



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

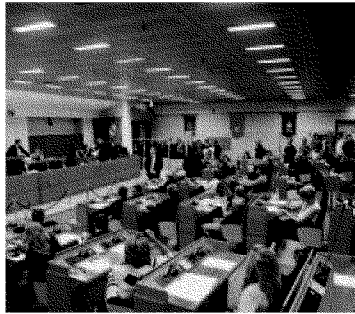
A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Fondo disabilità, ok della Giunta ai 15 milioni

*La variazione approderà in Consiglio: dopodomani e giovedì prossimo le riunioni*

**NAPOLI.** Primi provvedimenti della giunta regionale che venerdì si presenterà al consiglio regionale in programma dopodomani e giovedì prossimi. Su proposta del presidente e dell'assessore ai Fondi europei, Serena Angioli, la Giunta ha dato il via libera alla task force istituita per il Programma di sviluppo rurale 2007-2013 e 2014-2020, con l'obiettivo di recuperare i ritardi registrati nell'avanzamento della spesa del sestennio precedente e di fare il punto sullo stato del negoziato per il Psr attuale. Della task force fanno parte i designati delle organizzazioni professionali agricole Cia, Coldiretti, Confagricoltura, dell'Anci, dell'Upi e dell'Uncem. Su proposta congiunta del presidente e degli assessori Angioli e Amedeo Lepore alle Attività produttive è stato



approvato lo schema di protocollo di intesa da sottoscrivere tra la Regione e l'Agenzia Spaziale Italiana per la realizzazione di progetti di ricerca e innovazione e per il potenziamento infrastrutturale nel settore spaziale. Modificato il regolamento regionale sulla normativa per il governo del territorio. In particolare, la Giunta ha fissato in 48 mesi, rispetto ai precedenti 36, il termine entro cui i

Comuni devono redigere i Puc, i nuovi strumenti urbanistici che sostituiscono i piani regolatori. Passa anche la proposta di un disegno di legge per la variazione del bilancio di previsione. Nella proposta, che sarà sottoposta all'esame del Consiglio, è previsto un incremento delle risorse destinate alle politiche sociali, per 14 milioni e 650 mila euro (Fondo per le disabilità). È stato altresì istituito un nuovo capitolo di spesa, denominato Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di Paesi terzi. Approvato anche il calendario scolastico 2015-2016. Le lezioni cominceranno il 14 settembre e termineranno l'8 giugno. Vengono confermate

giornate di celebrazioni negli istituti sulle vittime dell'olocausto il 27 gennaio, sul massacro delle foibe il 10 febbraio e sulla festa della legalità in ricordo di don Peppino Diana il 19 marzo. Sul

versante dell'organizzazione della rete scolastica è stato altresì deciso di confermare l'accorpamento degli Istituti comprensivi di

*Scuola, varato  
il calendario: si parte  
il 14 settembre  
e si chiude l'8 giugno*

Castelcivita e di Serre, di aggregare l'Is "Della Valle di Frigento" con il "Maiorana" di Grotta-minarda, e di potenziare l'offerta formativa al "Marconi" di Giugliano, al "Morano" di Caivano e al "Colombo" di Marigliano. Sono state infine individuate le scuole presso cui si terranno i percorsi didattici destinati agli adulti.

# quotidiano**sanità**.it

Venerdì 24 LUGLIO 2015

## Ticket. Specialistica e farmaci: ecco le regole nelle Regioni. “Sistema non equo e pazienti fuggono da Ssn”. Il focus Agenas

***Tra esenzioni, tariffe fisse, parametri reddituali, prestazione, esenzioni e norme differenti il sistema dei ticket mostra una “variabilità che può determinare condizioni di non equità tra i cittadini in relazione alla residenza”. E per il futuro occorre un “sistema che favorisca anche l’appropriatezza delle prestazioni”. [IL FOCUS AGENAS](#)***

“Tutte le regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria ma tali sistemi si differenziano sia in relazione alle prestazioni su cui si applicano, sia in relazione agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia in relazione alle esenzioni previste”. È quanto afferma Agenas in un focus curato da Isabella Morandi sul sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria in cui viene fotografata la normativa attuale regione per regione e ribadisce ([VEDI IL DOSSIER DI QS SUI TICKET](#)) il fatto che il sistema dei ticket sanitari è fortemente diversificato e può “determinare condizioni di non equità tra i cittadini in relazione alla residenza, in cui i pazienti sono essere chiamati a corrispondere importi differenti a fronte della stessa prestazione. A rendere ancora meno equo il sistema è l’attuale sistema di esenzioni, talvolta esteso a livello regionale, che riduce il numero di cittadini tenuti a corrispondere il ticket. La conseguenza di ticket elevati, come già alcune evidenze dimostrano, sono rinuncia alle prestazioni ovvero la ‘fuga’ dal Ssn verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto ai ticket”.

Nello studio si parla anche di ciò che sarebbe necessario per il futuro. “Il sistema della compartecipazione dovrebbe essere ridefinito, prendendo atto che è al tempo stesso una misura volta a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e, quindi, di favorirne la richiesta appropriata, ed una misura volta a ottenere un gettito finanziario per le regioni. È indispensabile che il sistema di compartecipazione sia equo, sostenibile e coerente con l’esigenza di assicurare i Lea in tutto il Paese e per tutti i cittadini. Alla ridefinizione del sistema di compartecipazione dovrebbe essere associato un sistema che favorisca l’appropriatezza delle prestazioni, in grado di indirizzare in modo adeguato la domanda mettendo a disposizione dei cittadini corrette informazioni e ai medici prescrittori specifici strumenti di supporto. Tenendo presenti i livelli di consumo estremamente diversificati tra regioni, si può ritenere che il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, attraverso la riduzione dell’erogazione di prestazioni non necessarie, consenta di mantenere adeguati livelli di assistenza”.

Per la **farmaceutica**, le norme nazionali non prevedono forme di compartecipazione, l’importo del ticket è differenziato e modulato in modo variabile nelle singole regioni. In cinque regioni per i non esenti è previsto un ticket per confezione di importo fisso (pari a 2 euro in Piemonte, Lombardia, PA Bolzano, Veneto, Liguria, Puglia) associato ad un costo massimo per ricetta (pari a 4 euro, 6,5 in Puglia). In quattro regioni (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata) è previsto un ticket di importo variabile in ragione del reddito ed associato ad un costo massimo per ricetta, tuttavia sono diversi tra le regioni gli importi previsti (la quota per confezione arriva a 3 euro in Emilia Romagna e Umbria, a 4 euro in Toscana, a 2 in Basilicata). In tre regioni (Lazio, Abruzzo, Sicilia) è previsto un ticket per confezione differenziato in base al prezzo del farmaco ed in tre regioni (Molise, Campania, Calabria) il ticket per confezione è differenziato in base al prezzo del farmaco è associata una quota fissa per ricetta. Nella PA Trento dal 1 giugno 2015 è previsto il pagamento di un ticket pari a 1 euro per ricetta. In altre regioni è l’importo del ticket (totale o parziale) è dovuto anche dagli esenti o da alcune categorie di esenti (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia). In tutte le regioni, incluse quelle in cui non sono previsti ticket, per le prestazioni farmaceutiche è richiesto a tutti i cittadini il pagamento della differenza tra il prezzo del farmaco acquistato ed il prezzo del farmaco equivalente.

Le differenze tra regioni sono ancora più evidenti se si considerano **le prestazioni specialistiche ambulatoriali**. Qui l'importo del ticket che i cittadini sono tenuti a pagare per le prestazioni specialistiche ambulatoriali dipende in ciascuna regione: dalle tariffe regionali delle singole prestazioni, fino al limite massimo ex legge 537/1993 (36,15 euro) o previsto localmente; dalle eventuali misure di compartecipazione aggiuntive eventualmente adottate; dal DL 98/2011 (quota ricetta o misure alternative). Attualmente 4 regioni non applicano la quota ricetta di cui al DL 98/2011 (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Basilicata, la PA Trento dal 1 giugno 2015 prevede una quota di 3 euro), 9 regioni (Abruzzo, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna) applicano la quota aggiuntiva per ricetta di 10 euro, le restanti applicano misure alternative alla quota fissa. Le misure alternative sono articolate secondo diverse modalità: in 5 regioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche,) la quota ricetta è rimodulata in base al reddito familiare, in 3 regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia) la rimodulazione è basata sul valore della ricetta.

Tuttavia, sono differenti sia le fasce di reddito applicate nelle regioni, sia le modalità di calcolo del reddito considerato (in alcune si utilizza il reddito familiare, in altre l'ISEE), sia le fasce di valore delle ricette. Inoltre, alcune regioni prevedono ticket differenziati per alcune prestazioni ad alto costo (es. TAC, RM, PET, chirurgia ambulatoriale). Alla evidente variabilità derivante dall'articolazione del sistema di compartecipazione si aggiunge la variabilità delle esenzioni. A livello nazionale sono previste esenzioni per specifiche condizioni di salute (alcune patologie croniche, specifiche malattie rare, gravidanza, invalidità), per alcune attività di prevenzione (screening per alcuni tumori, test HIV), o per alcune categorie di cittadini individuate in base all'associazione tra condizioni personali, sociali e reddituali (cittadini di età inferiore a sei anni o superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro, disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico, titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico, titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico).

