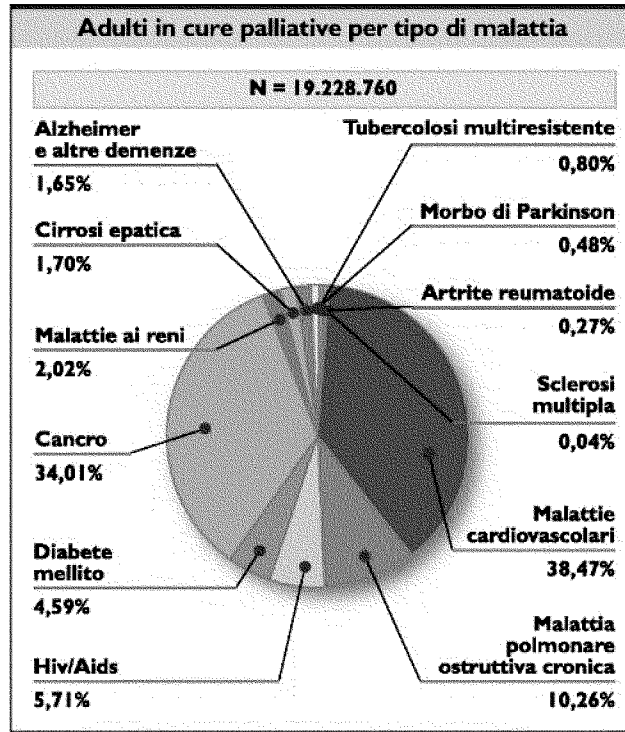
Tra i casi di studio presentati nel report, ci sono due esempi di programmi (a Kerala, in India, e ad Arusha, in Tanzania) che utilizzano in modo efficace le comunità di operatori sanitari volontari. Nel caso indiano, la rete di cure palliative (Nnpc) è nata intorno al 2000 e dopo 10 anni può contare su un organico di 15mila volontari formati, 50 palliativisti e 100 infermieri specializzati.

In Tanzania, il progetto portato avanti dalla Chiesa evangelica luterana è nato per dare assistenza alle persone colpite da Hiv, fornendo cure palliative a 14mila persone e sostenendo a oltre 13.500 bambini vulnerabili.

In Florida (Usa) è attivo un programma che ha raggiunto il più alto livello di penetrazione nella popolazione di pazienti che necessitano di cure palliative.

In Vietnam le cure palliative sono state introdotte nel Sistema sanitario nazionale e in Argentina un programma ha introdotto le cure palliative nelle strutture per acuti (Argentina). Infine un programma di hospice di qualità nel Regno Unito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ODONTOIATRIA SOCIALE

### Denti sani per le fasce deboli

**C**on solo l'8% di cittadini che beneficia del servizio di odontoiatria pubblica, il Piano pone come sfida quella di adottare iniziative volte ad ampliare l'accesso alla prevenzione e alle cure, visto che l'accesso alle cure odontoiatriche rappresenta un obiettivo prioritario di sanità pubblica, in particolare per i bambini, gli anziani, i malati cronici. Alla base delle iniziative, il Piano vede come indispensabile procedere a una ricognizione dell'offerta attuale e all'analisi dei bisogni delle categorie più a rischio, valutando anche l'efficacia delle strategie di prevenzione in essere nei confronti della popolazione infantile e dei soggetti più deboli (migranti, anziani, giovani in condizioni di disagio, soggetti disabili o in terapia oncologica domiciliare).

Il piano punta con forza all'ampliamento dell'accesso con particolare riferimento alle fasce deboli della popolazione per età o condizione economica con l'obiettivo di promuovere e favorire programmi di prevenzione e cura delle patologie più diffuse della bocca, anche al fine di evitare l'insorgenza di situazioni cliniche (edentulismo) o funzionali che peggiorano la salute di cittadini già in stato di debolezza. In pratica sulla base dei risultati raccolti l'intento è quello di procedere per aumentare e differenziare le opzioni organizzative per l'erogazione delle cure odontoiatriche, a partire dall'ottimizzazione dell'offerta pubblica. Altro proposito è quello di definire modalità innovative di collaborazione con il privato e stilare nuove linee guida per le aziende sanitarie locali del territorio.

RAPPORTO ISTAT/ Il ritratto del Paese pubblicato nel sistema informativo dell'Istituto

# «Noi Italia» racconta la salute

Spesa sanitaria, ricoveri, stili di vita, ricerca, malattie e povertà in pillole

**S**pesa sanitaria contenuta rispetto alla media Ue: 111 miliardi di euro la pubblica, pari al 7% del Pil e a 1.867 euro annui per abitante. Con un esborso per le cure, da parte delle famiglie, che rappresenta l'1,8% del Pil e che mostra un'ampia forbice tra Sud (949 euro a nucleo) e Centro-Nord (1.222 euro a famiglia). E un privato out of pocket pari al 20,6% della spesa sanitaria complessiva.

Sono solo alcune delle cifre che compongono l'identikit di salute e sanità della nostra popolazione, tratteggiato dal rapporto dell'Istat «Noi Italia 2014, 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo». Tra gli altri dati presenti nel sistema informativo che in 120 schede illustra il Belpaese, le informazioni su ricoveri, stato di salute, stili di vita e condizioni più prettamente sociali delle persone.

Nel 2011 - per citare i dati più salienti - le Regioni sono state interessate da circa 588mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,4% dei ricoveri ordinari per acuti) e da oltre 523mila ricoveri di pazienti provenienti da una Regione diversa da quella di residenza (7,6%, riferito ai soli residenti in Italia). Gli indici di mobilità più alti, superiori al 20%, si riscontrano nelle Regioni più piccole (Basilicata, Valle d'Aosta e Molise).

I tumori e le malattie circolatorie, dice ancora l'Istat, si confermano le principali cause di ricovero ospedaliero, con differenze poco significative a livello regionale. Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte in quasi tutti i Paesi dell'Ue. In Italia, il tasso standardizzato di mortalità per questa causa è pari a 30,4 decessi ogni diecimila abitanti, quello relativo ai tumori è pari a 25,9, con valori maggiori negli uomini (35,5) rispetto alle donne (19,3). I tumori sono la seconda causa di morte sia in Italia sia nel gruppo dei 27 Paesi Ue.

Il tasso di mortalità infantile nel 2010 è di 3,3 decessi per mille nati vivi. Negli ultimi dieci anni il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su quasi tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa. Sicilia, Campania e Lazio sono le regioni italiane con il più alto tasso di mortalità infantile. Rispetto alla media nazionale di 3,3 decessi per mille nati vivi, registrata nel 2010, in Sicilia è di 4,8, in Campania di 4,1 e nel Lazio di 3,9.

Sul fronte degli stili di vita, nel 2012 i fumatori sono il 21,9% della popolazione over 14, i consumatori di alcol a rischio il 14,1%. Risulta invece obesa una persona di 18 anni e più su 10 (10,4%). In particolare, il consumo di alcol a rischio e l'obesità fanno emergere «situazioni contrapposte a livello territoriale». Confrontando le Regioni del Centro-Nord con quelle del Mezzogiorno, nel 2012 nelle prime è più alta la quota di consumatori di alcol (15,0% contro 12,4%) ed è più bassa quella di persone obese (9,8 contro 11,3). Le percentuali più elevate di adulti obesi si registrano in Molise (13,5), Puglia (12,9), Basilicata (12,6) e Abruzzo (12,4), mentre il consumo di alcol con modalità a ri-

schio interessa principalmente Bolzano (27,4), Valle d'Aosta (19,9), Molise (19,1) e Friuli-Venezia Giulia (18,9). Per i fumatori, la quota più alta si rileva in Campania (24,6), in Sicilia (24,5) e in Toscana. Ed è allarme fumo tra i più giovani: il 21,9 per cento della popolazione over 14, oltre uno su cinque, è fumatore.

Tra il 2002 e il 2012 si sono quasi dimezzati i morti per incidenti stradali in Italia, passando da 6.980 a 3.653. Ma è emergenza ambiente: se nel 2011 si sono ridotte del 2,3% le emissioni di gas serra Roma, nel 2013 il 36,7% delle famiglie italiane segnala problemi relativi all'inquinamento dell'aria nella zona di residenza e il 18,7% lamenta la presenza di odori sgradevoli. Sul territorio, il Nord-ovest si caratterizza per percentuali più elevate di famiglie che segnalano entrambi i problemi. Con oltre 220 kg pro capite di rifiuti urbani smaltiti in discarica, spiega il dossier, l'Italia si colloca molto al di sopra della media europea. Nonostante il trend costantemente decrescente, viene smaltito nelle discariche ancora circa la metà (42,1%) del totale dei rifiuti urbani raccolti. Il 37,7% dei rifiuti urbani viene avviato a raccolta differenziata (+2,5 punti percentuali rispetto al 2010). Il Nord-est detiene il primato con il 55,3%. La spesa pro capite delle amministrazioni regionali per la tutela ambientale, nel 2011, è di 69 euro, in diminuzione rispetto al 2010. A livello territoriale, la spesa è largamente superiore alla media nazionale nel Mezzogiorno (circa 111 euro), mentre risulta molto inferiore nel Nord-ovest (33,8 euro per abitante).

