



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Laboratori di analisi Sì al riordino della rete

Di **ETTORE MAUTONE**

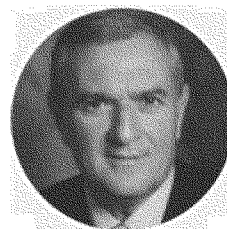
Via libera per decreto commissariale al riordino della rete dei laboratori di analisi della Campania. Abbassamento della soglia minima di efficienza a 700 mila prestazioni per anno (a carico del servizio sanitario nazionale e per il privato), introduzione del criterio della prestazione equivalente, la possibilità per le strutture che si aggregano in Consorzi di mantenere il proprio codice regionale e l'identità degli assetti societari, la possibilità dei consorzi di implementare la tipologia dell'organizzazione posseduta dai singoli aderenti al Consorzio (nei limiti della

programmazione regionale) e l'introduzione di nuovi requisiti di personale e tecnologici con l'implementazione di nuovi coefficienti tecnologici a parità di personale posseduto i capisaldi dell'attesissima riforma al palo da oltre un anno. Un nodo sciolto che consente - dopo l'adozione a marzo 2013 del nuovo tariffario al ribasso del 16 per cento rispetto a quello previgente - di riorganizzare la rete e riguadagnare le economie di scala atte a conseguire il giusto margine per i centri erogatori. Il decreto è il Decreto n. 109 del 19 novembre che dà attuazione al Decreto commissariale n. 55 del 30 settembre 2010. Il decreto recepisce, in larga parte, le proposte e le osservazioni avanzate in questi

mesi dalle associazioni di categoria del settore, segnatamente la Federlab guidata da Vincenzo D'Anna e l'Aspat di cui è presidente Pier Paolo Polizzi. A distanza di 15 anni vado dunque in soffitta le vecchie Com (Capacità operativa massima) definita dalla delibera n. 377 del 1998 e la 7301 del 2001. La soglia minima di efficienza si calcola dividendo il fatturato totale (pubblico e privato) con il valore della Peq (Prestazione equivalente) riferito agli ultimi cinque anni, ovvero alla data del 31 dicembre del 2012. Il valore della Prestazione equivalente (Peq) per la branca di medicina di laboratorio sarà, a breve, determinato dalla Regione Campania con apposito provvedimento. ***



Pier Paolo Polizzi



Vincenzo D'Anna

Diabete, quanto mi costi: linee guida cercansi

In Italia le persone con diabete sono oltre 3 milioni - il 4,9 per cento della popolazione secondo i dati Istat 2010 - cui devono aggiungersi circa 1 mln di diabetici non diagnosticati secondo le stime delle Società scientifiche di diabetologia nazionali. A tutto ciò corrisponde un onere annuo pro capite di 3.348 euro a paziente trattato per un totale di circa 2.960 mila italiani affetti dalla malattia e quindi con una spesa complessiva che sfiora i 10 miliardi di euro l'anno. Sono i dati che emergono dall'incontro promosso dalla Regione sul rapporto tra cure del diabete e spesa pubblica. Sono intervenuti, tra gli altri, **Michele Schiano Di Visconti**, presidente della V Commissione Consiliare Sanità, **Renato Lauro**, **Ferdinando Romano** capo dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali della Regione, **Tiziana Spinosa**, direttore del settore Pianificazione e programmazione Arsan oltre ai direttori generali e i massimi esperti campani del settore. Per aumentare la qualità delle cure e contenere i costi l'unica strada è l'attuazione di modelli organizzativo-assistenziali quali il Disease management ed il chronic care-model. "Il diabete - conclude Spinosa - assorbe il 9-10 per cento del Fondo sanitario nazionale. I dati epidemiologici impongono una totale revisione del modello assistenziale che prevede un forte coinvolgimento delle strutture territoriali".

OGGI IN VIA PARTENOPE

Neurologia, a Napoli i più grandi esperti italiani

NAPOLI. Neurologi a confronti a Napoli per il convegno "Complessità e continuità di cura nella gestione delle patologie neurologiche" organizzato dal professore Bruno Ronga, direttore della Neurologia dell'Ospedale Cto, che si svolgerà oggi dalle 8.30 nel centro congressi della Federico II in via Partenope. «Ci saranno relatori di rilievo internazionale; tra i quali Italo Linfante e Paolo Barone - dice Ronga - Il primo rientra nella categoria dei "cervelli in fuga". Il secondo ha trasformato, in pochissimi anni, la più giovane Università di Medicina d'Italia (quella di Salerno) in un riferimento della Neurologia mondiale per quanto riguarda la diagnosi e la cura della malattia di Parkinson. Presenzierà, inoltre, Vincenzo Bonavita, faro della neurologia italiana».

QUALI PRIVATIZZAZIONI

Come abbattere il debito in 4 mosse

di **Alberto Quadrio Curzio**

La ripresa delle vendite di partecipazioni azionarie e di beni immobili dello Stato e di Enti locali pare certa. Per evitare di farlo per dogmiliberisti, consideriamo le finalità e le strategie anche per il ruolo della Cassa Depositi e Prestiti. La stessa è un'azienda privata di mercato pur essendo posseduta dallo Stato all'80% e perciò è sbagliato dire che cessioni di partecipazioni alla Cdp non sono privatizzazioni o addirittura dire che sono mere partite di giro a carico del contribuente. Lo conferma anche il fatto che sono considerate privatizzazioni le vendite di asset pubblici alla Cdp tedesca (KfW), detenuta al 100% dallo Stato ma considerata una "market Unit" (come la nostra Cdp) dalle Istituzioni Comunitarie. Per questo né la Cdp né la KfW sono consolidate dentro i debiti pubblici. Sono temi sui quali ci siamo spesso intrattenuti su queste colonne anche in relazione alle infrastrutture.

Finalità: tagliare il debito.

Le privatizzazioni dovrebbero contribuire alla riduzione del nostro debito pubblico giunto a 2.000 miliardi di euro con un onere di interessi che nel 2013 si aggira sugli 84 miliardi. Considerato che l'Italia ha privatizzato partecipazioni societarie per 157 miliardi dal 1985 al 2012 compresi, con un massimo annuo nel 1999 di 25,07 miliardi, è chiaro che questa finalità da sola non basta. Dal 2006 al 2012 le privatizzazioni italiane sono scese a 9,5 miliardi più i 10 miliardi derivanti dalla vendita di Sace, Finmeccanica e Simest a Cdp nel 2012.

La Ue nel 2012 e nel primo semestre 2013 ha privatizzato in proporzione meno di noi: solo 28,5 miliardi di euro pari al 19,9% che è meno della metà della quota europea di lungo periodo su quella mondiale (come certificano le analisi della Fondazione Eni-Mattei e della Kpmg).