Le regioni hanno frequentemente esteso le esenzioni previste a livello nazionale a ulteriori condizioni di salute o a ulteriori categorie di cittadini o hanno modificato i limiti di reddito. Ad esempio, in alcune regioni sono esenti tutti i disoccupati, i lavoratori in cassa integrazione o in mobilità o con contratto di solidarietà, in altre regioni sono esenti dalla partecipazione al costo i figli a carico dal terzo in poi, in altre sono esenti gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio o affetti da malattie professionali, i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari, i residenti in zone terremotate.

Martedì 21 LUGLIO 2015

## **Farmaci. Rapporto Osmed 2014. Spesa farmaceutica a 26,6 miliardi (+1%). Al top dei consumi i cardiovascolari ma la spesa maggiore è per gli anti cancro. Ospedaliera fuori controllo. Nei tetti la territoriale. Balzo del ticket (+4,5%)**

***Spesa media 438 euro a testa. Il Ssn copre il 75% degli acquisti. Il 55% degli italiani ha assunto almeno un farmaco durante l'anno. Le donne più degli uomini. Scendono del 3% i consumi di antibiotici. Ormai il 63,8% dei consumi è coperto da farmaci equivalenti e aumentano anche i biosimilari. Calabria al top per i consumi mentre la Campania lo è per la spesa. IL NUOVO RAPPORTO OSMED DELL'AIFA [1-2](#)***

La spesa farmaceutica resta sostanzialmente stabile ma segna comunque un segno "più" nel confronto tra 2014 e 2013. In tutto, secondo i dati presentati oggi a Roma dall'Aifa e contenuti nel **Rapporto Osmed**, tra spesa pubblica e privata si è arrivati a 26,6 miliardi di euro (+1% rispetto al 2013), di cui il 75,0% rimborsato dal SSN.

In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci ammonta a circa 438 euro. Sono state consumate in media 1,7 dosi al giorno di farmaci di cui il 69,8% a carico del Ssn. Il report rivela anche un ulteriore aumento del 4,5% del ticket e lo sfioramento del 27% del tetto sulla farmaceutica ospedaliera cui fa riscontro invece il rispetto di quello della territoriale. Tra le Regioni è la Calabria al top per i consumi mentre la Campania lo è per la spesa.

I farmaci cardiovascolari si confermano la categoria a maggior consumo, seguita dai farmaci del sangue e organi emopoietici, dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale e da quelli dell'apparato respiratorio. Ma sono gli oncologici i primi per spesa a carico del Ssn. Evidenziata da Aifa anche la crescita del 25% delle segnalazioni di eventi avversi.

Migliora poi rispetto allo scorso anno l'aderenza alla terapia dei pazienti in trattamento con farmaci antipertensivi e antidepressivi. Mentre si riduce del 3% il consumo di antibiotici rispetto al 2013, ma permangono ampie aree di inappropriata. Il 63,8% delle dosi di farmaci consumato ogni giorno è costituita da medicinali a brevetto scaduto, che rappresentano il 24,4% della spesa pubblica. In aumento, infine, l'utilizzo dei biosimilari, soprattutto delle epoetine e dei fattori della crescita, con effetti positivi sulla spesa: un decremento della spesa del -11,0% rispetto al 2013 per i fattori della crescita e del -3,0% delle epoetine.

### **Il consumo di farmaci. In media 1,7 dosi a persona**

Nel 2014 in Italia sono state consumate 1.714 dosi di medicinali al giorno ogni 1.000 abitanti (inclusi i consumi erogati dalle farmacie territoriali a carico del SSN e del cittadino e i consumi in ospedale); in media ogni cittadino italiano, includendo anche i bambini, ha assunto ogni giorno poco più di 1,7 dosi di farmaco. Il 69,8% dei consumi è stato erogato a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre il restante 30,2% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione). In totale, per quanto riguarda l'assistenza territoriale sia pubblica che privata,

sono state dispensate 1,9 miliardi di confezioni, in aumento rispetto al 2013 del +0,7%. Tale andamento è determinato principalmente dall'aumento delle confezioni dei farmaci di classe A acquistate privatamente dal cittadino (+3,6%) e delle confezioni erogate in assistenza convenzionata (+1,5%), mentre è stata registrata una riduzione delle confezioni dei farmaci in classe C con ricetta (-1,6%) e dei farmaci di automedicazione (-2,8%).

### **La spesa farmaceutica. Nel 2014 crescita dell'1% rispetto al 2013**

Nel 2014 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 26,6 miliardi di euro, di cui il 75,0% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è ammontata a circa 438 euro. La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, è in riduzione rispetto all'anno precedente del -0,1% ed è stata pari a 20.009 milioni di euro. La spesa pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata (farmacie pubbliche e private) e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 11.848 milioni di euro, ossia il 59,2% della spesa farmaceutica territoriale. Tale spesa ha registrato, rispetto all'anno precedente, una lieve riduzione del -0,2%, principalmente determinata da un aumento della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (+8,2%), controbilanciato dalla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta (-3,0%).

**Aumenta il ticket del 4,5%. In 4 anni +34% dal 2010.** La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto erogato al paziente e il prezzo di riferimento), per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, ha registrato una riduzione del -0,1% rispetto al 2013. A influire sulla variazione è stata la riduzione della spesa per l'acquisto privato di medicinali di fascia A (-1,9%) e della spesa per i medicinali di Classe C con ricetta (-1,6%), associata a un aumento della compartecipazione del cittadino (+4,5%) e della spesa per i medicinali di automedicazione (+0,2%).

**Cresce la spesa delle strutture pubbliche e sfiora il tetto dell'ospedaliera di 1 miliardo.** La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS etc.) è risultata pari a 9 miliardi di euro (148,0 euro pro capite), con un incremento rispetto al 2013 del +4,8%. In questo senso il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera 2014 ha evidenziato una spesa di 4.909,2 milioni di euro, con un disavanzo complessivo di +1.084,8 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato fissato al 3,5% del FSN (3.824,4 milioni di euro). Tutte le Regioni hanno sfondato il tetto del 3,5% della spesa farmaceutica ospedaliera, Dalla Toscana (5,4% sul finanziamento regionale) al minimo della P.A. di Trento (3,6%). Ok invece la spesa territoriale che invece rispetta il tetto dell'11,35% con una spesa di 12,2 miliardi, 182 mln in meno rispetto al limite di spesa programmato.

### **Le categorie più prescritte. I cardiovascolari sempre al primo posto. Ma gli anticancro sono i primi per spesa pubblica**

I farmaci cardiovascolari si confermano al primo posto sia in termini di consumo (536,0 DDD/1000 ab die) sia in termini di spesa farmaceutica totale pubblica e privata (4.087 milioni di euro) seguiti dai farmaci del sangue e organi emopoietici (269,7 DDD ogni 1.000 abitanti die). I farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo si collocano al terzo posto sia in termini di consumo (255,5 DDD ogni 1.000 abitanti die) che di spesa (3.771 milioni di euro), seguiti dai farmaci del Sistema Nervoso Centrale (165,1 DDD ogni 1.000 abitanti die) e da quelli dell'apparato respiratorio (95,4DDD ogni 1.000 abitanti die). Per la prima volta, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori si collocano al secondo posto in graduatoria tra le categorie terapeutiche a maggiore impatto di spesa farmaceutica complessiva (3.934 milioni di euro) e al primo posto per spesa pubblica (3.899 milioni di euro). Per l'assistenza convenzionata, le statine tra i farmaci per il sistema cardiovascolare, gli inibitori di pompa tra quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo e gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina tra quelli del sistema nervoso centrale sono le categorie a maggior impatto sulla spesa. Per i farmaci antineoplastici la categoria a maggior impatto sulla spesa e sui consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie sono gli anticorpi monoclonali.

### **Consumo e spesa per età e genere. Il 55% degli italiani ha assunto almeno un farmaco. Le donne più degli uomini**

Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso dei farmaci è stata del 55,0% (51,2% negli uomini e 58,7% nelle donne) con i più alti livelli nella popolazione pediatrica e nella popolazione anziana: la metà dei bambini e quasi il 90% degli anziani (con età superiore ai 74 anni) ha ricevuto almeno una prescrizione durante l'anno. Le fasce di età superiori ai 64 anni evidenziano una spesa pro capite per i medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 64 anni, il SSN deve affrontare una spesa farmaceutica oltre 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per un individuo appartenente alle fasce di età inferiori. Differenze di genere sono evidenziabili

nelle fasce di età tra i 15 e i 64 anni (la prevalenza d'uso è maggiore del +9% nelle donne rispetto agli uomini). La popolazione con più di 64 anni assorbe il 60% della spesa in assistenza convenzionata e oltre il 65% dei consumi. Le donne sopra i 35 anni fanno registrare una prevalenza d'uso più alta rispetto agli uomini della stessa fascia d'età nell'impiego dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori e dei farmaci per il Sistema Nervoso Centrale.