Nel contesto europeo l'Italia si colloca tra i paesi a bassa fecondità, con 1,42 figli per donna secondo i dati del 2012. L'età media al parto continua a crescere, attestandosi a 31,4 anni.

Al primo gennaio 2012 in Italia ci sono 148,6 anziani ogni 100 giovani. In Europa solo la Germania presenta un indice di vecchiaia più accentuato (155,8). La Liguria si conferma la Regione più anziana (236,2 per cento), mentre la Campania, con un indice per la prima volta superiore a 100, la Regione più giovane.

La ricerca in termini di spesa e sviluppo incide in Italia per appena l'1,25% sul Pil (2011): valore distante da quello dei Paesi europei più avanzati, ma non lontano dall'obiettivo Europa 2020 fissato per l'Italia (1,53%). L'Italia ha presentato all'Epo (European patent office) oltre 3.600 richieste di brevetto. L'indice di intensità brevettuale, in costante crescita dal 2001, mostra una riduzione nel 2009, attestandosi a 72,4 brevetti per milione di abitanti, un valore ampiamente al di sotto della media europea. Gli addetti alla ricerca e sviluppo (in unità equivalenti a tempo pieno) sono 3,8 ogni mille abitanti (2011), al di sotto della media europea (5,1) e con forti disparità territoriali. Nel 2011 il numero di laureati in discipline tecnico-scientifiche è pari a 12,9 ogni mille residenti tra i 20 e i 29 anni. Rispetto al 2000, il valore dell'indicatore è più che raddoppiato, sia per gli uomini sia per le donne.

Scatta l'Sos povertà: nel Mezzogiorno oltre un quarto delle famiglie sono povere. In povertà relativa sono il 12,7%, pari a oltre 9,5 milioni di individui (15,8% della popolazione). La povertà assoluta coinvolge il 6,8% delle famiglie, per un totale di oltre 4,8 milioni di individui. Il Mezzogiorno presenta una situazione particolarmente svantaggiata, con in media oltre un quarto di famiglie povere; per il Centro e il Nord, l'incidenza è, viceversa, molto più contenuta (rispettivamente 7,1 e 6,2%).

Infine, ma non certo in ordine d'importanza, la spesa per la protezione sociale, che nel 2012 supera il 30% del Pil e sfiora gli 8mila euro l'anno per abitante. All'interno dei Paesi Ue27, l'Italia presenta valori appena superiori alla media dell'Unione, sia in termini pro capite, sia di quota sul Pil.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gli stili di vita**

Ripartizioni geografiche	Fumatori >14 anni		Consumatori di alcol >14 anni		Persone obese >18 anni	
	2012	Diff. con 2000	2012	Diff. con 2003	2012	Diff. con 2000
Nord-Ovest	22,0	-1,5	15,1	-3,5	9,6	1,8
Nord-Est	20,3	-2,7	17,2	-3,8	10,4	1,3
Centro	22,5	-3,1	12,6	-5,1	9,5	1,6
Centro-Nord	21,7	-2,3	15,0	-4,0	9,8	1,6
Mezzogiorno	22,3	-2,0	12,4	-1,2	11,3	0,9
<b>Italia</b>	<b>21,9</b>	<b>-2,2</b>	<b>14,1</b>	<b>-3,0</b>	<b>10,4</b>	<b>1,5</b>

Fonte: Istat, Indagine multiscope sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

**Spesa sanitaria delle famiglie - Anni 2000-2011, valori correnti in % del Pil**

Regioni e ripartizioni geografiche	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011 (*)
Piemonte	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,8
Valle d'Aosta	1,6	1,6	1,5	1,4	1,6	1,9	2,0
Liguria	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9	2,0
Lombardia	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4
Trentino Alto Adige	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4
Bolzano	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4
Trento	1,6	1,5	1,5	1,5	1,3	1,4	1,4
Veneto	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
Friuli-Venezia Giulia	2,0	2,0	2,1	2,0	2,2	2,5	2,7
Emilia-Romagna	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	2,0
Toscana	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8
Umbria	1,6	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7
Marche	1,9	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6	1,7
Lazio	1,9	1,7	1,7	1,6	1,6	1,9	1,9
Abruzzo	1,8	1,7	1,7	1,6	1,9	1,8	1,8
Molise	2,1	1,9	2,0	1,9	2,2	2,2	2,3
Campania	2,3	2,0	2,1	2,0	2,0	1,9	2,0
Puglia	2,2	2,1	2,1	2,0	2,1	2,2	2,3
Basilicata	1,7	1,6	1,6	1,5	1,7	1,8	1,9
Calabria	2,5	2,4	2,3	2,2	2,4	2,4	2,5
Sicilia	2,0	1,8	1,8	1,8	2,0	2,0	2,1
Sardegna	1,9	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8
Nord-Ovest	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6
Nord-Est	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9
Centro	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,8	1,9
Centro-Nord	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7	1,7
Mezzogiorno	2,1	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	2,1
<b>Italia</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>

(\*) Dati provvisori

Fonte: Istat, Conti economici regionali

**CORTE DEI CONTI**

## «Sanità terra di conquista»

*La magistratura contabile: crescono illeciti e indagati*

**B**asta a tagli lineari, ma il controllo della spesa ci vuole e secondo il presidente della Corte dei conti Raffaele Squitieri, deve avvenire con «il ripensamento del perimetro dell'intervento pubblico e delle modalità di prestazione e di accesso ai servizi pubblici, in un contesto sociale e demografico profondamente mutato». Ma anche con la lotta a corruzione e illeciti: e la sanità, per il procuratore generale della Corte, Salvatore Nottola, si conferma un ambito «particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura». Secondo i dati presen-

tati all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2014 della Corte, nel 2013 le procure regionali hanno emesso 121 citazioni in materia sanitaria per un importo di 30,37 milioni, a cui si aggiungono 55,4 milioni per l'effetto di 50 sentenze definitive delle sezioni giurisdizionali di appello. Le sentenze di primo grado, invece, sono state 237, con altrettanti risarcimenti per ora addebitati di circa 17,9 milioni. Elevatissimo infine è l'importo delle citazioni in attesa di giudizio: oltre 123,6 milioni.

A PAG. 4

**CORTE DEI CONTI/ Apertura dell'anno giudiziario: il sistema sanitario resta nel mirino**

# «Ecco chi ci ruba la salute»

**Corruzione, truffe, mala gestione non cedono - Meno Stato per i servizi**

**I**l 2014 «sarà un anno in cui il Paese dovrà dimostrare capacità nuove: saper riformare le proprie istituzioni e regole; orientare il contributo di tutti al risanamento complessivo», ha detto la scorsa settimana all'inaugurazione dell'anno giudiziario della Corte dei conti il presidente Raffaele Squitieri. La razionalizzazione e la revisione della spesa secondo Squitieri vanno «intese nel significato, più impegnativo e complesso, di ripensamento del perimetro dell'intervento pubblico e delle modalità di prestazione e di accesso ai servizi pubblici, in un contesto sociale e demografico profondamente mutato». Ed è anche grazie a norme chiare, organiche e semplici «che si può ostacolare la corruzione, eliminando margini di ambiguità, entro cui più facilmente attecchisce il fenomeno». Ci vogliono una cultura della legalità e una strategia di prevenzione generale «che rendano residuale, anche se necessario, il momento sanzionatorio dei comportamenti illeciti».

Proprio la sanità, ha affermato il procuratore generale della Corte, Salvatore Nottola, si conferma un ambito «particolarmente esposto a fatti illeciti di varia natura». Una terra di conquista sia dal punto di vista della legalità da ritrovare, sia però anche da quello degli illeciti che non solo non accennano a diminuire, ma si differenziano per tipologia e meccanismi di azione.

**La gestione della spesa sanitaria.** Nel 2013 le procure regionali della Corte dei conti hanno emesso 121 citazioni in materia sanitaria. Di queste il 25,6% ha riguardato il personale (assunzioni, inquadramenti irregolari, assenteismo ecc.) e il 24,8% risarcimenti di danni a terzi per errori sanitari. L'importo complessivo delle citazioni è di 30,37 milioni (di cui 13,9 solo in Calabria, seguita con 6,19 milioni dal Piemonte). Ultima in classifica l'Abruzzo con soli 3mila euro).