La Ue sconta dunque una scarsa attrattività/disponibilità di capitali causata dalla recessione europea. Quindi il tema delle privatizzazioni dovrebbe entrare nell'agenda di politica economica della Ue che senza crescita potrà svendere più che privatizzare.

L'EDITORIALE

Come abbattere il debito in 4 mosse

di **Alberto Quadrio Curzio**

Diverso è il tema delle migliaia piccole-medie imprese italiane di servizi pubblici locali. Qui ci sono spazi notevoli sia per privatizzare che per gestire in modo più efficiente perché i capitali richiesti sono minori e quindi ci sono più potenziali acquirenti e perché troppo spesso le stesse sono appannaggio di ceti politici locali. Su queste colonne Alberto Orioli ha parlato di una "multinazionale della partitocrazia" e di "socialismo municipale".

Per la riduzione del debito pubblico cruciale è inoltre la vendita del patrimonio immobiliare pubblico (purché non espressione dell'identità italiana e non funzionale all'esercizio di servizi pubblici) che è stimato a valori di mercato 2011 tra i 239 e i 319 miliardi (di cui un 27% vendibile) a cui vanno aggiunti terreni tra i 119 e i 49 miliardi. Il fatto che questi beni siano di singole minori entità rispetto alle partecipazioni rende più urgente la loro vendita perché essi si deteriorano e talvolta vengono sfruttati abusivamente. Per venderli bisogna valorizzarli tramite i fondi di investimento dedicati come Invimit Sgr detenuto al 100% dal Mef, come Fiv plus e Fia (per l'edilizia privata sociale dove ci sono enormi necessità) della Cdp. Il fatto che gran parte dei beni sia degli enti locali non impedisce di ridurre, con la loro vendita, deficit e debiti.

Infine sulla riduzione del debito molto conterà l'esito della spending review sulla quale il Commissario Cottarelli in poco tempo ha già presentato un primo programma da 32 miliardi di risparmi in tre anni.

Strategie: favorire la crescita. In premessa ricordiamo che il debito su Pil cala (anche) con la crescita del Pil e smettiamola di dire che le imprese controllate dallo Stato o dalla Cdp vanno male perché "pubbliche" mentre quelle "private" vanno bene.

Basti il solo confronto tra Eni e Telecom che potrebbe estendersi a molti altri casi da cui risulta che i managers bravi si valutano sulle strategie e i successi aziendali. In Italia molti managers "pubblici" bravi sono rimasti al loro posto anche nei cambi di Governo. In varie grandi imprese è poi essenziale un nucleo stabile di azionisti che sostengono piani industriali e investimenti di lungo termine a fini strategici per la crescita del nostro sistema Paese. Da ciò dipende anche la realizzazione di infrastrutture e il sostegno ad un tessuto industriale Pmi.

Oggi si dice che il Governo, per avere un maggior flusso di dividendi straordinari una tantum (con conseguente diminuzione di quelli, non piccoli, incassati regolarmente e che riducono il deficit), farà vendere a Cdp quote di Sace, Fincantieri, Snam, Terna, Eni. A sua volta il Mef venderebbe quote di Stm, Poste, Ferrovie ed altro ancora. Operazioni di tale rilievo richiedono un programma strategico che per ora il Governo non ha presentato. Bisognerebbe inoltre considerare alternative di collaborazione con altre grandi aziende europee che può passare proprio attraverso le Cdp che da tempo cooperano. In particolare, la nostra Cdp (la cui rilevanza è anche dimostrata dalla nomina di Bassanini a vice presidente della federazione delle Casse e delle Banche europee a loro assimilabili) deve potenziare molto "Cdp Reti" includendovi la sua partecipazione in Terna ed in Snam e, speriamo, la rete di Telecom (a quando la fibra ottica su tutto il territorio nazionale?) e quella ferroviaria. Cioè tutte le grandi reti materiali (dove non includeremmo però la Società Interbancaria per l'automazione, Sia) su cui investire anche cedendo ad altri investitori privati quote della Cdp Reti senza che Cdp ne perda il controllo necessario per impostare ed attuare una strategia italiana anche nei grandi progetti di Europa 2020.

Spending review. Ecco il programma di Cottarelli. Obiettivo: risparmiare 32 miliardi in tre anni. Per la sanità sotto osservazione gli acquisti, i protocolli terapeutici e i Lea. Il testo

Una cifra equivalente al 2% del Pil. I risparmi serviranno ad abbassare le tasse, a finanziare investimenti e a ridurre il debito pubblico. I tagli riguarderanno tutti i settori della PA e a proporli saranno una ventina di gruppi di lavoro che affiancheranno il Commissario. I primi interventi a inizio 2014, ma il grosso arriverà in due tranche: una a fine febbraio e l'altra a fine luglio.



Il Commissario straordinario **Carlo Cottarelli** ha trasmesso il 12 novembre scorso al Comitato interministeriale per la Revisione della spesa il proprio programma di lavoro con gli obiettivi e gli indirizzi metodologici dell'attività di revisione della spesa pubblica. Il Comitato interministeriale si è riunito oggi pomeriggio per esaminarlo prima dell'invio alle Camere.

Rispetto al ddl di stabilità i risparmi da ottenere con la revisione della spesa pubblica saranno molto più alti e partiranno già dal 2014: si punta infatti a **un recupero di 2 punti di Pil nel triennio 2014/2016**, per un totale di 32 miliardi di euro, in aggiunta a quanto previsto dalla legge di stabilità.

E' questo l'obiettivo della nuova spending review del Governo Letta che il ministro dell'Economia **Fabrizio Saccomanni** e Cottarelli hanno illustrato al termine dei lavori del Comitato interministeriale. Un traguardo che, oltre ad anticipare di un anno l'avvio della spending review, aumenta di quasi 10 miliardi quanto contenuto nel documento presentato da Cottarelli il 12 novembre.

Nel programma di lavoro infatti, si rimanda a una valutazione "in sede politica" dell'opportunità di individuare risparmi "addizionali" per il 2014 e per gli anni successivi, indicando come obiettivi di risparmio 3,6 miliardi nel 2015, 8,3 miliardi nel 2016 e solo dal 2017 11,3 miliardi, per un totale di 23,2 miliardi in tre anni. Sottolineando che "questi obiettivi sono definiti rispetto ad uno scenario che incorpora le misure già definite nel Disegno di Legge di Stabilità".

Questi i "grandi numeri". Ma tutto ciò per fare cosa? L'obiettivo dell'operazione - ha detto Saccomanni - è migliorare la qualità dei servizi e ridurre il costo. I risparmi di spesa ottenuti dovranno andare per la maggior parte alla riduzione delle imposte ma anche al finanziamento di investimenti produttivi e alla riduzione del debito.