### **Consumo e spesa regionale. Calabria al top per i consumi. Campania per la spesa**

La spesa farmaceutica pubblica regionale, nello specifico di quella erogata in regime di assistenza convenzionata, è risultata pari a 8.598 milioni di euro a livello nazionale, a fronte dell'emissione di 609 milioni di ricette, che hanno garantito la dispensazione ai cittadini di 1,1 miliardi di confezioni di medicinali. Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-SSN, la Calabria è la Regione con quantità massima di consumi (1.192,4 DDD/1000 ab. die), seguita da Lazio (1.187,6 DDD/1000 ab. die) e Puglia (1.160,4 DDD/1000 ab. die). La spesa lorda pro capite maggiore è della Campania (224,0 euro pro capite), seguita dalla Puglia (218,0 euro pro capite) e dalla Calabria (213,3 euro pro capite). La Provincia autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più bassa con 129,8 euro di spesa pro capite e il minor consumo (765,2 DDD/1000 ab. die). Si confermano significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica.

### **Farmaci a brevetto scaduto. Rappresentano il 63,8% del mercato**

Nel 2014 il consumo di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato il 63,8% dei consumi a carico del SSN (47,2% in regime di assistenza convenzionata e 23,8% per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche). In termini di spesa, i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 46,6% della spesa netta convenzionata, il 2,8% della spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche e complessivamente il 24,4% della spesa pubblica. Sia la spesa sia i consumi dei farmaci a brevetto scaduto, in regime di assistenza convenzionata, e dei farmaci a brevetto scaduto acquistati dalle strutture sanitarie sono in aumento rispetto al 2013. Nel 2014, pantoprazolo, lansoprazolo e omeprazolo continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa convenzionata, mentre octreotide, quetiapina e sodio cloruro in associazione hanno costituito i principi attivi a maggior spesa tra i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche. L'Italia si colloca al terzo posto in Europa in termini di spesa per i farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale. Nel 2014 sono stati registrati rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari del filgrastim.

### **Antibiotici. Scende del 3% il consumo e del 2,8% la spesa**

Nel 2014 diminuisce del 3% il consumo di antibiotici, mentre la spesa si riduce del 2,8%. I maggiori consumi in Campania, Puglia, Calabria e Basilicata, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia e nel Veneto si registrano i consumi più bassi. Le categorie maggiormente impiegate sono state le penicilline, seguite da macrolidi e chinoloni.

### **I farmaci di classe C. Spesa in calo del 2,8%. Ansiolitici e disfunzione erettile al vertice**

I farmaci di classe C hanno registrato una spesa pro capite di 48,7 euro, in riduzione rispetto al 2013 del -2,8%, mentre la spesa per i farmaci di automedicazione (SOP e OTC) è stata pari a 38,1 euro pro capite, registrando una riduzione del -1,2%. Tra i farmaci di classe C con ricetta nel 2014 registrano la maggior spesa i derivati benzodiazepinici, in particolare gli ansiolitici (377,2 milioni di euro), seguiti dai farmaci usati per la disfunzione erettile (264,6 milioni di euro) e dalle associazioni fisse estro-progestiniche (216,6 milioni di euro); tadalafil, lorazepam, drospirenone ed etinilestradiolo sono i tre principi attivi a maggior spesa nel 2014. Sul lato dei farmaci di automedicazione diclofenac (140,8 milioni di euro), ibuprofene (127,0 milioni di euro) e paracetamolo Sintesi 13 (108,9 milioni di euro) sono i principi attivi che hanno registrato la più alta spesa.

### **Appropriatezza d'uso dei farmaci. Migliorano lievemente i dati su aderenza per antipertensivi (+0,2%) e per gli antidepressivi (+0,7%)**

Dall'analisi dei dati della Medicina Generale e delle ASL, è emerso un miglioramento dei livelli di aderenza rispetto allo scorso anno per i farmaci antipertensivi (+0,2%) e per gli antidepressivi (+0,7%); per questi ultimi si registra inoltre una diminuzione della percentuale dei pazienti che li assumono in maniera occasionale (-1,6%). Persistono ampie aree di inappropriatezza nell'uso degli antibiotici e dei farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie. Le analisi confermano il trend di forte crescita dei pazienti in trattamento con farmaci antianemici biosimilari (+54,6% rispetto al 2013), mentre si registra un'importante inversione di tendenza nell'uso degli inibitori di pompa fuori dai criteri di rimborsabilità AIFA (-7,2% rispetto al 2013).

### **Segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci. Cresciute del 25%. Basse quelle provenienti dai medici di medicina generale**

Nel corso dell'anno 2014 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 51.204 segnalazioni di sospette reazioni avverse ai farmaci. Anche quest'anno il numero delle segnalazioni è in crescita: nel 2014 il tasso è stato di 842 segnalazioni per milione di abitanti, un valore che ha permesso all'Italia di collocarsi nella classifica dell'OMS all'undicesimo posto tra i Paesi al mondo con il più alto tasso di segnalazione e al quarto a livello europeo. È stato registrato un incremento delle segnalazioni rispetto all'anno precedente del +25%. L'aumento è stato osservato principalmente per i vaccini, con un +125% rispetto al 2013, che si spiega principalmente con l'avvio di specifici progetti di farmacovigilanza attiva che nell'anno 2014 sono stati focalizzati principalmente su questa categoria di medicinali. Quasi la metà delle segnalazioni è pervenuto da medici ospedalieri (46%), seguiti da farmacisti (18%) e specialisti (14%). Ancora basse le segnalazioni dai medici di medicina generale (7%). È stato registrato anche un notevole incremento (+491%) delle segnalazioni provenienti dalle aziende farmaceutiche. La maggior parte delle segnalazioni pervenute nel 2014 ha riguardato i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (17%), seguiti dai vaccini (14%), dagli antimicrobici generali per uso sistemico (13%), dai farmaci per il Sistema Nervoso Centrale (12%) e da quelli per sangue e organi emopoietici (11%). I principi attivi per cui è stato ricevuto il maggior numero di segnalazioni sono stati il warfarin, l'amoxicillina associato all'acido clavulanico e l'acido acetilsalicilico.

La crescita della Farmacovigilanza ha interessato quasi tutte le Regioni, a esclusione di Valle d'Aosta (-34%), Basilicata (-30%), Puglia (-29%), Piemonte (-13%), Calabria (-4%), Emilia Romagna (-1%). Rispetto al 2013 gli aumenti più consistenti sono stati registrati nella Provincia autonoma di Trento (+386%), in Molise (+210%), Sicilia (+168%), Liguria (+133%) e in Veneto (+97%). Le Regioni con il più alto numero assoluto di segnalazioni e relativo tasso di segnalazione sono state la Lombardia, il Veneto e la Toscana, che complessivamente rappresentano più del 50% di tutte le segnalazioni dell'anno 2014.

#### **Autorizzazioni. Nel 2014 immesse in commercio 621 specialità di medicinali**

L'attività regolatoria svolta dall'AIFA nel corso del 2014 ha portato all'autorizzazione all'immissione in commercio in Italia di 621 specialità medicinali, in gran parte approvate attraverso la procedura nazionale e dimutuo riconoscimento o decentrata. Contemporaneamente, durante il 2014, sono pervenute all'Agenzia ben 522 richieste di commercializzazione in Italia di nuovi medicinali nelle più disparate aree terapeutiche, benché –per medicinali di autorizzazione centralizzata – l'area oncologica rappresenti quella di maggiore interesse. Oltre 15mila diverse confezioni di medicinali sono state consumate nel corso dell'anno, di cui oltre il 60% rimborsate dal Servizio Sanitario nazionale (SSn). Anche nel 2014 sono stati emanati importanti interventi normativi, alcuni a modifica dei precedenti, che hanno riguardato il governo della spesa farmaceutica, in particolare modo i farmaci innovativi.

# Sanità, ministeri società pubbliche parte la corsa ai tagli di spesa

►E già da quest'anno via alla stretta sulle prescrizioni mediche inappropriate: saltano 28 milioni di prestazioni specialistiche

## IRISPARMI

ROMA I tavoli sono quelli aperti da tempo: chi lavora ai dossier ritiene che l'obiettivo di garantire già per il prossimo almeno 10 miliardi di minori spese sia più che fattibile dal punto di vista tecnico. Ma naturalmente il menu esatto dei tagli - necessari ma non sufficienti per finanziare la riforma fiscale - alla fine dovrà definirlo la politica. Il tempo non è moltissimo, visto che c'è agosto di mezzo e per di più si sta ragionando su un possibile anticipo temporale della legge di Stabilità, la cui scadenza è fissata al 15 ottobre. Così questo è il momento di accelerare per trasformare in testi legislativi la grande mole di analisi e simulazioni di cui il governo dispone (una parte dei quali ereditati dalla gestione di Carlo Cottarelli).

