



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Preoccupanti i dati diffusi dall'Osservatorio italiano col rapporto annuale 2013. Peggior rispetto alla media anche il tasso di ospedalizzazione

## Primato assoluto anche per il diabete: 324mila i casi accertati

**NAPOLI (Stefi)** - Sono 324mila i diabetici campani. Un dato tra i più elevati d'Italia che sia affiancato però, ad un primato assoluto e incontestato, quello del maggior numero di bambini affetti da obesità. E' la fotografia scattata dall'Italian Barometer Diabetes Report 2013, documento redatto annualmente da Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation, presentato ieri mattina a Roma presso il Senato della Repubblica. Nel Belpaese, emerge dal documento, ogni minuto 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. Ma oltre che dilagante e causa crescente di morte, il diabete è anche una malattia onerosa: in media ogni malato spende 2.600 euro l'anno per la sua salute, più del doppio rispetto ai concittadini senza diabete. In Campania, quindi, sono ben 324mila i cittadini a rischio, complici fattori genetici ma anche e soprattutto condotte di

vita sregolate, dagli eccessi a tavola a tenute sedentarie e restie all'attività fisica. Il rapporto presentato a Roma prende in esame un arco temporale che parte dal 2000. Da allora al 2009, segnalano gli esperti, il tasso di mortalità per diabete è rimasto pressoché invariato pur con differenze tra i sessi. Nel corso degli anni si è registrato un aumento nel numero dei maschi affetti da diabete, a fronte di un calo nella parte femminile della popolazione. Ciononostante, si legge ancora nel testo, la Campania è la

regione italiana con il numero più elevato di donne diabetiche. Pur non raggiungendo il livello delle donne, anche i maschi campani con diabete sono molti di più che nelle altre regioni italiane. Peggiori rispetto alla media italiana anche il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze, e la percentuale di ricovero. Analogo l'andamento sul versante economico, con livelli medi di spesa superiori al dato nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# ECCO LE SPESE PAZZE DEGLI OSPEDALI D'ITALIA

IL COMMISSARIO ALLA SPENDING REVIEW COTTARELLI NON AVRÀ VITA FACILE: NEGLI ACQUISTI DELLA SANITÀ I PREZZI OSCILLANO IN MODO PAUROSO E MANCANO LE INFORMAZIONI. COME TESTIMONIA LA SECONDA PARTE DELL'INCHIESTA DI «PANORAMA». di Stefano Caviglia e Maria Pirro

**A**uguri al commissario per la spending review, Carlo Cottarelli, che lunedì 18 novembre ha promesso 6-7 miliardi di minori spese nella sanità nei prossimi tre anni. Dopo le bacchettate della Commissione europea, che giudica troppo timido il governo italiano sui tagli, Palazzo Chigi rimette al centro dell'azione la riduzione delle spese (un tema su cui *Panorama* batte da mesi), con un'attenzione particolare alla sanità. Ma se davvero Cottarelli vorrà avvicinarsi a un obiettivo così ambizioso dovrà combattere

contro una quantità di cattive abitudini che a parole sono state debellate mille volte e tuttavia non cessano di aggravare inutilmente i bilanci delle asl e degli ospedali italiani. La prima, da cui molte altre discendono, è la difficoltà con cui circolano le informazioni nel sistema sanitario nazionale.

Nella precedente puntata di questa inchiesta *Panorama* ha rivelato che il medesimo stent coronarico (lo Xience Prime) viene comprato a prezzi ben diversi nelle varie regioni del Paese: 448,95 euro in Toscana, 478,83 in Emilia-Romagna, 850 in Piemonte, per citarne solo tre.

Come devono sentirsi i vertici di un ospedale, scoprendo che ad appena 300-400 chilometri di distanza i loro colleghi pagano lo stesso strumento poco più della metà? Giuseppe De Filippis, direttore sanitario dell'Ospedale Mauriziano di Torino (quello dello stent a 850 euro, appunto), tiene a precisare che quel prezzo era valido fino a qualche tempo fa ed è stato rinegoziato. Ora costa 770 euro. Meno di prima, d'accordo, ma sempre molto più degli altri. «La differenza» afferma «può dipendere in parte dai quantitativi: noi abbiamo ordinato solo 300 pezzi. Immagino che la centrale di acquisto della Toscana tratti quantità di gran lunga superiori».

Anche questo incide, ed è un solido argomento per collocare la centralizzazione degli acquisti in cima all'agenda di Cottarelli. Tuttavia, c'è un altro punto cruciale, che viene segnalato dal direttore amministrativo dell'Ospedale Mauriziano, Chiara Serpieri: la mancanza di informazioni. «Il prezzo ottenuto dai colleghi in Toscana» dice «è riportato sul sito dell'Autorità di vigilanza per i contratti pubblici solo in modo generico, senza la marca del prodotto. In sede di negoziazione l'azienda fornitrice, la Abbott, ci ha detto che non si sarebbe attenuta al prezzo di riferimento dell'Autorità, in quanto non era relativo al modello in questione. E noi non abbiamo avuto argomenti per replicare. Se la dicitura con

cui il prodotto è indicato nel sito dell'Avcp fosse stata più completa, avremmo avuto un'arma in più per negoziare». È solo un esempio, ma se si pensa che una semplice correzione testuale sul sito dell'Autorità di vigilanza avrebbe potuto fruttare all'Ospedale Mauriziano di Torino parecchie migliaia di euro di risparmi, è giusto chiedersi quanti soldi si sprecano ogni giorno in tutta Italia per problemi della stessa natura.

I primi nemici da debellare nella lotta contro la voragine finanziaria della sanità sono dunque gli enormi scostamenti esistenti fra una regione e l'altra in tutti i parametri più importanti: non solo i costi di beni e servizi, ma anche la qualità delle prestazioni, le quantità dei singoli prodotti acquistati, il livello della spesa farmaceutica pro capite. Per finire ai bilanci sanitari delle singole regioni, che in genere rappresentano la sintesi migliore di tutto il resto. I disavanzi regionali del 2012, con i 660,8 milioni di passivo del Lazio e i 156 della Campania, contrapposti agli attivi di regioni virtuose come

le Marche, l'Umbria, la Lombardia, il Veneto, sono eloquenti. Per questo è fondamentale la partita dei costi standard, con l'individuazione delle tre regioni migliori che dovranno essere prese a riferimento da tutte le altre. Il governo vorrebbe procedere già dagli ultimi mesi del 2013, ma l'importante è che si metta finalmente in funzione un meccanismo efficiente di perequazione almeno dall'inizio del 2014.