Sarà coinvolta l'intera Pubblica Amministrazione - ha detto Cottarelli - coinvolgendo una ventina di gruppi di lavoro con consulenti esterni (lavoreranno volontariamente e gratuitamente, ha specificato il Commissario) per i singoli grandi centri di spesa della PA, ma anche per trattare "temi orizzontali" tra i quali sono stati citati beni e servizi, costi standard, organizzazione delle finanze pubbliche e mobilità del lavoro. **Ma nel testo del programma di lavoro c'è anche la sanità.** Cottarelli ha poi detto che saranno coinvolte anche le parti sociali che saranno consultate frequentemente.

Ogni gruppo di lavoro avrà mandato e obiettivi precisi. A tutta l'operazione sarà data grande trasparenza con la pubblicazione di banche dati e **classifiche sugli enti** "che si stanno comportando meglio" e quelli più efficienti.

La revisione della spesa riguarderà tutti i ministeri e tutti i settori ma saranno i gruppi di lavoro a decidere le priorità di intervento. Tra dicembre e febbraio 2014 saranno individuati i primi interventi da trasmettere al Governo per le decisioni da attuare probabilmente entro la primavera. Anche se non sono escluse proposte che potrebbero essere anticipate. La seconda fase si attuerà invece tra fine maggio e luglio in vista della prossima legge di stabilità.

Alla vigilia dell'incontro erano circolate voci anche su possibili tagli alla sanità già dal 2014 nell'ordine di 1-1,5 miliardi, ma nel corso della conferenza stampa queste cifre non hanno trovato conferma. "I settori e il quantum dei risparmi sarà deciso dai tavoli di lavoro", ha ripetuto a più riprese sollecitato dai giornalisti il commissario Cottarelli.

In ogni caso è scontato che tagli alla sanità ci saranno ed ecco i settori che saranno oggetto della revisione della spesa come indicati nel programma di Cottarelli:

- Riassetto organizzativo della rete periferica veterinaria e medica
- Completamento trasferimento funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante
- Enti vigilati
- Centrali acquisto (farmaci, beni e servizi sanitari e non)
- Protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni
- Revisione livelli essenziali anche con riferimento a particolari categorie

Riforme. Il testo verso il cdm: l'iter parlamentare sarà identico a quello per le province

«Fine del Bicameralismo, taglio di 265 parlamentari»

Il Governo cerca la «svolta» e manda un segnale ai partiti sulla legge elettorale

Lina Palmerini
ROMA

Al ministero di Gaetano Quagliariello si mostrano prudenti. Raccontano che stanno ancora lavorando sull'ultima bozza anche se l'impianto della riforma costituzionale ormai è confermato. E dovrebbe approdare al Consiglio dei ministri forse già questa settimana per il primo via libera. Nel testo si ritrovano i punti cardine: fine del bicameralismo perfetto, il Senato che diventa luogo di rappresentanza delle Regioni e la Camera che sarà l'unica titolata a dare la fiducia al Governo. Infine, la parte più attesa, la riduzione del numero dei parlamentari: la bozza che ieri

circolava parlava di 680 parlamentari (200 senatori e 480 deputati) contro i 945 di oggi se non si contano i senatori a vita. Dunque il taglio sarebbe di 265 parlamentari sempre che il testo resti quello che si leggeva ieri.

L'annuncio dell'accelerazione della riforma è arrivata dallo stesso ministro Gaetano Quagliariello che rompe gli indugi dopo lo strappo con Silvio Berlusconi e la scissione tra Forza Italia e il nuovo centro destra (di cui ora fa parte insieme alla compagine governativa ex Pdl). E forse sta proprio in questo evento politico - la rottura con il Cavaliere - una delle ragioni di questo sprint: dimostrare che ora la maggioranza è più coesa e che il Governo può ingranare una marcia alta e dare velocità ai progetti di legge, a cominciare da quelli per le riforme.

Insomma, l'Esecutivo di nuovo conio e di «nuove intese» prova a far vedere che è arrivata la "svolta" ma negli ambienti del ministero spiegano anche che il

Ddl sarà un segnale importante per i partiti. Nel senso che dare il primo via libera al Cdm sarà un segnale al Parlamento affinché lavori su una riforma del Porcellum che tenga conto del nuovo assetto costituzionale. Questo da un lato è logico ma dall'altro allunga i tempi di una revisione della legge elettorale che finirà sotto la scure della Consulta già la prima settimana di dicembre. E c'è pure chi - maliziosamente - fa notare che le sollecitazioni ad accelerare il Ddl potrebbero essere arrivate dallo stesso capo dello Stato amareggiato dal lassismo dei partiti sul Porcellum e dalle troppe attese sulla riforma costituzionale.

Al di là delle ricostruzioni politiche, si continua a ragionare sull'iter parlamentare che dovrebbe ricalcare quello adottato per le province: si comincia con l'art. 138 e solo dopo si userebbe la corsia veloce del comitato dei 40. Tornando ai contenuti, quello che è già definito è che la cancellazione del bicameralismo

comporterà che Senato e Camera lavoreranno insieme solo sulle leggi più importanti (riforme costituzionali o di sistema ordinamentali e i rapporti tra Stato e regioni) mentre sulle altre Palazzo Madama manterrebbe solo un "potere di richiamo" e in presenza di un certo quorum potrebbe chiedere di esaminare determinati provvedimenti. Il Senato verrebbe trasformato in un organismo che rinnova i suoi componenti insieme ai Consigli regionali ma, per ogni regione, la base si riduce da 7 a 5 senatori. Insomma, un pacchetto consistente che potrebbe iniziare il suo iter a Palazzo Madama mentre alla Camera verrebbe trasferito l'esame sulla legge elettorale visto anche che c'è bisogno di riequilibrare la componente del nuovo centro-destra alla commissione del Senato dopo la scissione con Forza Italia. Oggi, tra l'altro si deciderà la calendarizzazione del voto sull'odg di Roberto Calderoli a favore del Mattarellum.