A questi si aggiungono 55,4 milioni per l'effetto di 50 sentenze definitive delle sezioni giurisdizionali di appello. La maggior parte dell'importo riguarda danni patrimoniali di vario genere. Le sentenze di primo grado, invece, sono state 237, con altrettanti risarcimenti per ora addebitati di circa 17,9 milioni. Elevatissimo infine è l'importo delle citazioni in attesa di giudizio: oltre 123,6 milioni, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali per i quali però si devono aspettare le relative pronunce.

**Le sentenze definitive.** Nella sua memoria scritta il procuratore fa gli esempi degli illeciti su cui sono state emesse sentenze definitive. Si va dai danni di immagine alle campagne di screening per i tumori femminili, dalla omessa vigilanza del corretto aggiornamento degli elenchi degli assistiti dei medici di medicina generale alla accertata responsabilità penale per abusi sessuali commessi

in servizio da un medico. Ma tra i «casi più rilevanti» il procuratore cita soprattutto «l'illegittimo conferimento di incarichi professionali».

Un importo rilevante (39,9 milioni) è quello per il risarcimento di danni erariali, le cui tipologie vanno da truffe per pagamenti a soggetti che non avevano rapporti con le Asl o per prestazioni mai fornite alla falsificazione degli atti di transazioni. Poi ancora i danni riguardano la cattiva esecuzione di lavori di ristrutturazione di strutture sanitarie, varie irregolarità nell'assunzione di personale in violazione delle leggi regionali, l'errata applicazione dei criteri di assegnazione delle quote per l'esercizio dell'intramoenia.

**Le sentenze di primo grado.** Lunghissimo è il capitolo che riguarda gli esempi delle 237 sentenze di primo grado con importi di condanna di 17,9 milioni. La maggior parte sono danni patrimoniali (17,6 milioni), a cui si aggiungono quote minori per danni all'immagine (282mila euro).

Il singolo importo più alto (2,3 milioni) è quello deciso dalla sezione Trentino Alto Adige con la condanna di un dipendente dell'Asp addetto ai rimborsi per abusi di potere, violazione dei doveri della sua pubblica funzione e del servizio svolto per aver falsificato, d'accordo con alcuni familiari, numerose pratiche di rimborso per spese sanitarie.

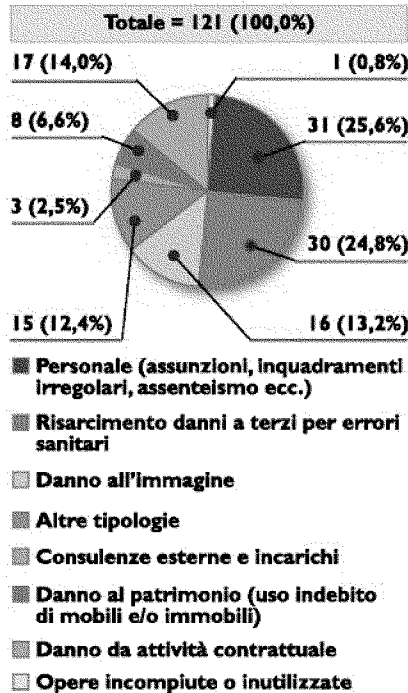
E ancora i casi maggiori citati nella relazione riguardano la Liguria (danno di "perdita di chances" per oltre un milione per l'Asl 3 genovese per la fornitura di strisce per diabetici senza gara aperta), la Toscana (appropriazione di denaro attraverso pagamenti e operazioni fittizie da parte di dirigente di una ex Usl con una condanna per 1,66 milioni) e il Lazio con oltre 2,7 milioni complessivi per danni indiretti da lesioni, truffe e falsità, illecite mansioni superiori ecc. Tra queste l'importo maggiore (1,5 milioni) è per il danno di alcuni medici convenzionati che avevano prescritto medicinali per l'epatite B e C senza che fosse stato rilasciato l'obbligatorio piano terapeutico di uno specialista.

**Citazioni in attesa di giudizio.** I danni contestati ammontano a oltre 123,6 milioni, quasi tutti relativi a presunti danni patrimoniali per i quali però si devono aspettare le relative pronunce. Di questi, solo nel Lazio sono stati contestati 91,7 milioni, di cui oltre 86,9 per rimborsi illeciti di prestazioni sanitarie di riabilitazione ottenuti dalla casa di cura San Raffaele di Cassino e quindi dalla San Raffaele Spa di Roma. Altre fattispecie in attesa di giudizio riguardano poi violazioni all'esclusività, truffe, assoluzioni illecite, danni per reati penali, trattamenti economici irregolari, sopravvalutazioni di importi rimborsati, omessa vigilanza sugli elenchi degli assistiti e così via.

**Paolo Del Bufalo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Citazioni emesse in materia sanitaria**



**Importi citazioni emesse**

In materia sanitaria  
dall'1/1/2013 al 31/12/2013

Regione	Euro
Abruzzo	3.000,00
Basilicata	80.275,79
Calabria	13.912.287,20
Campania	409.216,98
Emilia Romagna	239.151,20
Lazio	2.100.859,70
Liguria	654.311,54
Lombardia	156.622,45
Marche	586.029,02
Molise	10.939,98
Piemonte	6.189.879,04
Puglia	84.526,00
Sicilia	1.743.748,66
Toscana	55.074,33
Trentino A.A. - Trento	7.130,59
Umbria	2.254.248,26
Valle d'Aosta	105.000,00
Veneto	1.781.213,77
<b>Totali</b>	<b>30.373.514,51</b>

Studio Cergas-Bocconi sul livello di efficienza del sistema nazionale plasma e plasmaderivati in Italia

# Ssn al test del «caro sangue»

## Ancora criticità nella rete - E la produzione «per conto» è troppo costosa

**C**hi fa da sé - in sanità come altrove - non sempre «fa per tre».

E stavolta è il turno del sistema sangue di guardarsi allo specchio per valutare se l'efficienza del servizio non potrebbe essere meglio realizzata incrementando il ricorso al mercato commerciale dei prodotti emoderivati, visto che alle condizioni attuali - plasmaferesi e produzione per conto - per la sola albumina e immunoglobulina si calcola un potenziale di costo aggiuntivo che va dai 376 ai 164 milioni di euro rispetto al normale acquisto sul mercato commerciale.

Ad accendere i riflettori sul sistema sangue nazionale è una freschissima ricerca condotta dagli economisti del Cergas-Bocconi **Marianna Cavazza** e **Claudio Jommi**, realizzata grazie a un grant incondizionato di cinque aziende attive nel settore (Baxter, Biotest, Csl Behring, Grifols e Octapharma) e con il contributo dei responsabili dei sistemi trasfusionali nazionale e regionale e delle associazioni dei donatori.

«Lo studio - spiega **Elio Borgonovi**, direttore del Cergas-Bocconi, nella prefazione al volume - analizza congiuntamente i temi dell'efficienza produttiva e quello dell'efficienza allocativa, con l'obiettivo di verificare se e come le diverse soluzioni consentano di perseguire l'interesse generale e pubblico in coerenza con un uso razionale delle risorse».

Una analisi significativa, specie se applicata al sistema plasma e pla-

smaderivati presente in Italia, che vede un ruolo pubblico significativo e uno storico monopolio produttivo per conto del Ssn, che fornisce attualmente circa il 70% del fabbisogno di plasma a livello nazionale. Il modello attuale è tuttavia destinato a modificarsi nell'immediato futuro: le modifiche normative già in pista dovrebbero dettare lo stop definitivo alla situazione di monopolio sul «conto terzi» mentre il processo di accreditamento delle strutture dedicate dovrebbe ridisegnare il profilo dell'intera rete trasfusionale italiana.

Vantaggi e carenze dell'attuale modello e possibili scenari futuri sono al centro del volume che accende i riflettori sulle soluzioni adottate nei diversi Paesi per approdare poi alla valutazione del livello d'efficienza del sistema nazionale, simile per molti versi a quello spagnolo e canadese, e sostanzialmente diverso soprattutto da quello tedesco.

**Periscopio sulle criticità.** Tra le criticità nel mirino spicca in particolare il disallineamento tra offerta e domanda di emoderivati, attualmente coperto dal mercato commerciale, che il sistema sarebbe orientato a superare attraverso un maggiore ricorso alla plasmaferesi e alla produzione per conto. È vero che il plasma non è sufficiente a coprire l'intera domanda di tutti gli emoderivati - riconosce la ricerca - ma è vero anche che «vengono prescritti emoderivati di marca diversa da quella del produttore unico per conto del Ssn».

Ciò detto è innegabile che l'attuale sistema di raccolta e produzione va razionalizzato: una quota consistente della raccolta è ancora concentrata in centri che effettuano tra i mille e i 10mila prelievi l'anno, mentre i centri con volumi di produzione superiore alle 15mila donazioni si concentrano prevalentemente nelle Regioni del Centro-Nord. Allo stesso modo per le donazioni in aferesi (15% del totale), anche se l'86% dei centri è dotato di un separatore cellulare, la produttività considerata ottimale di 400 prelievi l'anno è presente solo nel Nord Italia, mentre Centro e Sud si mantengono decisamente al di sotto dello standard (255 e 123 rispettivamente).