È eloquente al riguardo la tabella sulle differenze dei prezzi pubblicata nella pagina accanto. Vi si rileva non tanto che la mediana dei prezzi è sensibilmente più alta dei prezzi di riferimento fissati dall'Autorità per i contratti pubblici. Quel dato è del 2012, ossia del momento in cui il prezzo «giusto» è stato fissato dall'Autorità, insieme con l'obbligo di non superarlo di più del 20 per cento. Più significativo è il comportamento delle regioni meno virtuose (di cui però non vengono indicati i nomi), esaminato per tutti questi mesi dalla Regione Veneto, in quanto coordinatrice del tavolo sui costi standard nella conferenza Stato-regioni. Se le differenze sono

così ampie, vuol dire che ci sono aree d'Italia in cui i prezzi di riferimento vengono sforati, regolarmente, alla grande. Vista la confusione che regna nella spesa sanitaria, qualcuno obietterà probabilmente che il Tar del Lazio ha smontato da tempo il prezzo di riferimento come limite obbligatorio, accogliendo il ricorso di diversi fornitori. Ma attenzione: questo è vero solo per i dispositivi medici e per una piccola quantità di farmaci. Per tutto il resto invece il prezzo di riferimento dovrebbe essere considerato un limite invalicabile, come evidentemente non è.

**Scostamenti importanti si verificano perfino all'interno di una stessa regione.** Nelle tabelle a pagina 89 relative ai prezzi di tre regioni (Lombardia, Toscana e Puglia) si vede come gli stessi beni siano acquistati a prezzi notevolmente diversi anche a poche decine di chilometri di distanza. I dati, forniti dal ministero della Sanità, sono relativi al 2012 e in qualche caso sono stati migliorati grazie agli sforzi fatti per unificare le centrali di acquisto, ma rappresentano comunque una testimonianza del caos della sanità.

Per mettere un po' d'ordine non c'è che un sistema: allestire centrali di acquisto per aree di dimensione regionale, cosa che consente anche di spuntare prezzi migliori facendo leva sulla quantità. Sembrano aver capito la lezione in Toscana, regione che pure non è entrata nel gruppetto delle prime cinque più virtuose, dove otto anni fa è iniziato il processo di centralizzazione degli acquisti con la costituzione di tre enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav) per la quasi totalità degli acquisti nelle diverse aree regionali. Pochi giorni fa la giunta ha approvato un passo ulteriore, che porta le centrali di acquisto da tre a una sola. «Il segreto di questo tipo di organizzazione»

spiega a *Panorama* l'assessore al Diritto alla salute della Toscana, Luigi Marroni, «è che produce una standardizzazione dei consumi. Dal momento che tutti devono comprare insieme, si evita che ci siano centinaia di siringhe o di guanti diversi. Basta averne 20».

Proprio sulle siringhe per iniettore usate nelle tac si è potuta toccare con mano recentemente la prova lampante dell'efficacia di questo ragionamento. Fino al 2012 (come si vede nella tabella a pagina 89) il prezzo di acquisto oscillava fra i 12 euro di Massa e Carrara e i 19 di Firenze. È bastato acquistarle in modo unificato da parte delle tre centrali (passando da 28 a tre tipi diversi) per produrre un crollo del prezzo per tutti fino a 5,9 euro per siringa. Un altro esempio dei benefici della centralizzazione viene dalla Puglia (che pure si sta muovendo in modo non troppo spedito su questa strada): la distribuzione diretta delle bombole di ossigeno liquido ha comportato un dimezzamento della spesa da 32 a 16 milioni.

La raccomandazione costante di tutti coloro che si muovono per mestiere nel labirinto della sanità italiana è di non fermarsi alle apparenze. Il divario dei prezzi è la prima cosa che salta agli occhi, ma ce ne sono parecchie altre importanti. L'eccessiva varietà dei modelli (come abbiamo visto) è una delle barriere al cui riparo prospera

l'impennata di alcuni prezzi, però bisogna tenere d'occhio anche le quantità dei beni acquistati e delle prestazioni

fornite. Che possono dilatarsi anche senza particolari interessi, per semplice mancanza di organizzazione. «Un fattore di lievitazione della spesa» spiega a *Panorama* Maria Teresa Brassiolo, presidente della sezione italiana di Transparency international, associazione non governativa e non-profit che si propone di combattere la corruzione, «è la mancan-

za di distinzione fra strutture di eccellenza attrezzate per gli eventi più critici e il resto dell'assistenza ospedaliera. Nelle strutture di eccellenza, dove un paziente costa in media 2.200 euro al giorno, la degenza potrebbe essere di 3-4 giorni, per poi accompagnare i pazienti in strutture più adatte alle loro condizioni, con un costo di almeno 1.000 euro inferiore. In Italia succede invece che si resti sempre nello stesso ospedale, in media per 10-12 giorni».

Moltiplicando la differenza del costo quotidiano per i milioni di pazienti ricoverati ogni anno viene fuori un ordine di grandezza piuttosto alto. Come pure il racconto della Brassiolo su un episodio verificatosi poco meno di 10 anni fa, quando la consulenza di Transparency era stata richiesta da una asl della capitale che rischiava di dover portare i libri in tribunale. «Il responsabile ci ricevette dopo ore di attesa, scusandosi perché costretto ad assentarsi di continuo per discutere con contabili e avvocati. Parlammo con lui un'oretta, con l'accordo di incontrarci di nuovo. Non si è fatto più sentire». Nel frattempo era intervenuto il governo, mettendo sul tavolo qualche miliardo per quella asl e altre due che si trovavano in condizioni analoghe. Mettersi a studiare come ridurre gli sprechi non era più necessario. (2-continua) ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## 6-7 MILIARDI DI EURO

L'OBIETTIVO DI RISPARMIO IN TRE ANNI  
SULLA SPESA SANITARIA DEL COMMISSARIO ALLA SPENDING  
REVIEW, CARLO COTTARELLI

**108 MILIARDI  
DI EURO**  
LA SPESA SANITARIA ITALIANA

**29,6 MILIARDI  
DI EURO**  
LA SPESA SANITARIA  
PER BENI E SERVIZI

### DIFFERENZE IN REGIONE (IN EURO)

Le tabelle mostrano come possono variare i prezzi anche in una stessa regione, se l'acquisto non è centralizzato. Gli esempi sono relativi a dispositivi medici a maggiore spesa e diffusione acquistati da ad e ospedali. Si tratta di dati forniti dal ministero della Salute che provvede al monitoraggio dei consumi. Da una verifica effettuata da «Panorama» questi costi risultano abbassati in Toscana che, ad aprile 2013, ha centralizzato la fornitura delle siringhe per iniettore. Le tabelle, riferite a singoli prodotti, non hanno la pretesa di fornire un quadro generale degli acquisti di una regione, ma danno l'idea di quello che accade.