Dunque i risparmi di spesa dovranno venire dalla drastica potatura delle società partecipate e degli enti pubblici; dall'applicazione di costi standard alla sanità e agli enti locali; da un'ulteriore spesa sulla stretta dei ministeri. Per centrare il traguardo a queste voci si potrebbero aggiungere i proventi di una revisione ragio-

nata delle cosiddette *tax expenditures*, le agevolazioni fiscali attualmente in vigore: operazione che del resto in base alla riforma tributaria in via di attuazione dovrà avvenire ogni anno.

Il fronte delle società pubbliche è uno dei più emblematici: messe nel mirino da vari governi, finora non hanno generato risparmi significativi. Si occupano della materia diverse norme di legge: in particolare la legge di Stabilità dello scorso anno, che chiedeva a Regioni e Comuni di elaborare in proprio piano di riduzione, e la riforma della pubblica amministrazione appena approvata, che punta al riordino sistematico del settore. I relativi decreti attuativi dovrebbero essere tra i primi a vedere la luce, in tempi rapidi: in particolare sta per partire uno specifico monitoraggio degli enti che ricevono

contributi a carico del bilancio dello Stato, con l'obiettivo di arrivare alla quantificazione dei tagli realizzabili.

## I COSTI STANDARD

Altro capitolo, la sanità. Qui il lavoro da fare si intreccia con quello già impostato. Sono stati appena portati in Parlamento dal governo gli emendamenti al decreto enti locali che recepiscono la recente intesa tra Stato e Regioni. Obiettivo: concretizzare i tagli per circa 2,4 miliardi già messi in bilancio con l'ultima legge di stabilità. Le linee di intervento sono varie: si va dalla revisione della spesa per acquisti di beni e servizi (che comprende anche una revisione dei contratti per i dispositivi medici) al contrasto alle prestazioni inappropriate, ovvero non necessarie. In questo ambito saranno individuate (con un decreto ministeriale) condizioni più stringenti per la prescrizione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Al di fuori dei vincoli, le prestazioni saranno integralmente a carico dell'assistito. Rispetto ad una base di circa 200 milioni di prestazioni erogate (sia dal settore pubblico che da quello privato) si prevede una decurtazione del 15 per cento sulla maggior parte di esse, con una riduzione di circa 28 milioni di prestazioni l'anno. Misure analoghe saranno prese per i ricoveri in regime di riabilitazione ospedaliera.

Oltre che in campo sanitario, ci saranno interventi sugli acquisti dei vari enti territoriali, che sfrutteranno anche il lavoro fatto in tema di costi standard.

La voce ministeri fa parte del menu di ogni manovra di contenimento delle spese e non mancherà nemmeno in questa occasione: più che sui costi di funzionamento si punterà ad individuare le erogazioni gestite dai vari dicasteri che possono essere valutate non più strettamente necessarie.

Luca Cifoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## SULLE PARTECIPATE I PRIMI DECRETI DELLA RIFORMA PA: PRONTO IL MONITORAGGIO DEGLI ENTI PUBBLICI

## La foto del giorno



## Renzi pranza con Samantha

Giornata di incontri istituzionali ieri per Samantha Cristoforetti, l'astronauta che per 200 giorni è stata nello spazio: prima al Quirinale da Mattarella, e poi a colazione a Palazzo Chigi con Renzi.

Sanità. La rivolta dei medici

## Scontro sulla stretta per le prescrizioni «inappropriate»

### VIGILANZA D'OBBLIGO

I manager delle Asl che non perseguiranno i camici bianchi «colpevoli» perderanno punti nella verifica del loro operato

■ Si riaccende la polemica sul taglio alle «prestazioni sanitarie inappropriate», che un emendamento governativo al decreto legge sugli enti locali vuole sanzionare mettendole a totale carico del paziente, ma al tempo stesso tagliando i compensi ai medici, sia dipendenti che convenzionati, autori delle prescrizioni. E i manager delle Asl che non perseguiranno i medici "colpevoli" perderanno punti nella verifica del loro operato.

Sulla norma ieri sono intervenuti prima i medici di famiglia della Fimmg. Poi l'Anaa Assomed, l'associazione dei medici dirigenti: «Non si vede chi e come stilerà il nomenclatore delle prestazioni inappropriate», ha detto il segretario nazionale Costantino Troise, denunciando «l'intimidazione dei medici» per «tagliare le prestazioni».

I contenuti del giro di vite, in realtà, erano ben noti e già previsti fin da aprile nelle prove di intesa Governo-Regioni sui tagli da 2,35 miliardi alla sanità (si veda per esempio «Il Sole 24 Ore» del 15 aprile), e quindi riprese nell'accordo definitivo siglato il 2 luglio scorso. La polemica scoppia però solo con la tradu-

zione di quegli obiettivi, contenuta negli emendamenti governativi al decreto enti locali.

Le misure arrivano al nuovo articolo 9-quater, che punta al taglio di visite e prestazioni specialistiche "in eccesso" con un piano in due mosse. La prima è rappresentata da un decreto ministeriale, che dovrebbe essere approvato entro 30 giorni dalla conversione in legge del decreto, per individuare «le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva» per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Già su questa prima previsione pesano due ostacoli: il calendario, perché con la conversione in legge prevista per i primi di agosto (mail Dls cade il 18 agosto) il decreto dovrebbe arrivare per la metà di settembre, ma anche il passaggio in conferenza Stato-Regioni.

Una volta individuati i parametri per distinguere le prescrizioni "corrette" da quelle "sbagliate", dovrebbe poi entrare in gioco un doppio sistema sanzionatorio. Il primo colpisce in realtà l'assistito, che sarebbe chiamato a pagare di tasca propria la prestazione. Il secondo riguarda invece i medici, che se non forniranno «giustificazioni sufficienti» sulla propria scelta si vedrebbero tagliare il trattamento accessorio se è dipendente dal servizio sanitario nazionale, oppure le quote variabili della remunerazione se convenzionato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### L'anticipazione



#### Doppia sanzione

Sul Sole 24 Ore di martedì scorso la notizia dell'emendamento governativo al decreto legge sugli enti locali che taglia i compensi ai medici dalla ricetta facile, convenzionati o dipendenti. Penalità anche ai manager Asl che non puniranno i camici bianchi troppo "prescrittivi": perderanno punti di valutazione

## Quando gli «Enti locali» danno una mano alle Regioni

**C**hi l'avrebbe detto, a luglio scorso quando trionfalmente le Regioni e la ministra Lorenzin andavano a braccetto brindando alla sigla del Patto per la salute e ai nuovi standard ospedalieri, che come nel gioco dell'oca, appena 12 mesi dopo, si sarebbe di fatto ripartiti dal "via"?

A settembre, si dichiarava nell'estate del 2014 prima della pausa agostana, si partirà in tromba mettendo finalmente ordine al gran caos Ssn. Attuazione dei provvedimenti rimasti fino ad allora lettera morta e novità all'insegna dell'efficienza, dell'appropriatezza e della lotta agli sprechi. Si darà attuazione - si diceva - alla legge "Balduzzi", alla necessaria riforma del territorio. Si darà corpo a misure stringenti contro la piaga liste d'attesa, si ridefiniranno i profili delle competenze tra professionisti. E chi più ne ha più ne metta. Senza tralasciare, è ovvio, quei nuovi Livelli d'assistenza che, annunciati nel Patto e poi presentati dal ministero a febbraio con la fanfara, sono ancora oggi virtualmente in mano alle Regioni. Che per lo più non sanno cosa farsene. Perché le risorse erano poche e mal distribuite e nei prossimi anni caleranno ancora. Vai a raccontarlo, ai cittadini impoveriti e sempre più auto-finanziatori delle proprie cure, che se già oggi è difficile garantire l'offerta sanitaria pubblica minima, quando l'Intesa sui tagli da 2,35 miliardi sarà operativa (con oltre sette mesi di ritardo) diventerà impossibile dar loro ancora di più.

Per non parlare degli standard ospedalieri, che tanta razionalizzazione e risparmi dovrebbero produrre ma che in realtà, in molte Regioni, sono una carta già giocata, con la stretta alla cinghia di posti letto e personale che ha ridotto anche grandi strutture al collasso.

Di efficienza si parlava e si continua doverosamente a parlare, per carità. Era e resta un cavallo di battaglia della ministra della Salute, che però rispetto a luglio 2014 ha decisamente cambiato atteggiamento verso le Regioni: comprensione più tiepida e inviti all'efficienza più sferzanti. Mentre l'Intesa del 2 luglio scorso ha stralciato il capitolo decisivo sulla farmaceutica, delegando la revisione di governance e politica dei prezzi a un tavolo a Lungotevere Ripa. E intanto il resto dell'Intesa veleggia, si fa per dire, al traino del decreto Enti locali. Con buona pace degli altri attori chiamati a contribuire ai tagli, anche con modalità naive: dal settore appalti (si veda l'articolo in pagina) agli ospedali, appunto, dai medici cattivi prescrittori ai produttori di dispositivi, chiamati al payback. Quando il gioco si fa duro...