Anche sulla plasmaferesi, dunque, i margini di razionalizzazione sono elevati. Ma resta il quesito di fondo su cui Cavazza e Jommi invitano a riflettere: conviene? e quanto conviene?

**I conti che non tornano.** A supportare la riflessione le stime sui costi di produzione di plasma ed emoderivati fornite dal Crat (coordinamento delle attività trasfusionali) del Veneto e quelle emergenti da uno studio del Centro nazionale sangue-Università Cattolica. Le innumerevoli e dettagliate elaborazioni contenute nello studio si chiudono con una sintesi inequivocabile: la produzione del volume di albumina necessario per l'autosufficienza del Ssn comporta un costo di produzione massimo di 471 e minimo di 251 milioni di euro. L'acquisto sul mercato della

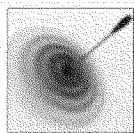
medesima quantità di prodotto al prezzo medio è pari a 63/53 milioni a seconda delle due ipotesi: il risparmio sarebbe di 33 milioni, non sufficiente a compensare il differenziale importante nella produzione di albumina. «Un eccesso di offerta nella produzione per conto - sottolinea lo studio - genera un sostanziale spreco di risorse, anche per l'impossibilità allo stato attuale di cedere a Paesi dell'Ue le scorte di emoderivati prodotti con plasma lavorato in Italia, pur senza obiettivi di natura lucrativa, ma di semplice recupero dei costi».

Anche l'esportazione quale via per smaltire le eccedenze di produzione, scelta da Paesi come Germania e Austria, si rivela una soluzione «zoppa». «Il costo della materia prima utilizzata è sempre eccessivamente alto perché i produttori non commerciali riescano a competere efficacemente con quelli commerciali», sottolinea lo studio. In più, la simulazione dei costi incrementali che potrebbero essere generati da un aumento del ricorso alla plasmaferesi, non tiene conto degli sfridi di lavorazione e dei lotti di plasma ritirati per motivi di sicurezza, che resterebbero sulle spalle del Ssn.

Forse - concludono Cavazza e Jommi - «la programmazione della domanda e il ricorso al mercato commerciale restano ancora le soluzioni più percorribili».

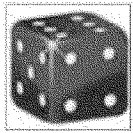
**Sara Todaro**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



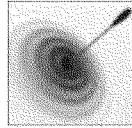
**AFERESI.** È la procedura che permette di ottenere dal donatore una specifica componente del sangue con l'aiuto di un'apposita macchina che preleva il sangue dall'avambraccio, come nella donazione tradizionale, lo immette in un circuito sterile e, mediante

un processo di centrifugazione e filtrazione, lo separa consentendo la raccolta degli emocomponenti desiderati: plasma e piastrine. I globuli rossi, che contengono il ferro e l'emoglobina, vengono invece restituiti al donatore. A ogni trattamento è possibile estrarre o solo il plasma (plasmaferesi) o solo le piastrine (piastrinoafesi) o entrambi (afesi multicomponente), procedure definite afesi produttive.



**RACCOLTA.** La procedura per la raccolta del plasma dura circa 30-45 minuti, quella per la raccolta delle piastrine circa 60-90 minuti. Le piastrine una volta raccolte mediante afesi o separate dal sangue intero hanno una durata di 5 giorni, per cui non è

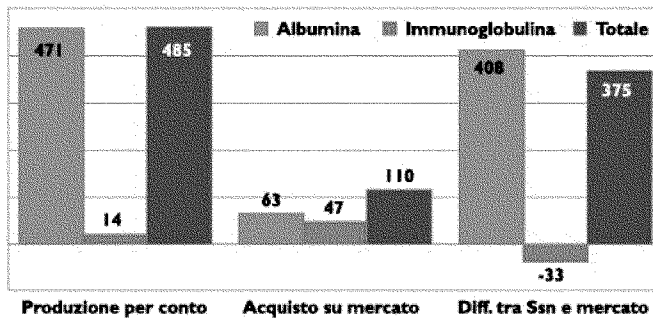
possibile immagazzinarne grandi scorte. Il plasma dopo il congelamento - che deve avvenire entro 6 ore dal prelievo - ha una durata di 1 anno. Il plasma può essere somministrato come tale ai pazienti, dopo scongelamento in un bagno a 37°C, oppure può essere avviato alla lavorazione nei laboratori farmaceutici per la produzione di albumina, immunoglobuline e fattori della coagulazione.



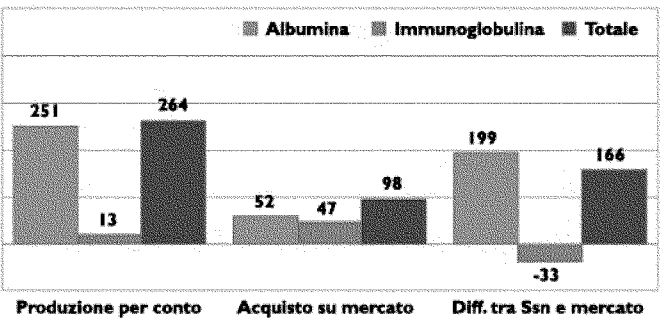
**MONOPOLIO.** A trattare il plasma dei donatori italiani è una sola azienda, la Kedrion Spa di Castelvecchio Pascoli (Lucca), che ricava oltre il 50% del proprio fatturato (277,3 milioni nel 2011) dai contratti con le Regioni per la lavorazione del plasma nazionale. Premessa all'assetto attuale, l'acquisizione oltre vent'anni fa da parte della famiglia Marcucci dell'azienda pubblica leader italiana degli emoderivati, la Sclavo, di proprietà dell'Eni. Il monopolio fu rafforzato nel 1990 da una norma che ha stabilito che la lavorazione dovesse essere fatta solo sul territorio nazionale. Il monopolio dura tutt'oggi anche se con l'articolo 15 della Legge 219/2005 l'Italia ha previsto la liberalizzazione del mercato, premessa all'ingresso delle altre multinazionali degli emoderivati.

**Confronto costo produzione del Ssn e acquisto sul mercato del volume di immunoglobulina e albumina necessario x l'autosufficienza (mln €)**

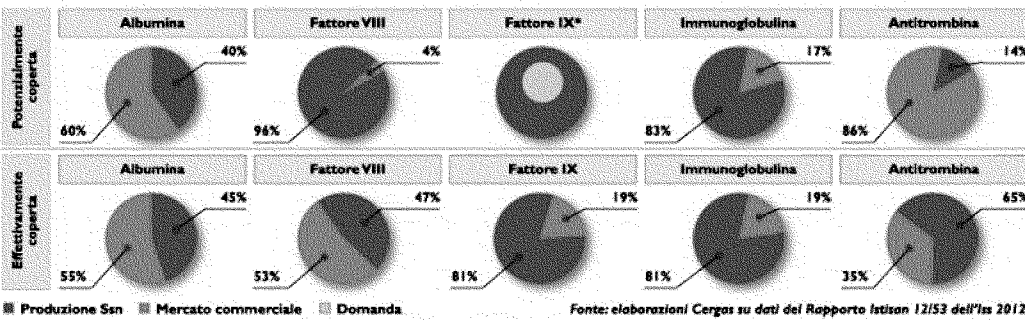
**Confronto tra produzione in conto terzi e acquisto sul mercato con database della tracciabilità del farmaco, costi Crat Regione Veneto e costo-opportunità**



**Confronto tra produzione in conto terzi e acquisto sul mercato con database Ppta e costi dello studio Cns/Università Cattolica ed escluso costo-opportunità**



**Domanda di emoderivati potenzialmente ed effettivamente coperta dalla lavorazione in conto terzi del Ssn nel 2011**



(\*) Per il fattore IX c'è una forte eccedenza nella produzione per conto rispetto alla domanda potenziale. Il consumo rappresenta il 28% della produzione per conto (ovvero la produzione per conto rappresenta il 353% del consumo). Inoltre, non tutto ciò che è prodotto in conto terzi è effettivamente consumato, dunque la domanda effettiva di Fattore IX deve essere coperta anche ricorrendo a mercato aperto.