#### LOMBARDIA

VITI PER OSTEOSINTESI  
E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA

LEGNANO: SUPERIORE AI 55 EURO  
PREZZO MEDIO: 50,68  
MONZA: INFERIORE AI 45 EURO

#### TOSCANA

SIRINGHE PER INIETTORE

FIRENZE: INTORNO AI 19 EURO  
PREZZO MEDIO: 16,94  
MASSA CARRARA: INTORNO AI 12 EURO

#### PUGLIA

FORBICI MONOUSO PER CHIRURGIA  
A ULTRASUONI LAPAROSCOPICA

TARANTO: INTORNO AI 760 EURO  
PREZZO MEDIO: 736,39  
BARI: INTORNO AI 690 EURO

Fonte dati ministero della Salute - Flusso consumi dispositivi medici, anno 2012

### LE DIFFERENZE IN ITALIA (IN EURO)

SERVIZI DI RISTORAZIONE,  
IL COSTO QUOTIDIANO DI UN PAZIENTE

Prezzo di riferimento Avcp*	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
11,57	12,44	15-16

SERVIZI DI PULIZIA IN AREE AD ALTISSIMO RISCHIO  
(AL MESE PER MQ)

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
6,48	8,44	12-13

SERVIZI DI LAVANDERIA GIORNATA PAZIENTE

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
3,5	4,2	5-6

BENDE E RULLI DI GARZA IDROFILA  
NON STERILI DI 7 CM PER 5 METRI

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,12	0,19	0,3

STENT CORONARICI NUDI IN LEGHE DIVERSE  
DALL'ACCIAIO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
179	365	500-550

LA SACCA DI CLORURO DI SODIO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,54	0,63	0,8-0,9

CEROTTI CHIRURGICI SU ROCCHETTO A NASTRO

Prezzo di riferimento Avcp	Mediana fra tutte le regioni	Le regioni peggiori
0,16	0,18	0,20-0,25

Avcp\*  
Autorità di vigilanza  
sui contratti pubblici

## Costi Standard. Delrio assicura: “Saranno attuati nei prossimi mesi”

*“Il percorso è in fase di avanzata istruttoria, nei prossimi mesi avremo la piena attuazione dei costi standard”. Così il ministro per gli affari regionali, Delrio, rispondendo ad un’interrogazione nel corso del consueto question time alla Camera.*



A che punto è la definizione dei costi standard con riferimento al comparto sanitario? Questo il senso dell’interrogazione che il deputato **Massimo Corsaro**, Fratelli d’Italia, ha rivolto oggi al ministro per gli affari regionali, **Graziano Delrio**, nel corso del *question time*, e il ministro “non ritenga di provvedere con urgenza alle opportune iniziative di sua competenza per velocizzarne l’adozione nella spesa per gli acquisti”.

“Il percorso è in fase di avanzata istruttoria, nei prossimi mesi avremo la piena attuazione dei costi standard”. È stata la risposta del ministro che ha aggiunto “la conferenza Stato Regioni sarà tra poco nelle condizioni di scegliere le migliori regioni, quelle che garantiscono prestazioni in condizioni di efficienza ed economicità”.

“I costi standard - ha proseguito il ministro Delrio - non sono per singole prestazioni ma per macro livelli prestazionali. Sono stati predisposti una serie di indicatori e sono state individuate le 5 Regioni benchmark, ovvero quelle che hanno livelli di assistenza ottima a bassi costi. Entro queste cinque Regioni, la Conferenza delle Regioni deve definirne tre. Siamo in attesa di questa definizione, la fase istruttoria delle Regioni si è prolungata un po' oltre il previsto”.

Per Delrio, “si sta facendo un passo fondamentale avanti nella direzione del federalismo, contestualmente sta procedendo la definizione dei costi standard da parte di Comuni e Province. A fine anno avremo i fabbisogni standard definitivi di Comuni e Province, il percorso del federalismo, insomma, si è riavviato”.

Infine, Delrio ha ricordato che “la determinazione dei costi standardizzati è in corso da parte dell’Autorità di vigilanza dei contratti pubblici che sta operando alla definizione dei prezzi di riferimento dopo che l’Agenas, l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari, ha fornito l’elenco delle prestazioni e dei dispositivi medici. I prossimi mesi - ha concluso - consentiranno l’applicazione piena dei costi standard”.

## Ocse. Il Rapporto sanità 2013: “Spesa sanitaria italiana in calo: - 2,4% nel 2011-2012. Ma restiamo i più longevi dopo la Svizzera

*Il dato nell'edizione 2013 di Health at a Glance 2013. Contrazioni in altri 10 Paesi europei a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale. Tra i rilievi dell'Ocse al nostro Paese: tanti medici e pochi infermieri, pochi generici, troppi cesarei, obesità infantile. Ma per l'influenza i nostri anziani si vaccinano più di molti altri.*



La spesa sanitaria pro-capite italiana si è ridotta del 2% in termini reali nel 2011. Si stima poi che un'ulteriore riduzione pari allo 0,4% si sia verificata nel 2012. E questo nonostante nel biennio 2009-2011 la media Ocse registri un incremento, seppur limitato allo 0,2%. La diminuzione italiana, comunque, è un fenomeno che riguarda almeno altri 10 paesi Europei nel biennio 2009-2011 a seguito della crisi e della conseguente necessità di consolidamento fiscale.

I dati sono contenuti nell'edizione 2013 di *Health at a Glance*, il rapporto dell'Ocse che fotografa la situazione e le performance sanitarie dei diversi paesi aderenti.

Secondo l'OCSE, tale condizione richiede all'Italia, così come agli altri paesi, di migliorare la produttività, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario. L'Italia ha messo in atto misure al fine di contenere i costi e migliorare l'integrità fiscale: il Patto per la Salute 2010-12 ha posto una grande enfasi sul controllo della spesa pubblica attraverso la riduzione del numero di posti letto, dei ricoveri e della durata delle degenze.