**B.Gob.**

**Una crescita  
da record**

ASSOBIOTEC A PAGINA 3

IL RAPPORTO DEL CENTRO STUDI ASSOBIOTEC

# Un settore di successo che vale 7,7 mld

**I**dati emersi dall'ultimo rapporto sulle imprese di biotecnologie in Italia elaborati dal Centro Studi Assobiotech fotografano uno scenario molto ricco e in continuo movimento. La nostra analisi si è focalizzata soprattutto sulle pure biotech italiane. Si tratta delle tante start-up e Pmi innovative che, grazie alla riconosciuta eccellenza della nostra ricerca accademica e industriale e alla tenacia dei nostri imprenditori, mostrano la capacità di sviluppare i risultati della ricerca di base per portare sul mercato tecnologie e prodotti innovativi, generando imprese che crescono, valore per gli azionisti e occupazione qualificata. Con 384 imprese e un fatturato globale che supera ormai i sette miliardi di euro a fine 2014, il biotech italiano si caratterizza per un trend di crescita importante che, soprattutto a fronte di una lunga crisi economica e della quasi totale assenza di misure adeguate e continuative di supporto all'innovazione, conferma la natura anticiclica del settore. Più della metà delle aziende (251) sono pure biotech: imprese il cui core business rientra prevalentemente nell'utilizzo di moderne tecniche biotecnologiche per lo sviluppo di prodotti o servizi per la cura dell'uomo o degli animali, la produttività agricola, le risorse rinnovabili, la produzione industriale e la tutela dell'ambiente.

Tra queste le pure biotech a capitale italiano sono 225. A trainare l'intero comparto è il segmento delle biotecnologie della salute (red biotech) in cui operano 277 imprese (il 72% del campione). Sono invece rispettivamente 95 e 76 le imprese attive nel segmento delle biotecnologie agroalimentari (Green biotech) e in quello delle biotecnologie industriali (White biotech). La maggioranza (66%) delle imprese nasce come start-up, spin-off accademico o spin-off industriale; tale percentuale aumenta significativamente (84%) per il sottogruppo delle pure biotech italiane.

Il fatturato complessivo del settore ammonta a circa 7,7 miliardi di euro (+4,2%), gli investimenti in R&S a più di 1,5 miliardi (+4,5%), mentre il numero degli addetti in R&S è prossimo alle 7.300 unità. Con una incidenza media degli investimenti in R&S sul fatturato del 19% - che sale al 31% per le pure biotech italiane - l'industria biotech è uno dei comparti a più elevata intensità di innovazione. Il numero complessivo degli addetti ammonta a circa 40mila persone, con un'incidenza media degli addetti in R&S sul totale degli addetti del 18% (percentuale che sale addirittura al 49% nel caso delle pure biotech italiane). Il biotech italiano rappresenta oggi uno tra i pochi settori in grado di attirare investimenti stranieri, di fare innovazio-

ne, di creare occupazione qualificata e di contribuire alla bilancia dei pagamenti.

**I quattro settori chiave del biotech.** Sono "Red Biotech" le: imprese che operano nel settore della salute dell'uomo, utilizzando moderni metodi biotecnologici per lo sviluppo di prodotti per la cura e la prevenzione delle malattie (farmaci e nuovi approcci terapeutici, vaccini, sistemi diagnostici). "Green Biotech": imprese che operano nel settore agroalimentare, utilizzando moderni metodi biotecnologici per lo sviluppo di farmaci per uso veterinario, la produzione di piante e colture vegetali per applicazioni in campo alimentare, chimico, produttivo, così come nel pharming molecolare e nello sviluppo di test per la rilevazione di ingredienti e contaminanti nei prodotti alimentari. "White Biotech": imprese che operano nel settore delle biotecnologie industriali, utilizzando moderni metodi biotecnologici per la produzione e trasformazione di prodotti chimici, biomasse, materiali e carburanti, incluse le tecnologie di bioremediation ambientale. "Imprese Multi-business": imprese che operano in almeno due dei settori di applicazione sopra citati.

**Leonardo Vingiani**  
direttore Assobiotech

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il rapporto.** Presentato lo studio sull'uso delle medicine in Italia

Nel 2014 spesi 26,6 miliardi di euro. Al primo posto i cardiovascolari. Ma gli antitumorali sono quelli che hanno avuto maggior impatto sul Sistema sanitario

# Consumi record per i farmaci del cuore

MARIAPAOLA SALMI

**O**gni italiano, inclusi i bambini, nel 2014 ha consumato 1,7 dosi di farmaco al giorno. Numeri alti, se si considera che si tratta di una media e che molti non fanno ricorso a farmaci se non occasionalmente. Ma vediamo qualche dato tratto dal rapporto OsMed 2014 sull'uso dei farmaci in Italia, presentato oggi a Roma dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Il 69,8% dei medicinali consumati è stato erogato a carico del Servizio sanitario nazionale, il restante 30,2% (farmaci di classe A, classe C con ricetta e automedicazione) acquistato dai cittadini. In totale sono state dispensate 1,9 miliardi di confezioni, con un +0,7% rispetto al 2013. Andamento determinato dall'aumento delle confezioni dei farmaci in classe A pagate dal cittadino (+3,6%) e di quelle erogate in assistenza convenzionata (+1,5%), mentre sono diminuiti i farmaci in fascia C con ricetta (-1,6%) e quelli da automedicazione (-2,8%).

I farmaci cardiovascolari si confermano al primo posto nella top dei consumi (536 dosi al giorno/1.000 abitanti) e per spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, (4.087 milioni di euro), ma per la prima volta gli antineoplastici e immunomodulatori si collocano al secondo posto tra le categorie a maggior impatto di spesa farmaceutica complessiva (3.934 milioni di euro) e al primo posto per spesa pubblica (3.899 milioni di euro). I cardiovascolari più prescritti: ACE-inibitori, sartani e statine.

Secondi in classifica i farmaci del sangue e degli organi emopoietici, terzi quelli dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo, con inibitori di pompa protonica in testa per consumi e spesa in regime di assistenza convenzionata; in coda i farmaci del sistema nervoso centrale, con gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina al primo posto per consumi e spesa in regime di assistenza convenzionata e, infine, al quinto posto i farmaci dell'apparato respiratorio.

«I dati del rapporto OsMed 2014 confermano quanto emerso nei primi nove mesi dell'anno, ovvero che i farmaci oncologici sono la prima categoria a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica a carico del SSN



## Chi autorizza

L'Agenzia Italiana del farmaco, in base alle sperimentazioni cliniche, consente la messa in commercio dei farmaci

– precisa il direttore generale di Aifa, Luca Pani – con un incremento del 9,6% rispetto al 2013, superando i cardiovascolari, detentori da sempre di questa posizione. L'arrivo dei nuovi farmaci pone e porrà importanti sfide per le agenzie regolatorie, che devono governare la spesa farmaceutica e garantire l'appropriatezza d'uso dei farmaci. Aifa si muove con i Registri di monitoraggio e il database OsMed Health DB che è diventato il più grande al mondo».

La spesa farmaceutica nazionale complessiva è stata di 26,6 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN. Circa 438 euro a testa. In calo la spesa a carico degli italiani con un -1,0% rispetto al 2013. L'andamento dei consumi è influenzato da età e genere. Gli assistiti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci (prevalenza

## Gli over 74 sono i più medicalizzati

### Meno antibiotici ma c'è ancora

### un 30% di uso inappropriato

d'uso) sono il 55% della popolazione (51,2% uomini e 58,7 donne).

Agli over 74 il record dei consumi. Le donne utilizzano più antitumorali, forse per la maggior frequenza del tumore della mammella, farmaci per il sistema nervoso centrale (+3% sotto i 55 anni e +9 sopra i 74) e per l'apparato muscolo-scheletrico (osteoporosi). Il maggior consumo di antimicrobici si riscontra nei bambini fino ai 4 anni e negli over 74. Diminuisce del 3% il consumo di antibiotici con una contrazione del 2,8% della spesa. I più alti consumi in Campania, Puglia, Calabria, Basilicata, i più bassi nella Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Con sacche superiori al 30% di uso inappropriato. Dal rapporto OsMed emerge un miglioramento dei livelli di aderenza sul 2013 per i farmaci antipertensivi (+0,2%) e gli antidepressivi (+0,7%) per i quali si registra un calo di assunzioni occasionali (-1,6%). I consumi di farmaci in età pediatrica (fino a 18 anni) sono stati di 59,3 dosi giornaliere. I maggiori consumi nella fascia 3-5 anni, con farmaci per l'apparato respiratorio e antimicrobici.