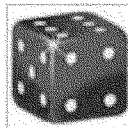
**I costi di produzione di emoderivati utilizzando plasma da separazione di sangue intero vs plasma da aferesi Plasma**

	Plasma tipo A *	Plasma tipo B **		Plasma tipo A *	Plasma tipo B **
Costo 1 litro di plasma	5,093	76,03	Costo plasma di 100 UI di Fattore IX	579,23	
Costo lavorazione 600.000 litri di plasma da sangue intero		44.410.000,00	Costo di produzione di 40 mln di UI di Fattore IX	231.140.000,00	
Costo lavorazione 400.000 litri di plasma da aferesi	204.372.000,00		Tariffa di lavorazione di AT III da 1 litro di plasma con resa di 100 UI per 1 litro	35,59	
Quota tariffe per costi comuni della lavorazione di 1 litro di plasma	64,90	64,90	Costo plasma di 100 UI di AT III	61,162	
Tariffa di lavorazione di Fattore VIII da 1 litro di plasma con resa di 100 UI per 1 litro	72,02	9,32	Costo di produzione di 40 mln di UI di AT III da aferesi	44.568.000,00	
Costo plasma di 100 UI di Fattore VIII	587,85	140,25	Tariffa di lavorazione di albumina da 1 litro di plasma con resa di 25 gr per 1 litro	22,55	22,55
Costo di produzione di 40 mln di UI di Fattore VIII da aferesi	235.140.000,00		Costo plasma di 25 gr di albumina da 1 litro di plasma	598,38	147,48
Costo di produzione di 80 mln di UI di Fattore VIII da separazione		88.950.000,00	Costo di produzione di 15 mln gr di albumina da aferesi	309.028.000,00	
Tariffa di lavorazione di Fattore IX da 1 litro di plasma con resa di 100 UI per 1 litro	3,40		Costo di produzione di 10 mln gr di albumina da separazione		64.950.000,00
			Tariffa di lavorazione di immunoglobulina da 1 litro di plasma con resa di 3,5 per 1 litro	19,82	19,82

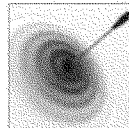
**di tipo A (valori espressi in euro)**

	Plasma tipo A *	Plasma tipo B **
Costo plasma di 3,5 gr di immunoglobulina da 1 litro di plasma	595,65	158,75
Costo di produzione di 1.400.000 gr di immunoglobulina da aferesi con resa 2,5	833.870.000,00	
Costo di produzione di 2.100.000 gr di immunoglobulina da separazione con resa 3,5		333.375.000,00
Tariffa di lavorazione di immunoglobulina da 1 litro di plasma con resa di 3,5 gr per 1 litro	19,82	19,82
Costo plasma di 3,0 gr di immunoglobulina da 1 litro di plasma da aferesi con resa 3,0	595,65	158,75
Costo di produzione di 1.200.000 gr di immunoglobulina da separazione con resa 3,6	714.300.000,00	
Costo 1 litro di plasma Costo di produzione di 1.000.000 gr di immunoglobulina da separazione con resa 3,6		285.750.000,00

Note: (\*) estratto dalla separazione di sangue intero, (\*\*) plasma in aferesi



**"CONTO TERZI".** Le Regioni inviano il plasma raccolto gratuitamente all'azienda autorizzata alla trasformazione industriale in base ad un contratto considerato lavorazione per conto terzi che si configura come convenzione per la produzione dei derivati. Le Regioni restano proprietarie a pieno titolo del plasma inviato alla lavorazione industriale, di tutte le specialità farmaceutiche da esso derivate, nonché della materia prima residuale, compresi gli scarti.



**NORME RETARD.** Le misure attuative del Dlgs 219/2005 vedono la luce vent'anni dopo, con i quattro decreti emanati nell'aprile 2012 dall'allora ministro **Renato Balduzzi**. Tra i requisiti richiesti alle imprese si conferma che il processo di frazionamento del plasma deve essere effettuato «in stabilimenti ubicati in Paesi dell'Ue in cui il plasma raccolto non sia oggetto di cessione a fini di lucro e sia lavorato in regime di libero mercato compatibile con l'ordinamento comunitario».

### FRANCIA

I donatori sono volontari e non retribuiti: ricevono rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi e possono usufruire di permessi di lavoro per le donazioni in base ad accordi bilaterali tra le aziende e l'Établissement Français de Sang (Efs).

Le associazioni di donatori collaborano con i 17 centri dell'Efs che gestiscono l'attività di raccolta: il sistema prevede la totale integrazione tra raccolta e produzione di emocomponenti gestita direttamen-

te dall'Efs che vende al prezzo fissato dalla Dg Salute. Le tariffe sono superiori ai costi di produzione: i differenziali sono coperti dalle polizze ospedaliere. Efs vende invece il plasma da frazionare al Laboratoire française du Fractionnement et des Biotechnologies (Lfb) a un prezzo - fissato dal Governo e tarato sul mercato internazionale - che attualmente copre il 40% del costo della plasmaferesi.

I produttori commerciali che usano sangue da donatori non remunerati partecipano alle gare ospedaliere. Le aziende che usano plasma da donazioni remunerate possono avere autorizzazioni temporanee (2 anni) in caso di scarsità di sangue francese.

### REGNO UNITO

I donatori di solo sangue sono volontari, non retribuiti e ricevono rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero.

Le associazioni di donatori collaborano con il Nhs Blood & Transplants (Nhsbt) che garantisce tramite i propri centri la totale integrazione tra raccolta e produzione di emocomponenti che vengono poi venduti ai Trusts del Nhs ai prezzi definiti dal National Commissioning Group for Blood (Ncg). Il plasma da frazionare è invece fornito dalla Dcl Bio-

logicals Inc, società di diritto americano del Department of Health (DoH) che retribuisce i donatori americani per il plasma utilizzato per la produzione di emoderivati dalla Bio Products Lab (Bpl). Da un rapporto del Nhsbt emerge che quest'ultima - vista la posizione sul mercato e i finanziamenti disponibili dal DoH - è in una situazione finanziariamente non più sostenibile e il Governo inglese l'ha messo in vendita con la Plasma Resources UK (Pruk). Di fatto il mercato britannico degli emoderivati è un mercato concorrenziale nel cui ambito la Bpl Lab ha una posizione non protetta rispetto ai concorrenti commerciali e il prezzo è definito dal mercato.

### GERMANIA

I donatori sono volontari, non retribuiti e ricevono un rimborso per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi: la compensazione per le ore di lavoro perse e le spese di trasporto consiste in una cifra inferiore ai 25 euro. La normativa tedesca consente anche alle organizzazioni for profit di attivare centri di raccolta privati dove i donatori sono rimborsati. Dal punto di vista della raccolta il modello tedesco vede la concorrenza tra soggetti

pubblici (Comuni), non profit (Croce Rossa) e privati for profit (aziende). Il maggiore produttore di emocomponenti (70% del fabbisogno) è la Croce Rossa: il rifornimento di emazie, piastrine e plasma a scopi clinici agli ospedali universitari e municipali è garantito dai centri di produzione pubblici statali e locali a prezzi definiti dal mercato. Il plasma da frazionare proviene in gran parte dai centri non profit e dalla Croce Rossa: quest'ultima vende anche a produttori for profit a prezzi di mercato internazionale. Quello tedesco è dunque un mercato concorrenziale tra tutti gli attori coinvolti.

### BELGIO

I donatori sono volontari, non retribuiti e ricevono rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi. Se occupati nel settore pubblico hanno diritto al permesso di lavoro, mentre nel settore privato tale possibilità varia da azienda a azienda. La Croce Rossa è il principale attore sul fronte della raccolta del sangue, produzione di emocomponenti e plasma da frazionare e vendita di emocomponenti agli ospedali. La Croce Rossa vende a Centrale Afdeling voor Fractionering - Département

Central de Fractionnement (Caf-Cdf) il plasma da frazionare a un prezzo probabilmente molto inferiore al costo, a fronte di un sussidio pubblico.

Caf-Cdc era originariamente di proprietà della Croce Rossa: ora ne sono azionisti anche Lfb (attore della sanità pubblica in Francia nel settore dei derivati plasmatici) e la Sanquin Blood Supply Foundation, organizzazione olandese non a scopo di lucro. Caf-Cdf vende gli emoderivati prodotti con plasma belga in Belgio e la sovrapproduzione all'estero come prodotto intermedio.

Sempre Caf-Cdf procede poi a riacquistare da Lfb e Sanquin il fattore VIII e l'albmina.

### PAESI BASSI

I donatori sono volontari, non retribuiti e ricevono rimborsi per le donazioni: un Consiglio nazionale ne regola i diritti. I due principali attori del sistema olandese sono la fondazione di diritto pubblico Sanquin e il ministero della Salute. Sanquin è nata nel 1998 dalla fusione del laboratorio centrale trasfusionale della Croce Rossa olandese e di 22 banche del sangue indipendenti già esistenti. Sanquin si compone di una parte pubblica - la Banca del sangue - che ha il monopolio della raccolta del sangue e della

lavorazione degli emocomponenti e di una parte privata (Pdr) che ha il monopolio del frazionamento del plasma acquistato dalla Banca del sangue.