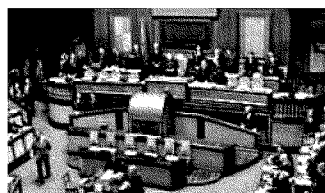
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità



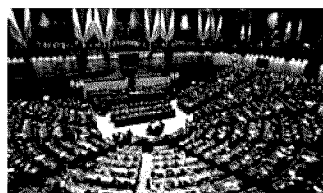
BICAMERALISMO ADDIO

Secondo il disegno di legge di riforma Senato e Camera dei deputati lavoreranno insieme solo sulle leggi più importanti. Ad esempio, riforme costituzionali, ordinamentali o sui rapporti Stato-Regioni



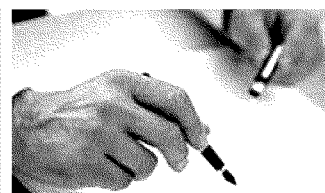
SENATO DELLE REGIONI

Il Senato diventerebbe la Camera delle regioni. I suoi componenti dovrebbero ridursi a 200 e dovrebbero venire eletti insieme ai Consigli regionali. Non dovrebbe più votare la fiducia al governo



LA CAMERA

Il numero dei membri della Camera dei deputati dovrebbe scendere a 400. Tra Palazzo Madama e Montecitorio, complessivamente, il taglio dei parlamentari sarebbe di 265 unità



L'ITER

Il ddl dovrà essere esaminato dal consiglio dei ministri. Dopodiché dovrebbe iniziare il suo iter parlamentare dal Senato, mentre alla Camera verrebbe trasferito l'esame della riforma della legge elettorale

Diabetes Italian Barometer. Il Rapporto 2013: "La malattia dilaga. Una nuova diagnosi al minuto. I malati sono ormai 3,3 milioni"

E ogni 3 minuti e mezzo un diabetico ha un attacco cardiaco, ogni dieci minuti un diabetico muore. In Italia 525mila nuove diagnosi all'anno. E cura e assistenza costano lo 0,29% del Pil: 2.600 euro per malato. Più del doppio di chi non ha il diabete. Ormai è una patologia sociale che coinvolge il 5,5% della popolazione italiana.



Il diabete potrebbe divenire la peggiore pandemia del 21° secolo e non avremo scuse se l'attuale deriva non verrà opportunamente arginata. Ogni minuto, nel nostro Paese viene effettuata una nuova diagnosi di diabete, più di 525mila nuove diagnosi in un anno. Ogni 3 minuti e mezzo un diabetico ha un attacco cardiaco, ogni dieci minuti un diabetico muore. In Italia sono più di 3 milioni i pazienti diabetici diagnosticati, con una stima di 3,3 milioni (di cui oltre il 90% da diabete di tipo 2) e una prevalenza del 5,5%. A questi bisogna aggiungere un ulteriore 1 milione di persone che nel nostro Paese ha il diabete ancora non diagnosticato e 2,7 milioni con IGT.

Una malattia che impatta fortemente anche sulla spesa: in media ogni malato spende 2.600 euro l'anno per la sua salute, più del doppio rispetto ai concittadini senza diabete, incidendo per lo 0,29% sul Pil.

A fotografare lo stato dell'arte del diabete in Italia è l'Italian Barometer Diabetes Report 2013, documento redatto annualmente da Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation, presentato questa mattina a Roma presso il Senato della Repubblica. Un Rapporto accuratissimo che, come ha spiegato **Agostino Consoli**, Professore di Endocrinologia dell'Università Gabriele d'Annunzio di Chieti e curatore dell'edizione 2013: "Raccoglie i contributi di oltre 50 tra i maggiori esperti nazionali di diverse discipline e rappresenta una selezionata antologia di ricerche e riflessioni di colleghi che rappresentano le massime autorità scientifiche nel campo".

Dal rapporto emerge con chiarezza come il diabete sia decisamente una patologia 'sociale', dal momento che, per la sua elevata diffusione, coinvolge di fatto gran parte della popolazione: nell'arco di 10 anni la percentuale di malati in Italia è passata dal 3,7% al 5,5% (dati Istat 2012).

Numeri importanti ai quali occorre dare una risposta forte. Una risposta, ha detto **Renato Lauro**, Presidente di Ibdof Foundation “che impegna non solo i medici e gli operatori sanitari, ma anche le Istituzioni, la società e i cittadini, oltre ovviamente alle persone con diabete e alle loro famiglie, per definire le azioni da intraprendere ed individuare un preciso modello organizzativo nel quale queste azioni vengano collocate. E con i propri la pubblicazione del Rapporto annuale Ibdof Foundation si propone di contribuire a questo sforzo”.

Ma qual è il quadro del diabete in Italia? La rete diabetologica italiana è sicuramente tra le più evolute a livello mondiale, e in tal senso i risultati clinici, sociali ed economici, desumibili dalla letteratura internazionale, dimostrano un'eccellenza dell'Italia nella cura delle persone con diabete. I ricoveri ospedalieri per diabete sono 96.700, con un trend in calo: rispetto al 2000 sono diminuiti del 20%. Scendono anche le complicanze acute: -51% nel periodo 2010 vs 2001, a conferma di un sistema assistenziale specialistico di sicura efficacia. Ma restano alti il numero di ricoveri da ipoglicemia come causa primaria nelle persone con diabete 8%. Il 18% delle persone con diabete soffre di depressione, il 51% di stress associato al diabete, mentre il 19% si sente discriminate a causa della malattia.

Le criticità non mancano a partire dalle differenze regionali. Nell'arco di soli 10 anni, dal 2000 al 2010, la prevalenza del diabete in Italia è cresciuta dal 3,7% al 4,9 % con una prevalenza più alta nel Sud e nelle Isole (6,2%) seguite dal Centro con il 5,5% e dal Nord con il 4,9%. Un trend con delle eccezioni: in Lombardia, ad esempio, la prevalenza del diabete è cresciuta del 40% in soli 7 anni, passando dal 3.0% nel 2000 al 4.2% nel 2007. E in proiezione, è possibile stimare che nella regione la prevalenza di diabete nelle persone dai 30 anni in su raggiungerà l'11.1% nel 2030. D'altra parte in alcune regioni del Sud la prevalenza del diabete ha già ampiamente superato il 6% e il fenomeno di crescita nei prossimi anni sarà ancora più accentuato.

Una malattia con tali indici di prevalenza ha di conseguenza forti ricadute sulla spesa, tant'è che in media ogni malato spende 2.600 euro l'anno, più del doppio rispetto ai concittadini senza diabete, incidendo per lo 0,29% sul Pil. “È estremamente importante sottolineare che di questi 2.600 euro solo il 7% deriva dalla spesa per i farmaci – ha spiegato Consoli – mentre il 25% è legato ai costi delle complicanze cardiovascolari, renali, oculari e neuropatiche e si calcola che il costo per i pazienti che presentano complicanze sia addirittura quadruplo rispetto ai pazienti non complicati – ha concluso – e una fetta ancora più cospicua è relativa alle ospedalizzazioni per diabete, poiché circa il 20% delle persone in ricovero ospedaliero sono affette da questa patologia”.

La spesa: ogni anno per cura e assistenza tra i 10 e gli 11 miliardi



20 NOV - Nel 1998 il diabete pesava sulle casse dello stato italiano per circa 5 miliardi di euro, pari al 6,7% della spesa totale per la Sanità. Nel 2006, quando i pazienti erano quasi raddoppiati, si era già passati tra i 7 e gli 8 miliardi, circa l'8% delle risorse assorbite dalla Sanità. Ora le stime sono tra i 10 e gli 11 miliardi di euro con un costo più che raddoppiato in meno di 15 anni.