### **In Italia si vive più a lungo**

È il secondo Paese più longevo tra i paesi Ocse, con un'aspettativa di vita media di 82,7 anni, come il Giappone. Va meglio, ma davvero per poco, solo agli svizzeri, dove l'aspettativa di vita raggiunge gli 82,8 anni. La speranza di vita supera comunque gli 80 anni nella gran maggioranza dei paesi Ocse (media 80,1 anni). Tuttavia, un po' ovunque, Italia compresa, ad avere la meglio sono le donne: se infatti l'aspettativa di vita degli uomini italiani non raggiunge gli 80 anni, le donne sfiorano gli 85.

Ma il gap non si limita al confronto uomini-donne. Anche chi è più istruito vive mediamente più a lungo. In media, nei Paesi Ocse, gli uomini istruiti vivono 7,8 anni di più di quelli poco istruiti (in Italia la distinzione si ferma a 5 anni), mentre tra le donne il gap è di 3,8 anni (2,8 in Italia).

### **Tanti medici e pochi infermieri**

In Italia, nel 2011, c'erano 4,1 medici ogni 1.000 abitanti (tra professionisti che assistono i pazienti, manager, ricercatori e professori). Un medico in più di quanto si registri nella media Ocse (3,2 x 1.000 abitanti). Solo Austria (4,8) Russia (5) e Grecia (6,1) hanno più medici di noi. Anche Spagna, Francia e Germania sono sopra la media. Il numero di medici per 1.000 abitanti è invece pari a 2,8 nel Regno Unito.

L'Italia non si caratterizza solo per l'alto numero di medici, ma anche per la loro età avanzata. Il 43% ha infatti più di 55 anni (la media Ocse è 32). Più basso della media, invece, il numero di laureati in Medicina per ogni medico, pari a 27,6 contro la media del 33,7.

Ma se gli italiani possono contare su più medici che negli altri Paesi Ocse, lo stesso non avviene con gli infermieri. Se la media Ocse è infatti di 8,8 infermieri ogni 1.000 abitanti, il dato italiano si ferma a 6,3, ben al di sotto della Germania, dove gli infermieri ogni 1.000 abitanti sono 11,4, ma anche della Francia (8,7) e del Regno Unito (8,6). Sotto l'Italia è invece la Spagna, dove gli infermieri sono solo 5,5. I nuovi laureati per ogni infermiere sono, in Italia, 29,6. Ben più basso della media Ocse, dove nel 2011 ci sono stati per ogni infermiere attivo 53,7 nuovi infermieri laureati.

Incrociando i due dati, dunque, si ricava che se nei Paesi Ocse ci sono 2,8 infermieri ogni medico, in Italia il rapporto è quasi alla pari: 1,6 infermieri ogni medico. In coda a tutti i Paesi Ocse c'è la Grecia, con un rapporto 0,5 a 1. Anche la Francia è sotto la media Ocse, ma di poco, con 2,6 infermieri ogni medico. Il Regno Unito e la Germania superano invece la linea Ocse rispettivamente con 3,1 infermieri ogni medico e 3 infermieri ogni medico.

### **L'Italia, il Paese dei parti cesarei**

Il 37,7% dei parti, in Italia, avviene con parto cesareo. Un pessimo risultato, se si considera che la media Ocse si ferma al 26,9% e che peggio dell'Italia ci sono solo la Turchia con il 46,2% e il Messico con il 49% (il Cile registra lo stesso dato italiano). Ben diversa la situazione negli altri Paesi europei assimilabili all'Italia. Se è vero che la quota tedesca di cesarei è sopra la media Ocse, è anche vero che è al di sotto dell'Italia di oltre 6 punti percentuali (31,1%). In Spagna la quota è del 24,9%, nel Regno Unito del 24,1%, in Olanda al 15,6% e in Islanda, il Paese con il miglior risultato, i parti cesarei sono solo il 14,7% del totale.

### **Ancora contenuta la quota dei farmaci generici nel mercato farmaceutico italiano.**

Negli ultimi anni, l'Italia è riuscita a contenere la propria spesa farmaceutica grazie all'aumentata competitività e alla riduzione dei prezzi. Ciononostante, la quota di farmaci generici resta una delle più basse tra i paesi OCSE, con meno di un sesto del volume complessivo dei farmaci venduti. Tale quota è assai più bassa di quanto non si registri in altri paesi Europei quali Germania, Regno Unito o Danimarca dove i farmaci generici rappresentano circa i tre quarti del mercato.

### **Influenza. Gli anziani si vaccinano più in Italia che in altri Paesi**

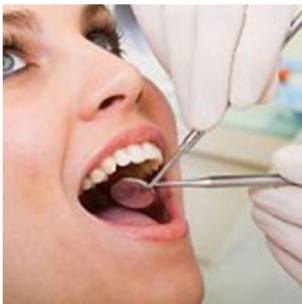
A fronte di una copertura media nei Paesi Ocse pari al 50% nella popolazione over 65, infatti, in Italia, nel 2011, si era sottoposto a vaccinazione contro l'influenza il 63% delle persone con più di 65 anni di età. La copertura, pur sopra la media in gran parte di Europa, si ferma al 55% in Francia, al 56% in Germania, al 58% in Spagna. In Europa il risultato migliore se lo aggiudica però il Regno Unito, con una copertura pari al 74%. Va meglio solo in Australia (75%), Korea (80%) e Messico (94%).

### **Alti tassi di obesità tra i bambini italiani**

L'incremento dei livelli di obesità nei paesi OCSE è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. "Health at a Glance 2013" mostra che mentre l'obesità tra gli adulti in Italia è piuttosto contenuta, la situazione tra i bambini risulta essere preoccupante, suggerendo quindi alti tassi di obesità anche per la popolazione adulta negli anni a venire. Più di un bambino su tre è attualmente considerato sovrappeso. Ciò pone l'Italia al secondo posto dopo la Grecia tra i paesi OCSE. È pertanto necessario agire per migliorare i costumi alimentari dei bambini e per aumentarne l'attività fisica, che risulta essere la più bassa tra i paesi OCSE. Le precedenti analisi dell'OCSE hanno mostrato che è possibile mettere in atto una serie di misure volte a ridurre l'obesità per un costo medio annuale di 22 dollari per persona. Tali misure dovrebbero contemporaneamente includere la promozione dell'educazione sanitaria nelle scuole, l'auto-regolamentazione della pubblicità rivolta ai bambini di prodotti alimentari, l'introduzione di un sistema di etichettature dei prodotti alimentari nonché l'attività di orientamento a migliorare gli stili di vita effettuato dai medici di medicina generale.