Ogni anno Saquin presenta alla Salute un budget e un piano operativo come gestore unico di tutte le attività legate al sistema sangue: su questa base la Salute dà mandato a Sanquin per tutte le prestazioni dei dodici mesi successivi. La parte pubblica di Sanquin vende gli emocomponenti agli ospedali a un prezzo superiore al costo e il plasma da frazionare sottocosto alla parte privata di Sanquin, che realizza il frazionamento. La componente privata di Sanquin vende sia nei Paesi Bassi sia all'estero.

### SPAGNA

I donatori sono volontari, non retribuiti e possono ricevere rimborsi in varie forme per le donazioni di sangue intero e di plasma in aferesi.

L'attività di donazione varia in modo assai significativo tra le diverse comunità e la raccolta è principalmente gestita da associazioni di donatori che possono avere il proprio centro di raccolta e di scomposizione. A livello provinciale ci sono dei centri di produzione degli emocomponenti che possono essere sia pubblici sia non profit e, ora, sogget-

ti ad accreditamento. Coordinamento, controllo e gestione sono concentrati a livello regionale (Comunidades Autonomas): tutti fanno ricorso alla lavorazione in conto terzi del plasma, ottenuto come by product dalla separazione del sangue intero prelevato ai donatori con l'obiettivo di raggiungere l'autosufficienza in emazie. L'aferesi produttiva non è diffusa.

Le Comunità autonome bandiscono le gare pubbliche europee per l'aggiudicazione della lavorazione in conto terzi del loro plasma. Analogamente a quanto avviene in Italia, la quota di domanda scoperta dalla produzione interna è soddisfatta dall'acquisto sul mercato commerciale.

### CANADA

I Canada ha affrontato una situazione di profonda crisi del sistema sangue e plasma attraverso l'accen-

ramento in un unico ente di tutte le fasi del processo, dalla produzione alla distribuzione, e continuando comunque ad appoggiarsi a una vasta base di volontari (circa 17mila) presumibilmente ereditata dalla Croce Rossa, precedente responsabile del sistema.

I donatori sono volontari, non retribuiti e hanno un rimborso in varie forme. I Canadian Blood Servi-

ces (CBS) hanno il monopolio della raccolta di sangue supportati da associazioni di donatori nell'attività di reclutamento.

I CBS sono responsabili della produzione di emocomponenti che vengono ceduti alle strutture ospedaliere: non sono presenti forme di mercato interno ma la cessione degli emoderivati, siano essi prodotti in lavorazione conto terzi o acquistati sul mercato commerciale, avviene sempre tramite rimborso da parte delle province e dei territori. Gli stessi CBS stipulano contratti di acquisto sul mercato della quota mancante di fabbisogno delle strutture ospedaliere.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



**Le questioni del territorio**

# Servizi sociali: arrivano i fondi riparte il piano

**Un milione e mezzo  
per l'ambito B1: spazio  
anche per gli asili nido****Nico De Vincentiis**

Ossigeno puro per chi rischia di soffocare. Due milioni e mezzo di euro e tornano a far respirare quanti sono aggrappati all'efficacia della organizzazione dei servizi sociali in città e in altri quattro comuni dell'«Ambito Uno» per poter sopravvivere. In questi anni a pagare i maggiori costi della situazione di pre-dissesto finanziario del Comune di Benevento sono state, purtroppo, le fasce più deboli: anziani, bambini, disabili, vittime di dipendenze. A questi, da mesi, è negato il sostegno istituzionale. Pesano, in particolare, i tempi imposti dalle procedure relative al decreto «salva enti» e alla riorganizzazione degli uffici. La crisi e il blocco parziale del sistema dell'assistenza hanno creato però dei varchi positivi costringendo, a esempio, anche il Comune a rincorrere i volontari da inserire nella rete solidale. L'ente si è ritrovato così a trasformarsi, temporaneamente, in una Ong, riscoprendo una notevole capacità di coordinamento di risorse umane sparse sul territorio.

«Non è stato un anno facile - afferma l'assessore ai Servizi sociali Emilia Maccauro, insediata undici mesi fa -. Abbiamo tamponato con grande difficoltà le varie situazioni concrete ma abbiamo avuto comunque la possibilità di individuare campi di azione molto significativi. È il caso del'affido familiare al quale molte coppie si sono sensibilizzate grazie al lavoro del nostro ufficio, e

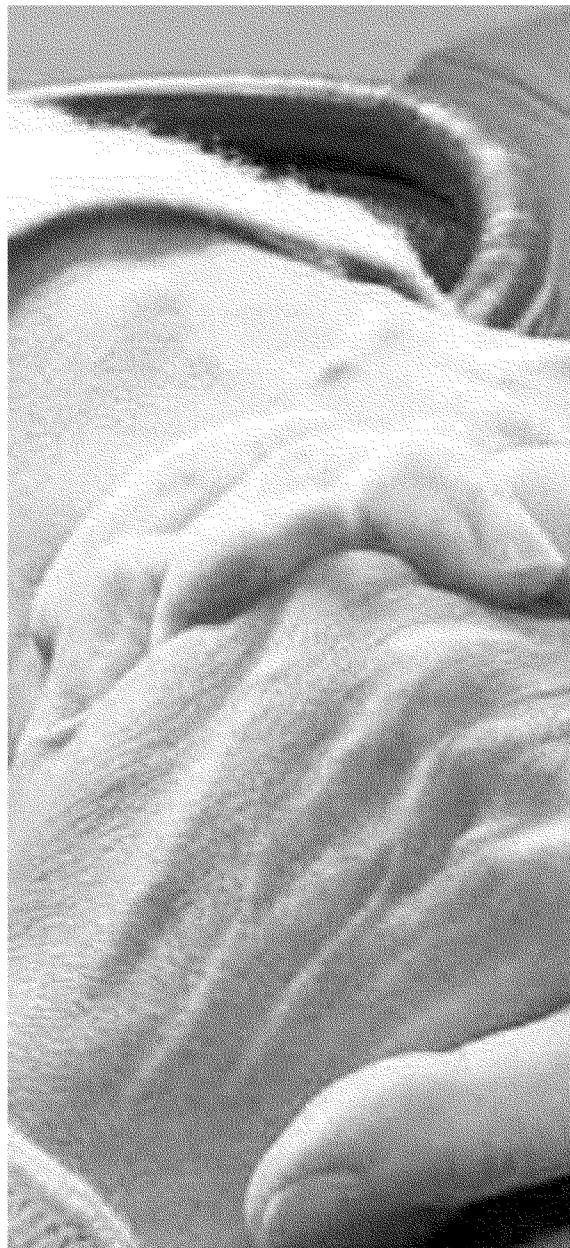
dell'Osservatorio donna che risponde a una emergenza vera».

Torniamo alle cifre. Il Piano sociale di zona che, dopo la sua approvazione, consentirà la ripresa dei servizi alla persona, è finanziato per 1.586.733 euro e riguarda la prima annualità del secondo triennio. «Una svolta decisiva per riorganizzare pienamente e con maggiore serenità il nostro lavoro. L'Ufficio di piano lavorerà con molte certezze in più e potrà sviluppare le iniziative che di più incidono sui bisogni delle fasce deboli. Naturalmente dobbiamo misurarci con le persistenti difficoltà economiche che non ci facilitano nella piena organizzazione delle risposte alle varie emergenze».

Intanto, con la somma concessa dalla Regione, ripartirà l'assistenza alle ragazze madri, l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria integrata alle persone anziane non autosufficienti, il sostegno alle donne in difficoltà, l'assistenza educativa ai genitori di famiglie problematiche, il contrasto alle povertà e il sostegno al reddito delle famiglie più bisognose, l'assistenza domiciliare integrata alle persone disabili, l'informazione e la prevenzione delle ludopatie, il mantenimento dei centri diurni integrati per anziani. Due programmi sono stati finanziati a parte. Si tratta dei progetti (Pac) per l'assistenza agli anziani (627 mila euro) e all'infanzia, in questo caso si tratta delle agevolazioni relative all'accesso agli asili nido (342.486 euro). Due importanti categorie di bisogni alle quali il Comune si prepara a potenziare la sua attenzione attraverso l'Ufficio di Piano che vede attualmente il coinvolgimento attivo di tre sociologhe. Sul campo agiscono nove assistenti sociali che fanno parte dell'Ufficio sociale professionale. © RIPRODUZIONE RISERVATA

**Obiettivi**

Ora possibile  
il sostegno  
agli anziani,  
ai disabili,  
all'assistenza  
domiciliare  
e ai bisognosi