I costi del diabete per il budget della Sanità italiana ammontano così al 9-10% di tutte le risorse disponibili. Ancora una volta non è il trattamento del diabete per sé la fonte maggiore dei costi, ma sono le complicanze a generare un conto molto salato per la Sanità.

Secondo le stime dell'Osservatorio ARNO ogni persona con diabete ha generato un costo diretto per la Sanità italiana di 2.921 euro. Le spese ospedaliere rappresentano oltre la metà (57%) dei costi complessivi, i farmaci sono pari al 29% (16% circa del totale della spesa farmaceutica pubblica nazionale) e le prestazioni specialistiche il 14%. In media una persona con diabete trattato con farmaci orali (diabete tipo 2) è costato il 40% in più rispetto ad una persona senza diabete (2.158 euro vs i 1.622 nel non-diabete); nel caso del diabete trattato con insulina (sia esso un tipo 1 o un tipo 2 in fallimento terapeutico) il costo è all'incirca triplicato (prossimo a 5mila euro).

Vediamo in dettaglio le spese.

I costi dei ricoveri ospedalieri

Tra i soggetti con diabete ricoverati in regime ordinario, le categorie diagnostiche più frequenti sono rappresentate dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (47%), seguite da sistema nervoso (40%) e apparato muscolo scheletrico (22%). Tra le 10 diagnosi di ricovero a più alta incidenza di spesa, ben 7 si riferiscono a complicanze cardiache o vascolari. L'insufficienza cardiaca costituisce la diagnosi più frequente, con un differenziale rispetto alla popolazione senza diabete pari a +181%, che genera una spesa aumentata del 210%. La differenza maggiore nell'incidenza di spesa per ricovero rimane comunque quella legata all'arteriosclerosi (361%). Sia la durata media di degenza, sia la spesa media pro capite appaiono più elevate nel diabete in presenza di complicanze cardiovascolari rispetto a quanto si osserva nella popolazione generale con le stesse complicanze. Da rilevare infine che la differenza di spesa è molto elevata anche per il Drg riferito a insufficienza renale (+253%). Le donne con diabete sono gravate da un tasso più elevato di diagnosi per insufficienza cardiaca, rispetto agli uomini.

Da segnalare che anche i ricoveri per neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas appaiono decisamente più frequenti rispetto alla popolazione generale (+222%), contribuendo ad alzare il profilo di spesa.

Diminuiscono invece i ricoveri per complicanze acute nella popolazione con diabete [12]. Così, tra tutte le cause di ricovero, solo il 3.5% sono dovute a complicanze acute, siano esse come chetoacidotico o iperosmolare (94% o coma ipoglicemico (6%). Il tasso di ricovero per queste complicanze è sceso da 14,4 casi/1000 persone con diabete/ anno a solo 7,1, peraltro con una fortissima variabilità regionale probabilmente dovuta a diversi sistemi di organizzazione territoriale del trattamento del diabete [12].

I farmaci tra costi e consumi

Sulla base del trattamento farmacologico, si può stimare che i pazienti con diabete tipo 2 (uso di soli ipoglicemizzanti orali o dell'associazione ipoglicemizzanti orali+insulina) siano poco più del 91% di tutti i casi. Una stima prudente della frequenza del diabete tipo 1, considerando i casi trattati con sola insulina al di sotto dei 35 anni da valori intorno al 4% di tutte le persone con diabete.

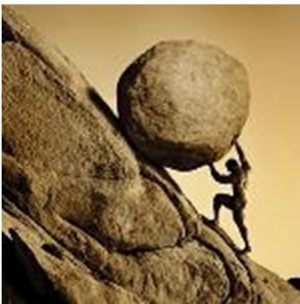
La spesa per il trattamento farmacologico del diabete è particolarmente elevata nelle prime tre-quattro decadi di vita, in rapporto al costo del diabete tipo 1, e soprattutto costituisce un fortissimo aumento del costo rapportato alla popolazione senza diabete che, in quelle fasce d'età, consuma invece pochissime risorse. All'aumentare dell'età, il costo di una persona con diabete si stempera per il sommarsi di persone trattato con soli farmaci orali e la differenza con la popolazione senza diabete si riduce per l'aumentare del costo individuale nella popolazione generale, sempre più complicata. Rispetto al 1997 a fronte di un incremento dei casi trattati del 68%, la spesa media per trattato è sostanzialmente raddoppiata. Guardando le varie voci di spesa per farmaci, quella per farmaci propri del diabete (insulina e farmaci orali) si è mantenuta intorno ad un 20-22% del totale (intorno a 200 euro per anno nel 2010); la maggior parte della spesa è riferita ai farmaci attivi sul sistema cardiovascolare o antidislipidemici, con un aumento del 40- 50% rispetto alle persone senza diabete per una maggiore utilizzazione (statine ed altri farmaci per la dislipidemia, + 115%), pur ancora lontana da un uso secondo Linee guida.

Per le statine, solo il 39% dei soggetti con diabete continua una terapia con statine dopo un infarto del miocardio. È interessante osservare come la spesa per questi farmaci, così come quella relativa ad altri farmaci del sistema cardiovascolare (ACE inibitori, sartani) abbia subito un forte aumento fino al momento nel quale alcune molecole sono state rese disponibili come farmaci "generici". Da allora, l'aumentata utilizzazione è stata largamente compensata dalla riduzione del prezzo e la spesa per unità di popolazione con diabete si è stabilizzata.

In questo panorama di spesa farmaceutica, non va comunque trascurato l'arrivo sul mercato di nuovi farmaci per il diabete, il cui costo potrebbe contribuire in modo significativo ad alzare il costo medio per unità di popolazione con diabete. Di fronte ad un costo annuo tra meno di 50 euro e 100 euro per la metformina e le sulfoniluree di vecchia generazione, si parla oggi di costi dai 400 euro ad oltre 1.000 mille per soggetto trattato, che potrebbe dare un colpo definitivo alla sostenibilità di un sistema sanitario universalistico quale quello Italiano, considerando i numeri nei quali questi farmaci sarebbero potenzialmente impiegabili.

Federalismo e standard in sanità. Il ‘mito’ che ci accompagna da tredici anni

Le ultime notizie su sanità, standard e federalismo hanno riaperto il vaso di Pandora e i problemi da risolvere sono gli stessi di due-tre anni fa con altre intenzioni per affrontarli. La storia di un percorso accidentato che assomiglia al mito greco di Sisifo, l'eroe destinato a vedere sempre vanificati i suoi sovrumani sforzi



Si parla di federalismo e standard in sanità almeno dal D. Lgs. 56/2000. Tredici anni. Sono fuori Italia (Francoforte sul Meno) da oltre un anno. Il vivo del dibattito lo avevo lasciato al D. Lgs. 68/2011, “...di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”. Quando ho letto le notizie più recenti su sanità, standard e federalismo, mi è venuto in mente il mito greco di Sisifo, l'eroe destinato a vedere sempre vanificati i suoi sovrumani sforzi.