## Igienisti dentali. Ministero: "Possono lavorare anche senza la presenza dell'odontoiatria e aprire studio autonomo"

*L'igienista dentale può lavorare senza la presenza dell'odontoiatra, aprire studi autonomi e acquistare attrezzature per l'esercizio della professione, sempre nel limite delle sue competenze". La soddisfazione del presidente Aidi, Boldi: "Si sta finalmente facendo luce su di una problematica da tempo dibattuta e mai pienamente chiarita".*



20 NOV - Gli igienisti dentali possono lavorare senza la presenza dell'odontoiatra, aprire studi autonomi e acquistare attrezzature per l'esercizio della professione, ben inteso limitatamente alle sue competenze. Lo chiarisce il Ministero della Salute in un parere. Soddisfatta l'Associazione degli igienisti dentali che sul suo sito pubblica il parere e attraverso il presidente **Marialice Boldi** specifica come sul tema vi sia anche un procedimento al Tar. "come certo ricorderete, la Regione Emilia Romagna aveva negato al nostro socio **Zeno Melloni** la possibilità di aprire uno studio autonomo di Igiene Orale. AIDI, con

l'assistenza del nostro "storico" Avvocato **Silvia Stefanelli**, ha sostenuto il procedimento di ricorso al TAR dell'Emilia Romagna di Zeno Melloni e presentato un ricorso 'ad adiuvandum'".

"Al fine di supportare validamente il ricorso – specifica Boldi - abbiamo posto a **Giovanni Leonardi**, Direttore del Ministero della Salute, un esplicito quesito che chiarisse, una volta per tutte, ogni dubbio in relazione alla possibilità per l'igienista dentale di lavorare senza la presenza dell'odontoiatra, di aprire studi autonomi e di acquistare attrezzature per l'esercizio della professione, ben inteso limitatamente alle sue competenze. Dopo un incontro al Ministero, telefonate ed e-mail, finalmente è arrivato il parere che, come ci aspettavamo, chiarisce perfettamente ogni aspetto e risponde ai quesiti in modo positivo.

"Grazie all'intervento di Aidi .- conclude Boldi - , quindi, si sta finalmente facendo luce su di una problematica da tempo dibattuta e mai pienamente chiarita perché, sino ad ora, il Ministero non si era mai espresso in maniera così esplicita. Attendiamo ora la sentenza del TAR che chiuderebbe definitivamente e positivamente la questione".



# Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E  
DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E  
DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
UFFICIO VI ex DGRUPS - Deontologia delle professioni sanitarie

Ministero della Salute  
DGPROF

0051531-P-18/11/2013



Alla Associazione Igienisti  
Dentali Italiani  
via Vevey 17  
11100 AOSTA

15.h.a.4.

Resposta al Foglio del

OGGETTO: Richiesta di chiarimenti in ordine alla possibilità giuridica per l'igienista dentale di aprire un proprio studio professionale.

Si fa riferimento alla nota di pari oggetto per comunicare a codesta Associazione quanto segue.

In via preliminare si osserva che il legislatore è intervenuto più volte per stabilire l'iter formativo delle professioni sanitarie non mediche, i relativi profili professionali e le caratteristiche di erogazione delle prestazioni, allo scopo anche di delimitare l'ambito e l'autonomia professionale in relazione ad altre professioni.

Ai fini di una puntuale disamina della questione, è opportuno ricordare che le professioni sanitarie ai sensi del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni, rientrano nell'ambito di applicazione dell'articolo 1 della legge 26 febbraio 1999, n. 42, che al comma 2, prevede l'abolizione dei "mansionari" per le professioni per le quali erano previsti e stabilisce che il campo proprio di attività e di responsabilità di tutte le professioni sanitarie è determinato da tre fattori: dal contenuto dei D.M. istitutivi dei relativi profili professionali, dai contenuti degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari e di formazione post-base e dai contenuti degli specifici codici deontologici, ove esistenti.

Con il DM 14 settembre 1994 n. 669 è stata istituita la figura dell'Igienista dentale e si è stabilito che tale figura sanitaria erogasse le proprie prestazioni "alle dipendenze degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria".

Successivamente con il DM 15 marzo 1999, n. 137 è stato modificato il suddetto profilo e all'art. 2 è stato previsto che detto professionista può svolgere la propria attività "in strutture sanitarie pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria".

Quanto contenuto nella menzionata legge n. 42/99, è stato ribadito e ampliato dalla legge n. 251 del 2000. Quest'ultima, che ha suddiviso le professioni sanitarie in quattro fattispecie diverse: Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (art.1), Professioni sanitarie riabilitative (art. 2), Professioni tecnico - sanitarie (art. 3) e Professioni tecniche della prevenzione (art. 4), ha ulteriormente sottolineato il principio dell'autonomia professionale per gli operatori delle professioni sanitarie di cui sopra.

Il Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica ha emanato il D.I. 29 marzo 2001, distribuendo le ventidue professioni sanitarie nelle quattro fattispecie sopra esplicitate.

L'Igienista dentale è stato collocato tra le Professioni Tecnico-sanitarie, area tecnico assistenziale.

La legge 1 febbraio 2006, n. 43, all'articolo 1, definisce puntualmente che "le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione", sono "quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione".

L'esercizio delle menzionate professioni sanitarie e, dunque anche dell'igienista dentale, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione ed è valido sull'intero territorio nazionale; allo stato è il requisito essenziale ed indispensabile per poter svolgere senza condizioni l'attività sanitaria sia nell'ambito del rapporto di servizio in regime di lavoratore dipendente, sia come libero professionista.

Atteso quanto sopra, a parere dello scrivente, con riferimento al profilo dell'igienista dentale la norma non ha posto alcun limite circa l'obbligo di svolgere la propria attività in predeterminati spazi o comunque "alla presenza" dell'odontoiatra.

Ne consegue che l'attività dell'igienista dentale può essere svolta anche senza la presenza fisica dell'odontoiatra e al di fuori di uno studio odontoiatrico e pertanto anche all'interno di un proprio autonomo studio.

Infatti, la "indicazione dell'odontoiatra" richiamata nel profilo di cui al citato DM 137 del 1999, non sta ad indicare la necessaria presenza dell'odontoiatra medesimo; altrimenti la norma sarebbe stata inequivocabile in tal senso.

Ne deriva che avendo l'igienista un'autonomia professionale espressamente riconosciuta dalla legge, può scegliere del tutto liberamente e responsabilmente nei limiti delle proprie competenze, le modalità di effettuazione ed erogazione delle proprie prestazioni.