**Aiuti ai più deboli** Fondi per assistere disabili, anziani e donne in difficoltà

## A Sant' Agnello un convegno neuroscientifico

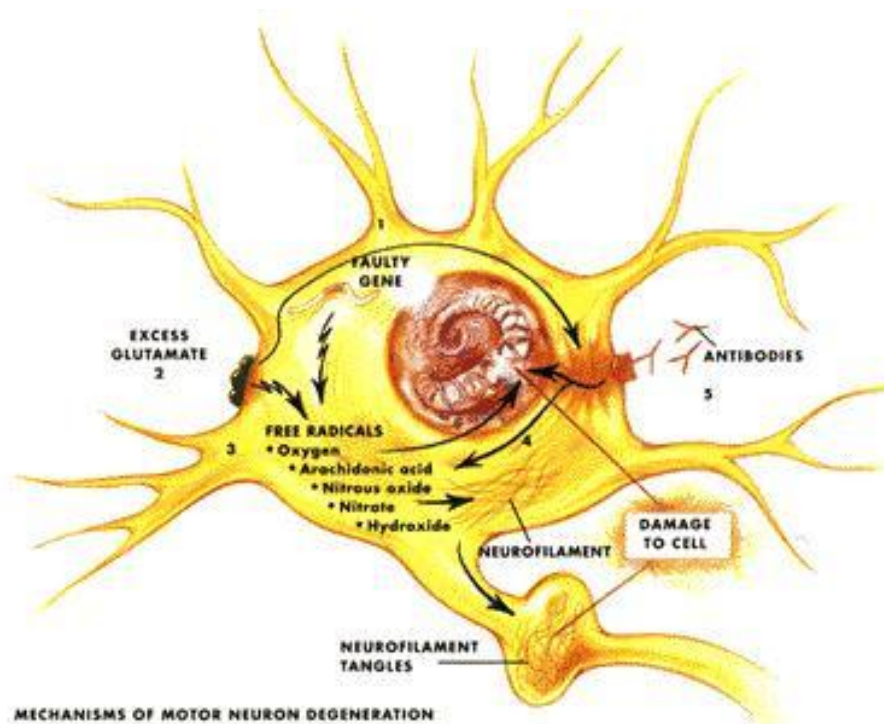
**Sant' Agnello.** Un convegno scientifico, denominato «Percepire qualcosa – In che modo siamo consapevoli della nostra esistenza», organizzato dall'amministrazione comunale di Sant' Agnello e dal Centro Studi e Ricerche per le Neuroscienze dello Sviluppo Janice e Carl H. Delacato di Sorrento, si terrà a Sant' Agnello, venerdì 28 febbraio, alle ore 17.30, presso l'Istituto Suore Pallottine, in Via Iommella Grande.

Annunciata anche la presenza del professore Raffaele Lauro interverrà sul tema: «Il concetto di coscienza nella storia del pensiero filosofico occidentale».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News

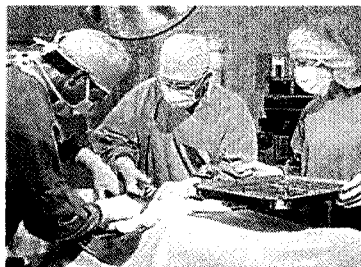


L'intervento

## Impiantato il più piccolo "monitor" cardiaco

È stato impiantato per la prima volta nel Lazio, nella Cardiologia della Asl Roma D che comprende l'Ospedale Grassi di Ostia e il Policlinico Portuense, Reveal Linq, il più piccolo monitor cardiaco impiantabile. Una sorta di «sentinella» della grandezza di una pila alcalina ministilo in grado di monitorare il cuore per tre anni che, iniettata sottocute con una siringa, migliora la diagnosi per alcune delle patologie più pericolose e difficili da riconoscere, come la sincope e la fibrillazione atriale. Si tratta del Reveal LINQ, il più piccolo monitor cardiaco impiantabile che, iniettato

sottocute, rivoluziona il monitoraggio cardiaco migliorando la diagnosi per alcune delle patologie più pericolose e difficili da riconoscere come la sincope e la fibrillazione atriale. L'intervento di impianto è stato effettuato su un paziente con sospetta fibrillazione



atriale e sincope inspiegata che dopo l'intervento sta bene ed è stato già dimesso. «Con una speciale siringa abbiamo iniettato in pochi minuti il dispositivo appena sotto la pelle del paziente, nella parte pettorale sinistra, attraverso una piccola incisione inferiore a un centimetro» spiega Fabrizio Ammirati, direttore della Cardiologia della Asl Roma D, che ha guidato l'intervento. L'elettrocardiogramma e i dati clinici del paziente saranno trasmessi dalla sua abitazione all'ospedale tramite un dispositivo esterno di telemedicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Scoliosi e cifosi, tutta colpa della postura

## Pianeta infanzia Dai cinque anni in su il mal di schiena affligge piccoli alunni

**Diletta Turco**

I primi sintomi iniziano già a 5 o 6 anni, per poi diventare, senza un'adeguata azione correttiva, una patologia cronica che potrebbe, nei casi più gravi, rendere necessari busti correttivi. Che sia scoliosi (ovvero la deformazione della colonna vertebrale, che non è più dritta, ma si contorce anche più volte) o cifosi (ovvero la curvatura della spina dorsale, con possibili gobbe) i bambini in età scolare devono convivere con un mal di schiena quasi quotidiano. La causa, però, determinante non è il peso dello zainetto con i libri, ma la postura sbagliata che i giovani studenti assumono durante le ore di lezione.

«È sbagliato individuare subito nel peso degli zaini la motivazione di queste patologie - spiega Bruno Accarino, esperto radiologo, nonché pre-

sidente del centro radiologia terapia fisica di Cava de' Tirreni - che, in realtà, ci sono sempre state, anche quando i bambini non usavano gli zainetti per mettere i propri libri. La principale motivazione, al di là, ovviamente, di quelle che possono essere le predisposizioni o le patologie pregresse, è la postura scorretta che gli studenti assumono almeno per quattro ore al giorno, e cioè a scuola, per tutti i giorni della settimana».

Sono tanti i casi di bambini, anche di cinque anni, che si rivolgo al centro di Accarino per radiografie o altri esami più approfonditi, perché lamentano un mal di schiena continuativo. «Basta fare una semplice considerazione per capire quanto è diffuso il problema - aggiunge il radiologo - e cioè solo nel mio centro arrivano non meno di dieci casi al giorno di bambini e ragazzi, sia

maschietti che femminucce, che hanno questo problema e vogliono capire cosa sia». E la moltiplicazione è semplice e rende un quadro piuttosto preoccupante, con decine di migliaia di adolescenti che, solo sul territorio salernitano, riscontrano disturbi alla colonna vertebrale. Dovuti, tra le altre cose, anche a un diverso ritmo di sviluppo, soprattutto in età adolescenziale, tra l'ossatura e la muscolatura. Con la prima più veloce della seconda. E sono due, allora, le parole magiche da attivare: prevenzione e, nei casi già diagnosticati, cura.

«La prevenzione è una sola e molto semplice - puntualizza Accarino - occorre che i bambini siano stimolati dalle insegnanti, quando sono a scuola, e dai genitori, quando, invece, sono a casa, ad assumere una postura corretta e a stare sempre con la schiena perfettamente dritta. Se la cosa si prende in tempo, poi, anche la cura è altrettanto semplice, ovvero tanta sana ginnastica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Effetto crisi economica, obesità in crescita

**Pianeta infanzia** Denuncia dei gastroenterologi  
«Sovrappeso, attenti agli snack più economici»

**Emanuela Sorrentino**

**D**ifficoltà economiche e obesità infantile: il rapporto è più forte in tempo di crisi. «Nel nostro Paese più di un milione di bambini è in sovrappeso. Questo significa che oltre un bambino su tre di età compresa tra 6 e 11 anni ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età; inoltre l'obesità presente nei primi 10 anni di vita si traduce in obesità nel 75% dei casi quando l'individuo raggiunge l'età adulta». È l'allarme lanciato da Ernesto Claar, segretario regionale dell'Aigo, l'associazione italiana gastroenterologi ospedalieri. La Campania è una delle regioni sotto la lente di ingrandimento, in quanto è ai primi posti per prevalenza di obesità infantile. L'appello, allora, viene rivolto ai genitori: «Molte volte il forte appetito dei bimbi viene interpretato come un segnale di benessere e si tende a incentivarlo più che a limitarlo, con l'illusione che gli eventuali chili di troppo possano scomparire con lo sviluppo

nell'adolescenza, cosa che invece avviene solo in particolari casi», spiega il segretario campano dell'associazione nazionale.