Al 68/2011 è seguita la fase di urgenza della crisi, con il “Salva” e il “Cresci Italia” e il decreto “Balduzzi” che hanno introdotto delle deviazioni dalla linea del 68/2011. A fine 2012, un po' meccanicamente e in maniera sconnessa dalle azioni del Governo “Monti” in sanità, è sopraggiunto il Dpcm sui criteri per individuare le Regioni benchmark. Poi è stato silenzio sino a questo Novembre 2013, con l'annuncio di una collegiale apertura delle Regioni all'applicazione rapida degli standard. Ma ci sono davvero novità sostanziali? Sul piatto rimanevano, a fine 2012, non pochi problemi: (1) Regole di fissazione degli standard non univocamente interpretabili, e anzi con apparenti circolarità nei calcoli; (2) Poca chiarezza sulle modalità di considerazione delle spese in conto capitale; (3) Mancata definizione della fase di transizione, pur essenziale per la credibilità del cambiamento; (4) Insufficiente coordinamento con le azioni di perequazione iniziale delle infrastrutture, oggetto di separati decreti attuativi la cui evoluzione è andata arenandosi; (5) Non un solo numero, laddove invece serve una chiara e dettagliata mappatura degli effetti sia a regime che nella transizione; (6) Mancata scelta operativa delle cinque Regioni benchmark; (7) Snodo irrisolto sul peso da assegnare a un indicatore di deprivazione socio-economica per dimensionare i flussi di perequazione tra Regioni.

Il Dpcm di dicembre 2012 ha introdotto i criteri di scelta delle Regioni benchmark, non la loro identificazione vera e propria. La versione pubblicata in GU dell'11 giugno 2013 pone come criteri

di precedenza l'esigenza di assicurare rappresentatività geografica (almeno una Regione del nord, del centro e del sud) e l'esigenza di prevedere almeno una Regione di piccole dimensioni. Che cosa si intende per criterio di precedenza? In pochi se lo sono domandato, nonostante il testo finale emendato dalle Regioni lasci spazio a interpretazioni multiple. Ad ogni modo, se il criterio vale solo a parità di ogni altra caratteristica (efficienza e qualità), si sa quali sono le prime cinque Regioni; se invece la precedenza "obbliga" a inserire almeno una rappresentante per ripartizione e almeno una piccola Regione, anche in questo caso le soluzioni benchmark non sono molte. C'erano le basi e il tempo per una simulazione dettagliata. *Nemerus rerum ominium nodus. Numerus rei publicae fundamentum.* Ed è tra le prime regole dell'impact assessment di cui mi occupo a Francoforte: la quantificazione non va fatta alla fine, a scelte prese, ma deve essere parte integrante del processo di scelta, perché aiuta a capire e nel caso a correggere in corso d'opera. Quelle regole del 68/2011, non chiare sino in fondo laddove la chiarezza invece è tutto in un testo normativo così importante, sarebbero state definitivamente chiarite da un esercizio completo di impact assessment, parte integrante e ufficiale del pacchetto della riforma. A quei livelli non ci possono essere scusanti di disponibilità dei dati. E anche se la base dati non è quella ideale, deve esserci il massimo sforzo per supportare le scelte con la migliore evidenza realizzabile.

A fine luglio 2013 sono circolate le elaborazioni sui criteri del Dpcm per l'individuazione delle Regioni benchmark: Umbria, Marche, Veneto, Lombardia e Emilia Romagna (cfr. jpg allegato). Non è stato chiaro -almeno questa la mia impressione- quale fosse il livello di ufficialità di queste elaborazioni e chi ne fosse l'autore (se il MinSal o gli uffici della Conferenza, o altri). Un passo avanti verso la concretizzazione, eppure ha continuato a mancare qualsiasi tentativo di produrre una simulazione completa degli effetti; per di più, fatto l'annuncio, i benchmark hanno cominciato ad essere criticati dalle Regioni, quelle lontane dagli standard e persino quelle elette a benchmark (è stato il caso della Lombardia, che non ha accettato di non essere la prima della lista). Si giunge a questa metà di novembre 2013. Dalla Conferenza delle Regioni viene fuori il messaggio forte -almeno così la notizia è veicolata alla e dalla stampa - che si deve procedere urgentemente con gli standard, con applicazione sperimentale sin dal 2013 e poi applicazione vera e propria nel 2014. Qualcuno fa notare che ormai il 2013 è andato, con impegni di spesa già presi per tutte o quasi tutte le risorse programmate, ma questa è, se si vuole, la difficoltà minore (una applicazione sperimentale può essere pro-forma, "che cosa sarebbe accaduto se...").

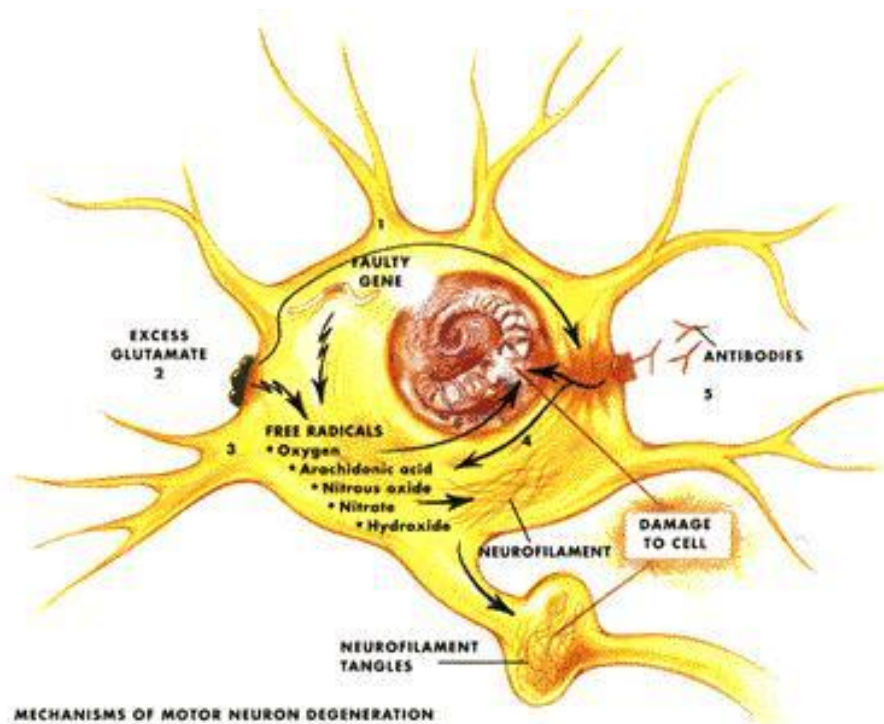
La prospettiva sui benchmark sembra esser cambiata: non più le migliori tre/cinque Regioni in efficienza e qualità, ma una media (da precisare fatta come) tra tutte le Regioni non sottoposte a piani di rientro. Un benchmark "ammorbidito" (dal mio punto di vista una contraddizione nei termini), che però non solleva dal compiere scelte precise su tutti i punti rimasti inevasi: fase di transizione, percorsi di convergenza, regole univoche e implementabili di finanziamento, quantificazione lungo la transizione e a regime, etc.. A dimostrazione che queste regole siano tutt'altro che a portata di mano, le dichiarazioni di Governatori e Assessori, nei giorni successivi alla Conferenza, hanno di nuovo mostrato posizioni diverse e non facilmente conciliabili sul ruolo dell'indicatore di deprivazione socio-economica (citabili, solo a titolo di esempio, i commenti della Regione Sardegna riportati da Regioni.it). Resta totalmente eluso - ma lo era anche nel 68/2011 e ancor prima nella Legge 42/2009 - il tema dell'inquadramento nazionale delle partecipazioni alla spesa (il copay graduato per reddito e patrimonio), che pure è un ganglio insostituibile per tenere assieme efficientamento ed equità in un sistema con così profonde diversità territoriali, e nel momento difficile per l'economia e la finanza pubblica.