### La spesa

Per i malati sopra i 64 anni la spesa pro capite a carico del Servizio sanitario è fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale



### Chi li usa

Nel 2014 la metà dei bambini fino a 4 anni di età e il 90% degli over 74 ha assunto almeno un farmaco nel corso dell'anno considerato



### Senza brevetto

Nel 2014 il consumo di farmaci a brevetto scaduto è stato del 63,8% a carico del SSN e il 46,6% della spesa netta convenzionata



### I biosimilari

In aumento il loro utilizzo, con effetti positivi sulla spesa, con un decremento di -11% per i fattori di crescita e di -3% delle epoetine

## Malattie rare Costi proibitivi per il 58% delle famiglie

**EMANUELA VINAI**

ROMA

**L**uci e ombre in "MoniRare", il primo rapporto sulla condizione in Italia delle persone con malattia rara presentato a Roma. Promosso da Uniamo, Federazione italiana malattie rare, il rapporto, il primo nel nostro Paese, offre un confronto con la realtà europea. Una criticità iniziale è stata la quantificazione delle persone con malattia rara, stante che il Registro nazionale nelle Regioni è in fase di completamento. Si stima che in Italia il numero di questi malati sia compreso tra le 450mila e 670mila persone, con una prevalenza tra lo 0,75% e l'1,1% sulla popolazione.

La rarità esclusiva di ogni malattia determina inoltre la nascita sul territorio di una molteplicità di associazioni specifiche di cui, ad oggi, si contano 1.079 unità. Molte le positività peculiari del nostro Paese: l'Italia è all'avanguardia nel settore della ricerca, nell'estensione degli screening neonatali ed è uno dei pochi Stati ad aver definito un sistema di accreditamento dei centri/presidi della rete sulle malattie rare, censendo una media di 3,2 centri ogni milione di abitanti. Nel-

l'ultimo triennio è anche cresciuto il numero di farmaci orfani fruibili in Italia: dai 44 del 2012 ai 63 del 2014, con una disponibilità complessiva di oltre l'80% dei farmaci orfani approvati in Europa. Ma le malattie rare sono anche fattore di impoverimento per le famiglie coinvolte, con una spesa annua che supera i 2.500 euro. Il che si traduce in maggiori difficoltà ad arrivare a fine mese, denunciato dal 58% delle famiglie. Maurizio Sacconi, presidente della Commissione Lavoro e previdenza sociale del Senato, ha evidenziato che «il mercato del lavoro non è facilmente inclusivo», ma «stiamo riformando la disciplina già nel Job Act». Per Paola Binetti, presidente del Gruppo interparlamentare per le malattie rare, spetta alle istituzioni «sostenere le famiglie con una serie di misure: penso per esempio ai permessi per i familiari che si fanno carico dei pazienti». E il sottosegretario alla Salute, Vito de Filippo, ha ricordato che «il clima su questa specifica attività del Sistema sanitario nazionale sta molto migliorando e modificando». L'auspicio, ha concluso Renza Barbon Galluppi, presidente di Uniamo, «è che il Rapporto favorisca la realizzazione operativa del Piano nazionale malattie rare 2013-2016».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



## Il caso

# L'allarme della Cgil: sanità privata al collasso

«La sanità privata in Irpinia sta letteralmente scoppiando, per scelte imprenditoriali quantomeno allegre e perché dietro ci sono appetiti grandissimi. Ma se esplode il sistema e partono i fallimenti, c'è una sola, grande azienda in grado di subentrare: la camorra, che è già presente in parte del settore, anche qui da noi». È un quadro decisamente allarmante quello tracciato da Marco D'Acunto, segretario generale della Cgil Funzione Pubblica irpina, in riferimento alla vera e propria polveriera della sanità privata-convenzionata in provincia di Avellino. Tra possibili fallimenti, chiusure di reparti, licenziamenti collettivi e continui confronti in Prefettura - tra proprietari e sindacalisti - il settore rischia il collasso. L'appello di D'Acunto, quindi, è rivolto alle istituzioni, a partire dalla nuova Regione di Vincenzo De Luca.

## La vertenza

# Sanità privata, allarme esuberi

D'Acunto: sistema in crisi  
In 24 ore si discuterà  
su Malzoni e Villa dei Pini

**Flavio Coppola**

«La sanità privata in Irpinia sta letteralmente scoppiando, per scelte imprenditoriali quantomeno allegre e perché dietro ci sono appetiti grandissimi. Ma se esplode il sistema e partono i fallimenti, c'è una sola, grande azienda in grado di subentrare: la camorra, che è già presente in parte del settore, anche qui da noi».

È un quadro decisamente allarmante quello tracciato da Marco D'Acunto, segretario generale della Cgil Funzione Pubblica irpina, in riferimen-

to alla vera e propria polveriera della sanità privata-convenzionata in provincia di Avellino. Tra possibili fallimenti, chiusure di reparti, licenziamenti collettivi e continui confronti in Prefettura - tra proprietari e sindacalisti - il settore rischia il collasso. L'appello di D'Acunto, quindi, è rivolto alle istituzioni, a partire dalla nuova Regione di Vincenzo De Luca. Il rischio paventato, infatti, è che, in un frangente di caos generale, soltanto i clan possano disporre della liquidità economica necessaria per subentrare in un business multimilionario e che va assolutamente riorganizzato.

A dimostrazione del fatto che quasi tutte le strutture



**La clinica** La casa di cura del gruppo Malzoni

private irpine vivono momenti difficili, la settimana appena partita sarà densa di appuntamenti dal sapore decisivo. Revocato ieri pomeriggio lo stato di agitazione proclamato da settimane presso la «Villa dei Pini», grazie ad un'intesa attraverso la quale sono stati scongiurati gli 8 licenziamenti paventati dalla proprietà, il sindacato sarà impegnato in una serie di tavoli istituzionali incentrati sulle altre vertenze in atto.

Domani, all'Ormel, presso la Regione Campania, si cercheranno soluzioni idonee a scongiurare i 9 licenziamenti disposti dal Gruppo Malzoni presso 2 delle strutture di Torrette di Mercogliano: la Diagnostica medica ed il La-

boratorio di Biodiagnostica Malzoni-Montevergine. Dopodomani, invece, la più complicata delle vertenze del comparto, quella della casa di cura Villa dei Platani di viale Italia, sarà al centro di un nuovo tavolo in Prefettura, dopo quello di mercoledì scorso, disertato dalla proprietà. Le parti sono ancora molto distanti. Bocciato dai lavoratori il piano di rilancio della proprietà, che prevedeva il taglio delle indennità di mensa e del premio di produzione dei lavoratori per 7 anni, il Gruppo Malzoni ha avviato una riorganizzazione interna che i sindacati hanno già impugnato dinanzi all'Asl ed all'ispettorato del lavoro. E nelle ultime ore è stato dichiarato lo stato di agitazione anche del personale della Tecnoservice, azienda che opera nell'indotto dell'ospedale Moscati.

**La sanità**

## L'Asl risparmia otto milioni in cassaforte

Chiude in attivo il consuntivo 2014 dell'Asl di Benevento: l'avanzo è pari infatti a 8.711.000 euro. Lo si evince dalla delibera a firma del commissario straordinario Gelsomino Ventucci. Rispetto al 2013 sono diminuiti sensibilmente i costi per l'acquisto dei farmaci ed è stata risparmiata la somma di circa 1 milione di euro per la cessazione del rapporto di lavoro con il personale dipendente. Ora però i sindacati chiedono investimenti a favore dell'assistenza.

**La sanità**

## L'Asl «chiude» i conti del 2014 con un avanzo di 8 milioni

**Luella De Ciampis**

Chiude in attivo il consuntivo 2014 dell'Asl di Benevento: l'avanzo è pari infatti a 8.711.000 euro. L'adozione del bilancio economico patrimoniale 2014 è disposta dalla legge regionale n. 32/94 che, peraltro, prevede la trasmissione preventiva del bilancio e del piano triennale 2014/2016 alla Giunta della Regione Campania, per il controllo preliminare e valutativo. È questo un passaggio fondamentale, affinché si possa accedere ai fondi e procedere poi all'accettazione del rendiconto finale. C'è dunque la delibera del commissario Gelsomino Ventucci a ufficializzare l'adozione del bilancio consuntivo 2014, costituito, dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dalla nota integrativa contenente il rendiconto finanziario e dalla relazione sulla gestione, da cui è emerso un avanzo di 8.711.000 euro.