L' "autonomia e l'indicazione" sopra menzionate fanno ritenere lo scrivente che l'attività dell'igienista dentale può essere legittimamente svolta in uno studio autonomo, pur sempre attenendosi alla disciplina in vigore per il rilascio delle necessarie autorizzazioni.

Sulla questione, si è peraltro espresso, sebbene con riferimento ad altra professione sanitaria, il Tar Piemonte, con sentenza n. 498/2011, riconoscendo la piena legittimità dello svolgimento dell'attività professionale del professionista sanitario non medico all'interno di uno studio autonomo.

Infine, si comunica che questo Ministero, con l'allegata nota del 26.03.2011 indirizzata ai Nas, nel rispondere ad un quesito concernente la commercializzazione di attrezzature tecniche e strumentali di cui possono essere dotati gli igienisti dentali, ha chiarito che l'evoluzione normativa e giurisprudenziale sull'autonomia delle professioni sanitarie, consente di ritenere oggi che il dispositivo medico del settore dentale ( sia esso attrezzatura o materiale) può essere lecitamente venduto ad un igienista, superando l'iniziale divieto di cui all' art. 9 della legge n.175 del 1992, solo, ove, per tipologia di prodotto o profilo tecnologico, sia idoneo a consentire lo svolgimento dell'attività di igienista, ma non quella di odontoiatra.

Tale orientamento, alla luce delle considerazioni sopra esposte, scaturisce dal mutato quadro normativo che consente agli igienisti di svolgere la propria attività in un proprio studio professionale, non limitando lo svolgimento della stessa nell'ambito di una struttura odontoiatrica.

p. Il ~~Direttore~~ Generale  
( Dr. Giovanni Leonardi )  
*Cristina Rinaldi*



# Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
UFFICIO VI

*N.B. d.o.d.*  
*Richiesta al Foglio del*

Ministero della Salute

DGRUPS

0016337-P-26/03/2011

I.4.d.o



06604538

*Roma*

00144- via Giorgio Ribotta 5

Al Comando Carabinieri  
per la Tutela della Salute  
Ufficio Comando  
Sez. Addestramento e Studi  
Roma

**OGGETTO: Divieto di commercio di apparecchiature ed attrezzature mediche nei confronti di soggetti non iscritti agli albi professionali sanitari**

Codesto Comando, con nota prot. 150/13-1, ha chiesto il parere dello scrivente in merito alla vigenza e al campo applicativo dell'art. 9 della legge n. 175/1992 ("il commercio e la fornitura, a qualsiasi titolo, anche gratuito, di apparecchi e strumenti diversi da quelli indicati nell'elenco delle attrezzature tecniche e strumentali individuati dal Ministro della salute con decreto periodicamente aggiornato, sono vietati nei confronti di coloro che non dimostrino di essere iscritti agli albi degli esercenti le professioni sanitarie, mediante attestato del relativo organo professionale di data non anteriore ai due mesi"), al fine di poter dare univoche indicazioni, nell'attività istituzionale, ai N.A.S.

Al riguardo, dalla mera lettura della norma si evince che il commercio e la fornitura di tali apparecchi sarebbe consentito unicamente nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie che risultino "iscritti all'albo" e, pertanto, è da escludersi che il riunito possa essere venduto agli Odontotecnici posto che questi non eseguono manovre nella bocca del paziente.

Ciononostante si reputa che la norma vada oggi interpretata anche alla luce dell'evoluzione normativa intervenuta.

Infatti quando è stata emanata la legge n.175/92 gli unici soggetti legittimati ad erogare prestazioni di tipo sanitario in ambito odontoiatrico erano gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Oggi però la situazione è mutata, in quanto a seguito del riordino delle professioni sanitarie sono state individuate altre figure professionali abilitate ad erogare prestazioni sanitarie.

E' il caso, ad esempio, dell'igienista dentale, la cui figura professionale è stata istituita prima con D.M. n. 669/1994, poi sostituito dal D.M. n. 137/1999.

Più precisamente tale ultimo decreto ministeriale stabilisce che il titolo di studio di igienista è "abilitante" per l'attività professionale. In questo senso non vi è dubbio che, oggi il legislatore abbia pienamente legittimato l'esercizio dell'attività professionale.

In ragione di quanto sopra si ritiene che una interpretazione meramente letterale del citato art. 9 si potrebbe porre in contrasto con l'attuale quadro normativo vigente in quanto comporterebbe l'impossibilità di fatto e giuridica per gli igienisti di svolgere la propria attività

professionale in maniera autonoma, limitando necessariamente lo svolgimento della stessa nell'ambito di una struttura odontoiatrica.

Si reputa, quindi, che oggi l'art. 9 della legge n. 175/1992 vada invece applicato tenendo conto dell'evoluzione normativa

Inoltre, si sottolinea che nel campo dei dispositivi medici, uno stesso prodotto può essere accessoriatato in modo diverso a seconda del suo utilizzo e della destinazione d'uso.

In questo senso il dispositivo medico del settore dentale (sia esso attrezzatura o materiale) potrà essere lecitamente venduto ad un igienista, superando quindi il divieto dell'art. 9 legge n. 175/1992, solo ove, per tipologia di prodotto o profilo tecnologico, sia idoneo a consentire lo svolgimento dell'attività di igienista ma non quella di odontoiatra.

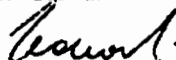
Tale caratteristica del dispositivo medico potrà, tra l'altro, essere desunta dalla documentazione del dispositivo stesso.

Infatti, trattandosi di prodotti sottoposti alla Direttiva 93/42/CEE, le peculiari caratteristiche del prodotto potranno essere desunte dalla destinazione d'uso del dispositivo (art. 1 lett. g Dlgs 46/1997) e dalle "Informazioni del fabbricante" (d.lgs. n. 46/97, all. I, punto 13) di cui il dispositivo stesso deve essere dotato (a titolo di esempio, l'ablazione del tartaro e la levigatura delle radici, nonché l'applicazione topica dei vari mezzi profilattici, l'igiene orale, ecc.).

In conclusione dovrebbe essere garantita la possibilità di vendere a ciascun professionista sanitario le apparecchiature necessarie per l'espletamento della propria attività.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giovanni Leonardi



MTC



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



La sanità leri incontro del comitato «Insieme per...»