Insomma, per continuare con le suggestioni mitologiche, temo si sia riaperto il vaso di Pandora, e i problemi da risolvere sono gli stessi di due-tre anni fa con altre intenzioni per affrontarli. Spero che la annunciata volontà di cambiare e gli sviluppi dei lavori delle Conferenze smentiscano presto e spudoratamente i miei dubbi e miei scetticismi. Lo spero davvero e, nel frattempo, allego un esercizio di macrosimulazione: [le proiezioni sino al 2030 dei fabbisogni sanitari delle Regioni](#) con a fronte, anno per anno, le risorse necessarie a finanziarli secondo tre schemi di finanziamento che si differenziano per livello di redistribuzione territoriale. Un esempio di mappatura macrofinanziaria, migliorabile sinché si vuole, entro cui dovrebbe auspicabilmente trovare svolgimento il dibattito sugli standard sanitari. Ipotesi macro e microeconomiche e dati sono descritti nel lavoro; per ogni commento e richiesta di precisazione, volentieri son disponibile.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News




Il settimanale Economist

«Sonno alterato dai telefonini Cuore a rischio per i giovani»

Oggi il settimanale britannico *The Economist* entra «nel cuore del problema cuore». Scusate il gioco di parole, ma il rapporto sviluppato dall'*Intelligence Unit* del settimanale si chiama *The Heart of the Matter* e analizza l'impatto delle malattie cardiovascolari nel mondo. Non solo, arriva a teorizzare la necessità di un nuovo punto di vista sulla prevenzione. In sintesi, che cosa emerge? La «globalizzazione» di queste malattie in rapida diffusione (quasi un contagio) nei Paesi in via di sviluppo (alcuni dei quali non lo sono più, ma continuano a godere di questa etichetta tutelante) a causa di elevati tassi di tabagismo e dell'effetto imitativo rispetto alle «malsane abitudini alimentari» e agli errati stili di vita occidentali, dei Paesi cosiddetti sviluppati. E un curioso allerta per tutti: la prossima esplosione di disturbi del sonno fra gli adolescenti che utilizzano le tecnologie di comunicazione mobile a tarda notte (studio in Svezia e ricerca analoga in Australia). Secondo gli esperti porterà a un aumento dell'aterosclerosi. Con l'espansione dei telefoni mobili nei mercati emergenti (in Africa assistiamo a tassi di crescita molto rapidi) il problema potrebbe presto interessare

anche i Paesi in via di sviluppo. I numeri del rapporto sono drammatici: più del 40% degli uomini fa regolarmente uso di tabacco in 8 dei 14 Paesi a reddito medio-basso analizzati; i livelli medi di pressione sanguigna misurati in Africa sono fra i più alti al mondo; in Africa del Nord e in Medio Oriente la misura del giro vita è fra le più grandi al mondo; in alcuni Paesi emergenti, il rapido sviluppo economico sta causando un ingente degrado ambientale, oltre all'inquinamento dell'aria e acustico. Le malattie di cuore e vasi sono responsabili del 30% delle morti globali: la percentuale sale al 43% nei Paesi sviluppati (in diminuzione rispetto a 20 anni fa: 48%), mentre si attesta al 25% nei Paesi in via di sviluppo, ma con un trend in forte crescita. Emerge anche il carattere «ghettizzante» di queste malattie, che si stanno evolvendo come caratteristiche dei «ceti poveri». Le strategie di prevenzione necessitano, quindi, di un radicale ripensamento, a cominciare dai sistemi sanitari. Costruiti sulla cura dei casi acuti, senza incentivi (o quasi) per i medici che investono maggiore tempo nell'educazione alla salute e nella prevenzione secondaria. Insomma, per l'*Economist* la ricetta salva cuore è tutta da rifare.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fegato sotto attacco, allarme obesità

Il focus Napoli capitale dell'epatologia percorsi d'obbligo per scongiurare malattie

Malattie epatiche virus correlate e bambini obesi: è allarme in Campania dove, però, tante sono le campagne di sensibilizzazione per arginare la crescente insorgenza di tali patologie. Per due giorni Napoli è stata la capitale dell'epatologia con medici che si sono soffermati sul rapporto tra qualità del cibo e salute e sulle possibili terapeutiche.

«In Campania c'è la più alta prevalenza ed incidenza di malattie epatiche e virus: prevalenza epatite C in Italia 3% popolazione, in Campania fino al 14% in alcune aree, e solo una piccola percentuale di pazienti viene sottoposta a i trattamenti antivirali. Certo bisogna fare attenzione a quello che ogni giorno si mangia, in termini di qualità e qualità degli zuccheri assunti, ad esempio, soprattutto per prevenire l'obesità e di conseguenza tutta una serie di malattie che si manifestano con frequenza sempre maggiore». Sono solo alcuni dei dati sottolineati dall'epatologo Ernesto Ciaar, responsabile dell'ambulatorio di epatologia e nutrizione clinica

dell'ospedale evangelico Villa Betania, emersi a margine della due giorni su Epatologia nel terzo millennio, organizzata a Napoli al centro congressi dell'università Federico II. «Bisogna fare attenzione ad esempio agli zuccheri assunti. In Italia meridionale oltre il 40% dei bambini in età scolare elementare è obesa. La steatosi epatica può trasformarsi in taluni casi steatoepatite, cirrosi e patite e de patocarcinoma».