La gestione dell'esercizio 2014, per quanto riportato nel documento, è stata condotta con particolare attenzione agli obiettivi di risparmio e di contenimento dei costi, in linea con le disposizioni adottate dalla Regione Campania, in merito al piano di rientro economico. Rispetto al 2013 sono diminuiti sensibilmente i costi per l'acquisto dei farmaci ed è stato risparmiata la somma di 1 milione di euro per la cessazione del rapporto di lavoro con il personale dipendente. Nell'ottica del risparmio, si è tenuto rigorosamente conto anche dei decreti del commissario ad acta, relativi alla definizione dei tetti di spesa per le prestazioni erogate dalle strutture e dai soggetti privati appartenenti alle varie categorie. Il decreto della Regione n. 58/2015 aveva stabilito i parametri economici a cui le aziende sanitarie dovevano atternersi, determinando per l'esercizio 2014 della sola Asl di Benevento, sia il riparto definitivo del Fsr indistinto, dell'importo complessivo di 344.292.000 euro, che il Fsr indistinto finalizzato di parte corrente, stabilito in 2.955.000 euro, che la quota del Fsr vincolato, quantificata in 6.356.000 euro.

Il reportage Il reparto femminile di Ortopedia lascia le stanze vuote: «Manca il personale, sono in ferie»

# Loreto Mare, sanità in vacanza

Chiude un padiglione, pazienti in barella nei corridoi. L'Asl: «Riapriamo a settembre»

Un corridoio è vuoto e conduce a stanze deserte. L'altro, invece, è sovraffollato, con i pazienti — uomini e donne insieme — costretti sulle barelle. Accade al Loreto Mare, dove il padiglione femminile del reparto di Ortopedia è stato chiuso. Ernesto Esposito, direttore generale dell'Asl, parla di «situazione grave» e spiega: «Il personale è in vacanza, riapriamo a settembre».

**INGRESSO**  
**PRONTO SOCCORSO**  
**ACCESS EMERGENCY**



## MALASANITÀ IL LORETO MARE

L'ospedale che ha stanze vuote  
ma tiene i pazienti sulle barelle

di Raffaele Nespoli

**NAPOLI** Un corridoio pieno di barelle. E molti anziani costretti a rinunciare a qualunque velleità o desiderio di privacy. Al Loreto Mare ci sono pazienti ai quali non è concesso mantenere la dignità nella sofferenza. Ma questo non è sempre facile capirlo, soprattutto se su quella barella non ci si è mai stati. Non è facile immaginare cosa possa provare un uomo o una donna di più di sessant'anni nell'essere bloccato su una lettiga in un corridoio, con la possibilità di urinare solo tramite un catetere e con persone sconosciute che in continuazione passano per andare a trovare una zia, un nonno o un figlio. Tutto questo, ovviamente, il più delle volte con una frattura da operare. La «normalità» nel reparto di Ortopedia dell'ospedale di via Marina.

Verrebbe da chiedersi cosa possa esserci di peggio; la risposta la si può trovare a meno di dieci metri da quella fila di corpi «parcheggiati» in un corridoio. Già, perché qualcuno potrebbe anche pensare che le barelle siano il frutto di un sovraffollamento ormai cronico. Se ci sono le barelle nei corridoi, verrebbe da dire, le stanze di degenza saranno piene all'inverosimile. Non è proprio così. Basta spostarsi di qualche passo per ritrovarsi incredibilmente in un corridoio sì pieno, ma di stanze vuote. In quello che sino a qualche tempo fa era la sezione femminile del reparto di ortopedia. Oggi i due padiglioni, maschili e femminile, sono stati infatti accorpati.

Colpa dei tagli, dicono in ospedale. Non c'è abbastanza personale per tenere aperti entrambi i padiglioni in estate, dunque la soluzione è quella di tenere tutti in un unico plesso: in alcune stanze gli uomini, in altre le donne. Nel corridoio, sulle barelle, maschi e femmine insieme; senza nessuna discriminazione. Una situazione legata certamente ai tagli lineari degli ultimi anni e alla carenza di personale. Tuttavia è impossibile non provare sgomento e incredulità, e una grande amarezza, nel vedere quelle stanze vuote e abbandonate, mentre pochi metri più in là ci sono persone costrette in barella in un corridoio. Ma questi, in una sanità ridotta all'osso dalla spending review, sembrano solo dettagli. Tantomeno sembra valere a qualcosa la constatazione del fatto che il Loreto Mare sia nel centro storico di Napoli l'unico ospedale con una guardia medica notturna dedicata ai traumi. Quindi, chiunque sia vittima di un trauma o riporti una frattura, magari a causa di un incidente, finisce nel pronto soccorso di via Marina. E di lì, molto probabilmente, su una barella.

Ma a quanto pare questo non è l'unico problema da affrontare, perché al Loreto Mare c'è anche la questione sicurezza, e basta parlare con il personale o con i pazienti per capire subito che è un tema particolarmente caldo. «Nelle scorse settimane — spiega Lorenzo De Lillo, Rsu Cgil — si sono registrati alcuni furti; il problema è che troppa gente riesce ad accedere ai reparti indisturbata e quindi è impossibile avere il controllo della situazione». I ladri, a detta del-

lo stesso delegato sindacale, hanno trafugato alcuni oggetti personali dei medici e qualcosa anche dai comodini e dai borsoni dei pazienti. Un problema legato alla vigilanza, certo, ma anche e soprattutto alle porte d'emergenza, che al Loreto Mare sono sempre aperte — adesso ancor più per via del gran caldo — e non sono collegate ad alcun sistema di allarme. Stando così le cose, per accedere ai reparti basta salire dalle scale antincendio senza dare troppo nell'occhio, e il gioco è fatto. Insomma, una situazione che continua ad essere molto delicata.

Ma in tutto questo caos almeno una nota positiva c'è, e riguarda l'avvistamento di topi negli spogliatoi dei medici. «La direzione — conclude Lorenzo De Lillo — ha provveduto a disinfestare e sanificare gli ambienti. Per quel che ne so si trattava di alcuni ratti che arrivavano dalla strada, ma ora tutto è stato risolto». Ci sembra il minimo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Ortopedia**  
Mancano infermieri e medici, il reparto femminile resta chiuso

**Lettighe**  
Uomini e donne sono stati accorpati in un unico corridoio

**Corridoi vuoti e pieni**

Qui sopra una stanza vuota nel padiglione femminile di ortopedia chiuso (in alto il corridoio deserto); a sinistra i pazienti ricoverati in barella

**I furti**

Porte non collegate al sistema d'allarme, i ladri entrano dalle scale

**I topi**

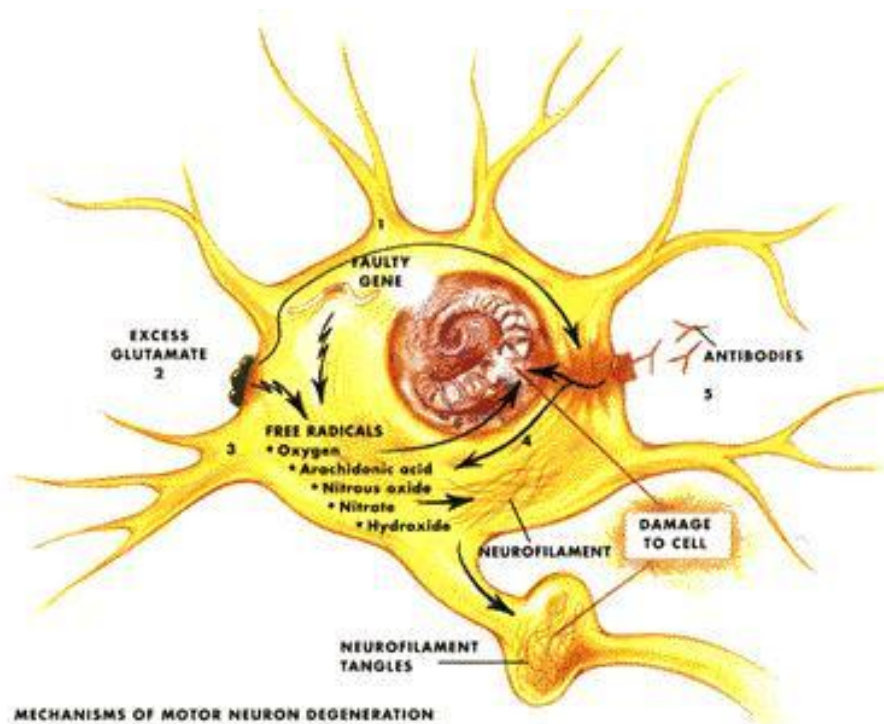
I medici si sono trovati davanti i ratti: «Ma ora è tutto risolto»





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Lunedì 20 LUGLIO 2015

## Autismo. Selettività alimentare fattore di stress, ma non incide sulla gravità della malattia

***Oltre il 50% seleziona gli alimenti in base a forma, colore e consistenza, rendendo il pasto un momento difficile che può incidere sul loro benessere e su quello della famiglia. Il problema modifica la percezione dei genitori. Dal Bambino Gesù il primo studio sulle differenze tra bambini selettivi e non per sviluppare nuovi "parent training"***

La selettività alimentare è un problema rilevante tra chi è affetto da autismo, interessa infatti 1 bambino su 2. Spesso si manifesta in forme estreme perché si combina ad alcune caratteristiche tipiche della malattia come la ritualità, la ripetitività o l'ipersensibilità. Ci sono bambini particolarmente attenti ai colori, ad esempio, che scelgono di nutrirsi esclusivamente con cibi rossi o verdi o gialli. Oppure ragazzi che si rifiutano di mangiare se gli alimenti non sono disposti sul piatto secondo uno schema preciso.