## «Riabilitazione, troppa disparità tra gli assistiti»

La denuncia dei genitori:  
nel capoluogo l'attesa è lunga  
perché c'è il nodo dei fondi

**Stefania Repola**

Nuova riunione del comitato «Insieme Per...». I genitori dei ragazzi disabili, dopo l'ultimo incontro con i vertici dell'Asl improntato sul problema della riabilitazione, dal momento che il budget a disposizione dei centri di riabilitazione, circa 15 milioni è esaurito, si sono ritrovati per cercare di individuare una linea comune. Il problema dei bambini e degli adolescenti diversamente abili in lista d'attesa necessita, infatti, di una soluzione visto che la stessa Asl ha ammesso che non ci sono fondi per garantire una continuità dell'assistenza almeno fino all'anno prossimo. La rabbia dei genitori è tanta nonostante il direttore Michele Rossi abbia assicurato che con l'arrivo del nuo-



vo anno sarebbe stata data loro la priorità. Non è servita neanche la promessa di una task force per risolvere i problemi. Il comitato chiede risposte. Anche perché se la situazione dovesse sbloccarsi a gennaio, l'Asl per ripartire le risorse dovrà attendere il decreto che non sarà pronto, avvertono i genitori, prima di agosto. Per questi motivi l'assemblea si è

### La petizione

Pronto il ricorso da inviare al Tribunale dei diritti dell'ammalato

riunita con l'obiettivo non di individuare colpevoli ma d'intraprendere rapide soluzioni. «Le decisioni vanno prese subito - ha spiegato il presidente Festa -, le criticità emerse sono molte. L'Asl ha fornito i dati ufficiali e questi dimostrano che avevamo ragione; gli utenti che gravitano sulla città di Benevento sono maggiori rispetto agli altri distretti, quindi, la ripartizione, seppur fatta secondo legge, è iniqua rispetto alle esigenze del territorio». La lista d'attesa del comune sannita è, infatti, la più lunga: «Ci sono comuni - ha spiegato Festa - dove la lista d'attesa è pari a zero, questo dimostra che i dati forniti da qualche centro non sono veri o non sono esattamente corrispondenti alle cifre dell'Asl». Pronta, infine, anche la petizione da inviare al Tribunale dei Diritti del Malato. Il comitato ha anche deciso che si terrà il 3 dicembre una giornata di mobilitazione per sensibilizzare sulla questione l'opinione pubblica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Ospedale, un commissario per gestire i conti

### La sanità

**Maria Rosaria Sica**

EBOLI. Commissariato il direttore sanitario del Maria SS. Addolorata di Eboli, Mario Minervini, per la gestione del personale. La bomba è scoppiata ieri pomeriggio, quando un fax giunto dalla direzione generale dell'Asl firmato dal manager Squillante ha annunciato l'arrivo di un commissario che si occuperà di verificare i conti e le spese relative al periodo tra il 1° gennaio e il 30 settembre 2013. «Non è un atto di sfiducia nei confronti del direttore sanitario - ha precisato Squillante - ma

un atto dovuto per verificare un andamento anomalo del budget. A parità di posti letto e di budget rispetto al 2012, in questi mesi si è speso di più e dobbiamo capire il perché».

La notizia ha fatto il giro dei reparti. Nella nota che accompagna il fax si fa riferimento ad una relazione che lo stesso Minervini ha inviato all'Asl per chiedere un incremento di budget, utile per affrontare le spese derivate da sostituzioni di personale medico e paramedico, e per l'acquisto di altri medicinali. «Non sempre sono necessarie le sostituzioni delle assenze», si dice nel fax. «Il commissario che verificherà i conti è il dottore Pietro Spinelli di Val-



**La decisione**  
Il direttore o Minervini sotto «controllo» Squillante: è un atto dovuto

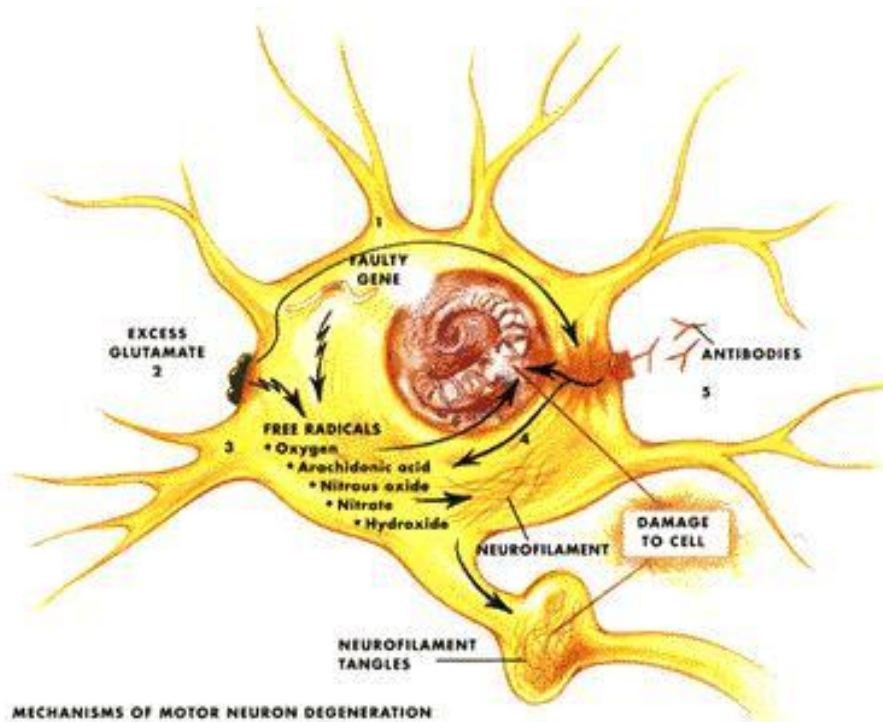
lo della Lucania, uomo del mio staff. Il mio ruolo è far rientrare i conti - aggiunge Squillante - forse è una situazione comune a molti ospedali, ma non ho le risorse per commissariare tutti. Ma verificheremo tutte le anomalie». Al pronto soccorso dell'ospedale, in questi primi 10 mesi, sono state effettuate circa 42mila prestazioni, numero maggiore rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, aumentati gli interventi di cataratta ad oculistica e le sedute di emodinamica. Ricoverati molti più pazienti in neurologia per la terapia alla sclerosi multipla, con un incremento ulteriori dei costi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Staffilococco aureo. Dopo anni senza nuovi farmaci arriva la cefalosporina efficace contro il superbatterio

*Il rischio paradossale di tornare indietro all'era pre-antibiotica si fa concreto in Europa, per via di un uso scorretto degli antibiotici, e al conseguente sviluppo da parte dei batteri di resistenza ai farmaci. La situazione è preoccupante anche in Italia, ma da oggi nel paese arriva un nuovo farmaco: ceftarolina fosamil, cefalosporina di nuova generazione efficace contro ceppi batterici resistenti e difficili da trattare.*