Specialisti campani ed esperti nazionali, tra cui il presidente del corso Antonio Sciambra, si sono riuniti per discutere anche di percorsi terapeutici. Nella seconda giornata degli interventi, presieduta dal dottor Nicolino Esposito e coordinata dal dottor Alberto Forni, ci si è soffermato anche sulla gestione integrata del paziente critico, con le «rivoluzioni terapeutiche» nell'ambito dei nuovi agenti anticoagulanti, sulla gestione del paziente con sindrome coronarica acuta sul territorio e sulla diagnostica bedside in emergenza. «Per quanto concerne le patite da Hep è bassissimo il numero di pazienti che viene sottoposto a trattamenti antivira-



Rischio Malattie epatiche in agguato: un rischio in più per i pazienti obesi

li. Ciò è dovuto a vari fattori - spiega Ciaar, organizzatore del corso - la malattia decore per lungo tempo asintomatica, da parte dei pazienti si ritiene esista il portatore sano di epatite senza rischi di evoluzione, vi è sempre stata la convinzione che non vi sia possibilità terapeutica per molti pazienti (spesso over 60) e, infine, non tutte le strutture assistenziali hanno ambulatori o day hospital di epatologia dove poter far afferire i pazienti».

G. N.

Frutta e verdura, prevenzione a tavola

Il focus Più vitamine e fermenti lattici per difendersi dai virus stagionali

Francesca Corsicato

Alimentazione ricca di vitamine e fermenti lattici e piccoli accorgimenti igienico-sanitari per prevenire sindromi para e influenzali. Ecco come difendersi in modo semplice e soprattutto naturale dal rischio di trascorrere qualche giorno sotto le coperte a suon di tosse, cossa rotte, febbre e mal di pancia. Via libera al consumo di kiwi, arance, uva, fermenti lattici, acidi grassi e omega 3 e latte d'asina per affrontare un inverno in forma. Quando il cibo infatti aiuta a stare bene, la prevenzione parte dalla tavola e dalle sane abitudini alimentari. Un'alimentazione corretta ricca di vitamine e fermenti lattici può aiutare a combattere le influenze stagionali e stimolare il sistema immunitario.

Maria Pina Mollica, direttri-

ce del corso di perfezionamento in igiene alimentare, nutrizione e benessere dell'università Federico II di Napoli, sostiene che, per affrontare il diffondersi dell'influenza, occorre agire di più sulla prevenzione, introducendo attraverso la dieta quei minerali e quelle vitamine che aumentano le difese dell'organismo. «Bastano infatti piccole quantità di vitamina C per aumentare le proprie difese - spiega l'esperto - perché questa vitamina favorisce l'assorbimento del ferro, soprattutto quello contenuto nella verdura, che altrimenti non sarebbe disponibile per essere assimilato. Non va inoltre dimenticato che ferro e zinco rimangono due minerali fondamentali per l'organismo e per il buon funzionamento delle difese immunitarie. Utilizzare il limone per condire le pietanze facilita invece l'assorbimento del ferro presente in

altri alimenti, e a sua volta potenzia le difese naturali contro raffreddore, mal di gola e tosse. Quindi è sempre consigliata l'assunzione di arance, mandarini, spremute di arance, verdura principalmente cruda, finocchi, insalata di ogni tipo, carote, verdura cotta, bietole, broccoli, cicoria zucca, bieta, cavolfiore, legumi e frutti tipici di stagione, come il melograno, l'uva, ma soprattutto arance, mandarini e kiwi. È importante assumere anche un giusto rapporto di omega 3 e acidi grassi polinsaturi, attraverso il pesce e piccole porzioni a settimana di frutta secca. Recenti studi inoltre - precisa Mollica - hanno evidenziato come vi sia una relazione diretta tra l'equilibrio della flora batterica e un sistema immunitario in buona salute. Utile nel favorire il potenziamento delle difese immunitarie in tutte le stagioni è il latte di asina che, oltre alle eccellenti proprietà dietetiche, favorisce la profilassi di riequilibrio del sistema immunitario».

© GIOVANNI DE LUCA / OLYMPIA



Vitamina C Arance e limoni stimolano il sistema immunitario

Terapia del dolore, la svolta hi-tech

La ricerca Intervento da primato al Monaldi con impianto di neurostimolatore gangliare

Emanuela Sorrentino

I complimenti al dottor Alfonso Papa e alla sua équipe sono arrivate già poche ore dopo l'intervento con mail e telefonate dai centri di eccellenza italiani ed esteri specializzati in terapia del dolore. D'altronde, quello effettuato all'ospedale Monaldi di Napoli dal responsabile dell'unità operativa di terapia antalgica del presidio che rientra nell'Azienda ospedaliera dei Colli, è il primo intervento nel sud Europa di impianto di un neurostimolatore gangliare su di una paziente affetta da dolore cronico.

Il Sistema di neurostimolazione denominato Axium è indicato per il dolore cronico causato da post-chirurgia del ginocchio o dell'anca, dolore post-herpes, toracotomia, neuropatia diabetica, amputazione degli arti inferiori o superiori e comunque nei casi in cui non agisce la tradizionale neurostimolazione midollare. Papa - componente della commissione del ministero della Salute per la legge sul dolore 38/2010 - ha impiantato il neurostimo-

latore su una paziente di 47 anni, originaria della provincia di Salerno, costretta già a subire in passato - a seguito di un incidente - l'amputazione di uno degli arti inferiori. «La signora - spiega lo specialista - lamentava dolore cronico in corrispondenza dell'arto amputato, avvertito anche solo con lo sfioramento di una mano, di un indumento e persino del lenzuolo. Per questo motivo non avrebbe potuto neanche sopportare una protesi. Il nuovo neurostimolatore trasmette una forma di stimolazione del midollo spinale che agisce sui gangli delle radici dorsali, piccole strutture che contengono fibre nervose e trasportano segnali al cervello».

Il costo del dispositivo si aggira sui 15 mila euro, acuiti da aggiunti controlli tecnici. Una spesa sostenuta in questo caso dall'Azienda ospedaliera dei Colli, che con il direttore generale Antonio Giordano ha da sempre puntato sulla terapia antalgica, dedicando un anno e mezzo fa all'ospedale Monaldi nuovi spazi per il reparto diretto da Papa. «Diversamente dalle

tecnologie di stimolazione tradizionali - spiegano dalla St. Jude Medical - gli elettrodi del sistema di neurostimolazione Axium vengono collocati in prossimità dei gangli delle radici dorsali stimolando le aree difficili da trattare». Tre anni fa la stessa paziente provò la stimolazione del ganglio adattando però uno stimolatore convenzionale. «Il giorno successivo l'intervento - rivela Papa - la paziente era a casa e già subito dopo l'operazione non le sembrava vero di non provare dolore».

REIPRODUZIONE RISERVATA



Équipe Papa al lavoro per un intervento da primato contro il dolore cronico