La selettività è un comportamento alimentare atipico che porta i bambini a discriminare i cibi in base a parametri diversi. Riguarda circa il 30% della popolazione pediatrica generale. Tra i bambini con sindrome dello spettro autistico la percentuale cresce considerevolmente: oltre il 50%, infatti, seleziona gli alimenti in base a forma, colore e consistenza, rendendo il pasto un momento difficile che può incidere sul loro benessere e su quello della famiglia.

A questo problema i ricercatori di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù hanno dedicato uno studio specifico, il primo a indagare le differenze tra bambini autistici con selettività alimentare e senza selettività. E' stato condotto su un gruppo di 158 bambini e ragazzi tra i 3 e i 18 anni con sindrome dello spettro autistico, la metà dei quali con abitudini alimentari molto particolari. Nella ricerca sono stati coinvolti anche i genitori. I risultati sono stati recentemente pubblicati sulla rivista scientifica Appetite.

Dallo studio è emerso che non esistono differenze cliniche o comportamentali tra i bambini autistici selettivi e non selettivi. Hanno lo stesso quoziente intellettivo, stessi problemi e stesse abilità. Il rifiuto di alcuni o di molti cibi, quindi, non accresce né è determinato dalla gravità della patologia.

Si è scoperto, invece, che la selettività incide significativamente sulla percezione che i genitori hanno della gravità della malattia del proprio figlio. A parità di condizioni cliniche tra i due gruppi, i bambini selettivi vengono ritenuti da mamma e papà più problematici rispetto a quelli non selettivi e per questo motivo vengono trattati in modo diverso. La gestione del pranzo, della cena o la preparazione di pasti "speciali" innalza i livelli di stress di questi genitori, perché fonte di frustrazione e preoccupazione.

Alla luce di quanto emerso dall'indagine, i ricercatori del Bambino Gesù stanno sviluppando nuove modalità di trattamento destinate alle famiglie con bambini autistici selettivi. La seconda fase dello studio punterà infatti sul "parent training": una serie di tecniche comportamentali da insegnare ai genitori per prepararli a gestire il momento complicato del pasto, far alimentare in maniera adeguata i figli e migliorare l'approccio al problema abbassando la soglia di preoccupazione e di ansia.

## ricerca

### Per l'autismo nuove luci dalle staminali

**L**o studio sulle staminali pluripotenti indotte (Ips) non si ferma producendo nuovi dati utili. Scienziati dell'Università di Yale (Usa) hanno appena pubblicato sulla rivista *Cell* i risultati di un'indagine condotta su cellule della pelle di pazienti autistici: espanse in laboratorio e opportunamente stimulate, si sono differenziate in cellule nervose capaci di ricreare in laboratorio un mini-cervello del diametro di pochi millimetri. Analizzando questa struttura sono state rilevate alterazioni nelle reti di espressione genetica che controlla lo sviluppo neuronale, mimando le prime fasi dello sviluppo embrionale, importante strategia per comprendere la fisiopatologia dell'autismo e ipotizzare nuovi trattamenti.

Un altro passo avanti nella ricerca di base è stato ottenuto sulle malattie mitocondriali di

origine genetica: un team della Health and Science University dell'Oregon ha prodotto campioni di tessuto sano da malati attraverso tecniche di riprogrammazione cellulare. I mitocondri sono organuli delle cellule coinvolti nella respirazione cellulare: un bambino su 6.500 nasce con alterazioni di questa funzione che può provocare cecità, insufficienza cardiaca e persino morte. Questo risultato lascia ipotizzare in futuro nuove modalità di intervento.

**Alessandra Turchetti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Pianeta sanità

# Noduli tiroidei ultrasuoni mirati in alternativa alla chirurgia

GIUSEPPE DEL BELLO

**M**ENO bisturi, più tecnologia. Per affrontare i noduli tiroidei, ma solo in casi selezionati e quando il paziente è affetto da altre patologie, oggi c'è un trattamento mininvasivo che si avvale degli ultrasuoni focalizzati.

Senza incisioni sulla pelle ed evitando così le cicatrici, la procedura Hifu si effettua in anestesia locale e mettendo al bando qualsiasi ago. Al momento l'unica apparecchiatura europea disponibile sul mercato sarà utilizzata per la prima volta (a Napoli e in Italia) nel centro di riferimento endocrinocirurgico della Asl Napoli 1 diretto da Stefano Spiezia agli Incurabili. «È un'alternativa potenziale alla ablazione chirurgica tradizionale e a quella con ipertermia indotta da radiofrequenza — premette Spiezia — Il principio si basa sul rilascio di energia termica che si esprime quando gli ultrasuoni, gli stessi usati per la comune ecografia, sono diretti e focalizzati verso un preciso bersaglio, in questo caso il nodulo tiroideo. Il calore che si libera in una zona limitata induce la necrosi focale del tessuto e, dopo tre mesi, il controllo rivela una riduzione del volume del nodulo del 50%». Il trattamento risulta ben tollerato e raramente è necessaria anestesia locale, mentre non sono stati registrati effetti collaterali nelle casistiche riportate in letteratura. Partito ieri e in corso anche oggi nel Day hospital, il protocollo innovativo è proposto ai pazienti portatori di noduli tiroidei benigni di dimensioni particolarmente contenute come tecnologia da affiancare ai trattamenti chirurgici tradizionali e videoassistiti, e a quelli di termoaablazione a radiofrequenza indotta. Per molti, ma non per tutti dunque: gli ultrasuoni mirati hanno dei limiti. Quali? «La procedura è compatibile solo con la diagnosi di benignità accertata attraverso un ago aspirato ecoguidato del nodulo da trattare e dopo ampia discussione del caso clinico all'interno del gruppo multidiscipli-



nare — risponde lo specialista — Per le tutte le altre patologie tiroidee benigne e neoplastiche la chirurgia resta, al momento, l'unica indicazione, risolutiva e definitiva, sebbene non immune da complicanze». Le recenti terapie mininvasive prevedono l'ipertermia indotta da radiofrequenza: utilizza aghi che, introdotti nel nodulo, riescono a "bruciare" fino all'80 per cento del volume iniziale del nodulo. Il risultato viene rilevato a distanza di un anno dalla terapia effettuata sui soggetti ad alto rischio chirurgico ed anestesilogico, ai quali erano stati diagnosticati grossi noduli benigni. «Anche in questo caso, oltre ai limiti imposti dal tipo di patologia — conclude Spiezia — il paziente può richiedere la procedura in alternativa se non accetta l'intervento chirurgico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PUERICULTURA » OBESITÀ E DIABETE VANNO COMBATTUTI FIN DAI PRIMI GIORNI

# La salute parte dall'infanzia attenzione agli stili di vita

**G**li stili di vita della nostra infanzia possono aver condizionato in modo rilevante la nostra salute da adulti con conseguenze dirette sul metabolismo e sulla nostra capacità di combattere eventuali patologie. A sostenerlo è un progetto della Plymouth University Peninsula Schools of Medicine, denominato "Early Bird", avviato 15 anni fa con l'obiettivo di studiare gli stili di vita e le abitudini alimentari, seguendo nel tempo 300 bambini tra i 4 e i 5 anni fino al loro ingresso nell'età adulta. Il termine dello studio, iniziato nel 2000, è fissato nel 2017: a quel punto, con gli "osservati speciali" all'età di venti anni, si trarranno delle considerazioni scientifiche utili per capire la relazione oggetto dell'indagine. La ricerca, finanziata da un gruppo di enti di beneficenza e di aziende, ha cercato di identificare dei biomarcatori rilevanti per la nutrizione nell'infanzia. In questo modo si spera di delineare uno schema unico che permetta di esplorare la biologia dei bambini in crescita, e di capire come si sviluppano i disturbi del metabolismo. Inoltre, di capire anche quanto influiranno sulla salute in età adulta, in particolare per malattie quali l'obesità e il diabete. Francois-Pierre Martin, uno dei ricercatori coinvolti nel progetto, ha affermato che esiste «una vera e propria lacuna quando si tratta di pubertà e adolescenza in quanto a queste informazioni. La ricerca contribuirà a colmare questa mancanza. Avere la possibilità

di estendere questo studio ci consentirà di comprendere a fondo come le scelte compiute durante gli anni formativi influenzino il corso della vita». La ricerca continuerà dunque attraverso il monitoraggio dei ragazzi: gli ultimi due anni sono particolarmente importanti per capire quali possano essere le evoluzioni causate dal rapporto tra stili di vita infantili e salute adulta e come l'ambiente possa alla lunga avere delle influenze significative sul me-

tabolismo. La salute inizia dalla culla: i dati di questa ricerca aumenteranno la consapevolezza della necessità di una corretta alimentazione, fin dai primi giorni di vita.