20 NOV - L'allarme è stato nuovamente lanciato in prossimità della Giornata europea dell'antibiotico: Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae sono tra i batteri che continuano a mettere paura in Europa e in Italia perché capaci di sviluppare resistenze ai principali antibiotici, diventando così pericolosi e di difficile gestione. Anche perché, questi "superbatteri" o "batteri killer", sviluppano nuove resistenze più velocemente dell'introduzione di nuove molecole. Tuttavia oggi - dopo molti anni senza novità terapeutiche - arriva in Italia un antibiotico di

nuova generazione efficace contro ceppi batterici resistenti e difficili da trattare: ceftarolina fosamil è la prima cefalosporina efficace anche contro MRSA, lo Staphylococcus aureus resistente alla meticillina. Un batterio che in Italia è considerato un vero problema di salute pubblica; ha un'incidenza del 38% (doppia rispetto alla media europea) e provoca ogni anno più di 52 mila casi di infezioni complicate della cute. Approvato per il trattamento delle infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI) e per la polmonite acquisita in comunità (CAP), ceftarolina fosamil è uno dei pochi nuovi antibiotici autorizzati negli Stati Uniti e in Europa negli ultimi 5 anni ed è il primo lanciato dopo l'iniziativa "10 x 20" della Società americana per le malattie infettive (IDSA), ideata proprio per supportare lo sviluppo di almeno 10 nuovi antibiotici entro il 2020.

**Ceftarolina fosamil scardina un assioma dopo 50 anni:** è infatti la prima cefalosporina efficace contro lo Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA) e, grazie alla sua azione battericida, agisce distruggendo i batteri che possono causare gravi infezioni come le infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI) o la polmonite acquisita in comunità (CAP). Il farmaco si lega e inibisce specifiche proteine leganti la penicillina (PBP), coinvolte nella sintesi e riparazione della parete cellulare dei batteri. Questa inibizione riduce la replicazione e causa la morte cellulare, bloccando la diffusione dell'infezione.

"In un momento storico in cui la salute pubblica è minacciata dal fenomeno della resistenza antibiotica - dichiara Gilberto Riggi, VP Medical di AstraZeneca Italia - c'è bisogno di una risposta immediata e responsabile da parte di tutto il Sistema Salute".

Il problema infatti è di tutta la Sanità, a partire dai medici che prescrivono troppi antibiotici, ai pazienti che li usano in maniera non corretta, all'utilizzo sugli animali. “I batteri sono sottoposti a un vero e proprio bombardamento di antibiotici - spiega Ercole Concia, Professore Ordinario di Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Verona - imputabile a una concomitanza di tre fattori: il largo uso di antibiotici da parte della classe medica, la scorretta autoprescrizione da parte dei pazienti, l'uso massiccio che se ne fa in ambito veterinario. Questo abuso di antibiotici si rivela controproducente, perché permette una selezione di popolazioni batteriche antibiotico-resistenti, creando un grave problema di sanità pubblica e andando a ridurre la possibilità di debellare infezioni insidiose. Occorre diffondere una politica di controllo dell'uso degli antibiotici e auspicare lo sviluppo di nuove molecole come ceftarolina fosamil, un nuovo antibiotico battericida che agisce distruggendo i patogeni gram positivi comunemente all'origine delle infezioni complicate della cute e della polmonite”.

**L'Italia è tra i Paesi europei con i livelli più alti di antibiotico-resistenza.** “Nel nostro Paese la presenza di Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA) - dichiara Giovanni Gesu, Direttore Struttura Complessa di Microbiologia e Virologia Ospedale Niguarda Cà Granda - è doppia rispetto alla media europea. Si attesta infatti poco al di sotto del 40%, contro una media europea inferiore al 20%. Eppure, la diffusione del batterio Staphylococcus aureus è molto più elevata in altre zone d'Europa, come nei Paesi scandinavi dove, tuttavia, il batterio è molto raramente un MRSA. Questa eccezionale concentrazione delle resistenze in Italia si spiega, da una parte, con una scarsa attenzione alle misure di prevenzione e, dall'altra, con l'abuso o il cattivo uso degli antibiotici: non è un caso, infatti, che nel nostro Paese 1 antibatterico su 5 è usato in modo inappropriato e che l'Italia è tra i maggiori consumatori di antibiotici dopo la Grecia”.

In Italia vengono contratte ogni anno circa 160 mila infezioni complicate della cute e dei tessuti molli (cSSTI), infezioni difficili da trattare che costituiscono un grave problema sanitario, possono causare la distruzione progressiva del tessuto e, in caso di lesioni cutanee gravi, l'eventuale amputazione degli arti. In 1 caso su 3 le infezioni complicate della cute e dei tessuti molli sono dovute a Staphylococcus aureus meticillino resistente (MRSA), con oltre 52 mila casi stimati nel nostro Paese. I batteri resistenti agli antibiotici sono responsabili anche del 10% di tutte le infezioni dovute a polmonite acquisita in comunità (CAP): un'infezione acuta dei polmoni che colpisce ogni anno 585 mila italiani.

“Il progressivo invecchiamento della popolazione e i continui progressi della medicina, che permettono di cronicizzare patologie anche molto gravi, contribuiscono all'aumento di quelle ‘popolazioni fragili’ - commenta Massimo Giusti, Direttore Struttura Complessa di Medicina Interna, Ospedale San Giovanni Bosco-Nord Emergenza di Torino - per definizione più soggette sia alle ospedalizzazioni, sia alle infezioni ospedaliere. Negli ultimi anni il fenomeno delle resistenze si è allargato alla maggior parte dei reparti di un ospedale, non intaccando più solo le aree ad alta intensità di cura (come ad esempio la rianimazione e la terapia intensiva): così oggi nei reparti di Medicina Interna la meticillino-resistenza dello Staphylococcus aureus si attesta stabilmente intorno a quote superiori al 70%, confermandosi un problema reale implicato in molte sindromi cliniche, soprattutto polmoniti, infezioni della cute e dei tessuti molli, infezioni urinarie. È quindi utile avere oggi a disposizione un nuovo antibiotico, come ceftarolina fosamil, che appartiene alla classe dei beta-lattamici, con un buon profilo di maneggevolezza: una soluzione importante per pazienti anziani e polipatologici, particolarmente sensibili agli effetti collaterali e alle possibili interazioni con altri farmaci”.