Negli ultimi tempi si osserva una preoccupante predisposizione a un acquisto di alimenti «convenienti» a scapito di una valutazione ponderata della qualità nutrizionale dei prodotti. Per quanto possa essere inevitabile che in tempo di crisi gli italiani stringano la cinghia, è comunque necessario mantenere alta l'attenzione sulle corrette scelte alimentari, per non compromettere la buona salute. «Un esempio pratico di questo ragionamento è il largo consumo di fruttosio di cui siamo diventati inconsapevolmente vittime. Concettualmente l'utilizzo del fruttosio potrebbe apparire una scelta sana - chiarisce la Claar - perché si tratta di uno zucchero di origine vegetale derivato, come suggerirebbe il nome, dalla frutta; mentre lo zucchero raffinato e in particolare quello bianco, è da molti considerato poco sano. Le cose tuttavia non stanno sempre così: il fruttosio utilizzato nella gran parte degli alimen-



**In disparte** In crescita i numeri dell'obe

ti industriali (snack, merendine, bibite zuccherate) è, infatti, derivato dal mais, un prodotto di basso costo, rispetto allo zucchero, e di dubbio valore qualitativo. È cosa nota che il consumo di inadeguate quantità di fruttosio produce obesità, insulino-resistenza, steatosi epatica, ma soprattutto assefazione (intesa come incapacità dei nostri figli a rinunciare a determinati alimenti). Bisogna vigilare e cominciare sin da piccoli ad educare i bambini ad una alimentazione corretta».

## Conferme dagli Usa: col freddo il metabolismo corre più veloce

**I**n inverno una passeggiata all'aria aperta o l'attesa dell'autobus in strada possono avere gli stessi effetti sulla bilancia di una dieta o di una seduta in palestra. A confermarlo è un nuovo studio, condotto dai ricercatori dell'Università di Maastricht pubblicato su «Trends in endocrinology and metabolism» «l'esposizione regolare ad un freddo mite (intorno ai 12 gradi centigradi) può essere una strategia alternativa, sana e sostenibile, per aumentare il dispendio energetico e far rimanere in forma».

Ma non è tutto, prediligere anche durante l'inverno la vita all'aperto può «aumentare il tasso metabolico (il dispendio energetico a riposo) fino a cinque volte, grazie ad un processo chiamato termogenesi indotta dal freddo. Ovvero, la maggior produzione di calore da parte dell'organismo quanto minore è la temperatura dell'ambiente», aggiungono gli scienziati. L'incremento della Tif può oscillare da pochi punti percentuale fino al 30%.

«Anche se durante l'inverno si tende a mangiare di più - sottolineano i ricercatori - la maggior parte delle persone non lo fa e in questo modo non c'è la possibilità di compensare la perdita di calorie che avviene con la Tif. In



**Bilancia** Una ricerca Usa conferma: con il freddo si consumano più calorie

questo modo è possibile che alcuni soggetti perdano anche peso». A confortare la tesi degli scienziati olandesi c'è anche la recente ricerca di Francesco Celi, docente alla Virginia Commonwealth University. «Stare per un certo periodo di tempo a temperature basse attiva nell'organismo il tessuto adiposo bruno, che ha esclusivamente la funzione di produrre calore - spiega Celi - così se non è possibile raggiungere la palestra, una valida alternativa in inverno può essere quella di aspettare l'autobus all'aperto invece che al bar».

# Gambe e diabete, la sfida delle cellule

## La ricerca Terapie con nuovi gel piastrinici per trattare le ulcere degli arti inferiori

**Patrizia Marino**

**A**vere belle gambe non riguarda solo l'estetica, ma vuol dire anche essere in perfetta salute. Molti sono gli inestetismi che sono associati a varie patologie, una tra queste il diabete. «Negli ultimi anni notevoli sviluppi hanno avuto le terapie cellulari - spiega Lanfranco Scaramuzzino, specialista in chirurgia vascolare - a cominciare dai fattori di crescita piastrinici molto utilizzati per la crescita dei tessuti danneggiati: le ulcere degli arti inferiori che vanno incontro con difficoltà a guarigione possono essere trattate con successo con un gel piastrinico, una tecnica relativamente semplice e non costosa. Dopo un'infiltrazione di gel piastrinico si osserva quasi sempre una ripresa veloce della crescita cellulare, con il vantaggio che si tratta di una terapia non rischiosa realizzata attraverso la centrifugazione di un prelievo di 10/20 ml del proprio sangue. Le piastrine vengono poi aspirate dalla provetta e, una volta trattate con

una sostanza che ne attiva i fattori di crescita, possono essere utilizzate». Ma i fattori di crescita non si limitano al trattamento delle ulcere degli arti inferiori: «Le piastrine - continua Scaramuzzino - possono essere utilizzate anche per i fini estetici per migliorare l'aspetto della pelle del viso o delle gambe. I risultati sono positivi anche su alcune patologie degenerative e dolorose articolari in particolare del ginocchio. Molti centri di ricerca sono anche impegnati nello sviluppo di sistemi che possono selezionare cellule staminali da utilizzare per riparare tessuti degenerati».

È l'ultima frontiera della medicina: «Una tecnica molto interessante - aggiunge Scaramuzzino - è rappresentata dalla processazione del tessuto adiposo con il quale si possono ottenere risultati sulla rigenerazione cellulare assolutamente inaspettati. La tecnica consiste nell'aspirazione di adiposo sottoposto poi a un sistema di filtraggio che concentra la parte degli adipociti priva di olio, materiale ematico e altre impurità. In questo modo si con-



centrano solo gli adipociti che sono utilizzabili iniettandoli anche nelle aree patologiche. L'utilizzo del tessuto adiposo micronizzato dà delle possibilità di ricostruzione straordinarie, tanto che si può parlare di chirurgia rigenerativa attiva perché questo grasso contiene una enorme quantità di cellule mesenchimali in grado di differenziarsi nel tessuto che serve ed essendo molto stabili geneticamente non tendono a mutare moltiplicandosi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Musica outdoor ad alto volume deficit uditivo tra gli adolescenti

**M**usica croce e delizia per le orecchie, sia di chi la fa sia di chi la ascolta. Una recente ricerca condotta in Nuova Zelanda ha calcolato che più della metà dei musicisti adulti soffre di un deficit uditivo. E che circa il 20% degli adolescenti, uno su 5, lamenta udito debole nonostante la giovanissima età. Un calo precoce collegabile secondo gli esperti all'«overdose» di musica in cuffia ad altissimo volume, con un numero di casi di ipoacusia aumentato del 30% negli ultimi 15 anni, insieme al dilagare di strumenti come mp3, iPod, tablet e smartphone.

Per ricordare le regole d'oro salva-udito, nel bel mezzo del 64esimo Festival di Sanremo, arriva il «piccolo vademecum dei decibel sotto controllo», realizzato da Amplifon con la consulenza dell'audiologo: 8 consigli, 4 per chi suona e 4 per chi ascolta. «Il nostro udito è prezioso e bisognerebbe fare di tutto per mantenerlo in buone condizioni funzionali - osserva l'audiologo Antonio De Caria - Eppure l'esposizione a cui sono sottoposti musicisti, fonici e dj è sottovalutata quando si discute di lavoratori esposti a rumore. Per non parlare della miriade di musicisti non professionisti che, non disponendo di impianti adeguati, continuano a esporsi a onda-



**Deejay** Musica croce e delizia udito a rischio tra gli adolescenti

te di decibel fuori controllo».

Inoltre, i dottori dell'udito segnalano la diffusione in tutto il mondo di un cattivo uso dei mezzi di riproduzione musicale: «Sempre più persone ascoltano la musica outdoor - spiega De Caria - direttamente dalle cuffiette del proprio mp3 o cellulare, con volume altissimo per mascherare, per esempio, il rumore del traffico o di un mezzo di trasporto, come succede quando si è in treno. Si possono così raggiungere e superare anche i 100 decibel, un rumore paragonabile al frastuono di un aeroplano al decollo».

Lo studio

## L'esercizio fisico rigenera il cervello



L'esercizio fisico è essenziale per mantenere in forma anche il cervello. L'antico detto "mens sana in corpore sana" trova una conferma negli esperimenti scientifici. Muoversi regolarmente, infatti, può invertire la degenerazione cellulare e far ricrescere le cellule cerebrali. Lo ha provato Kirk Erickson, psicologo dell'università di Pittsburgh. Lo studio di Erickson ha seguito 120 persone dai 60 agli 80 anni di età. Metà di queste faceva una camminata veloce di 30-45 minuti tre o quattro volte la settimana. L'altra metà eseguiva esercizi di stretching. Chi si era dato da fare a camminare presentava un ippocampo (area cruciale per la memoria) con un volume maggiore del 2%. Anche nei test della memoria gli attivi hanno avuto una performance migliore. Coloro che invece si sono limitati allo stretching hanno visto l'ippocampo restringersi dell'1,5%. Proprio questa riduzione dell'ippocampo può essere un segno precursore dell'Alzheimer, una delle malattie degenerative che più colpiscono le persone anziane. Si tratta infatti di una forma di demenza invalidante che può colpire oltre i 65 anni o prima.

Deborah Ameri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'UNIVERSITÀ  
DI PITTSBURGH:  
PASSEGGIATE  
PER AUMENTARE  
LE DIMENSIONI  
DELL'IPPOCAMPO**