



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Sblocca debiti la Campania ultima in Italia per i pagamenti alle imprese

ALESSIO GEMMA

È STATA battezzata “sblocca debiti”. Una misura ideata dal governo per onorare i debiti che le pubbliche amministrazioni hanno con i fornitori: piccole e grandi imprese private che si reggono sugli appalti pubblici. La Regione Campania è ultima nel pagamento di circa 1,8 miliardi di euro: i crediti vantati da aziende che fino al 2013 non riuscivano ad incassare quanto dovuto dopo aver lavorato per Palazzo Santa Lucia, vinto appalti, realizzato opere pubbliche. Un performance negativa che a luglio è costata al governatore Stefano Caldoro il blocco della terza quota di risorse disponibili. Perché — scrive il ministero dell'Economia (Mef) — “la Campania non ha ancora pagato almeno il 95 per cento dei debiti delle due tranches precedenti”. Un altolà da Roma che dopo due mesi pare essere rientrato. “Abbiamo raggiunto la soglia a settembre — dichiara Salvatore Varriale, capo dipartimento delle risorse finanziarie — I soldi sono arrivati”. Ma perché la Regione paga in ritardo anche ora che lo Stato ha provveduto a mettere le risorse nelle casse di via Santa Lucia? Gli enti pubblici dovrebbero chiudere i conti entro 30 giorni, il più delle volte non ci riescono: e accumulano debiti con i privati. Con aziende che a loro volta hanno dipendenti da stipendiare. È un meccanismo che strozza l'economia. E che prima il governo Letta e poi quello di Renzi hanno voluto risolvere anticipando

47,5 miliardi di euro a ministeri ed enti locali. Di fatto, mettendo Regioni e Comuni nella condizione di accendere un prestito agevolato con il Tesoro e con la Cassa depositi e prestiti per avere subito liquidità e saldare i creditori. Della prima tranche la Campania aveva racimolato 516 milioni, ne ha corrisposti al 28 marzo 451 milioni. Male quasi quanto la Calabria: 101 milioni richiesti, 73 pagati. Pensare che Lazio e Piemonte sono riuscite a smaltire rispettivamente 929 milioni e 447 milioni. Il flusso è andato in tilt con la seconda tranche: assegnati alla Campania 865 milioni, ma “la Regione — scrive il Mef — ha presentato un piano di pagamenti 2014 pari a 241 milioni”. Risultato: 101 milioni pagati. Ecco perché Roma a luglio, ultimo aggiornamento disponibile sul sito del Mef, ha “congelato” l'ultima tranche di 327 milioni. “Non è facile gestire migliaia di decreti di pagamento — chiarisce Varriale — spesso si tratta di cifre anche irrisorie”. Scrive il Mef: “i pagamenti della prima tranche sono ancora in corso per il rallentamento dovuto alle operazioni di chiusura dell'esercizio 2013”. Assenza di atti contabili, quindi. Ma capita soprattutto che le fatture siano registrate in ragioneria sono quando le risorse sono disponibili. Nel frattempo restano sulle scrivanie di funzionari e dirigenti. E ora che i soldi ci sono risulta difficile trovarle.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Sondaggio: no al riordino dai convenzionati**  
Pollice verso su Aft e Uccp e formazione al palo: Mmg e pediatri bocciano il riordino. (Servizio a pag. 15)

CURE PRIMARIE/ Sondaggio Health Monitor di CompuGroup Medical Italia-Il Sole24 Ore Sanità

# Bocciato il riordino del territorio

Da Mmg e pediatri di libera scelta pollice verso su Aft e Uccp - Formazione al palo

## Nessuna panacea dalla chance «h24»

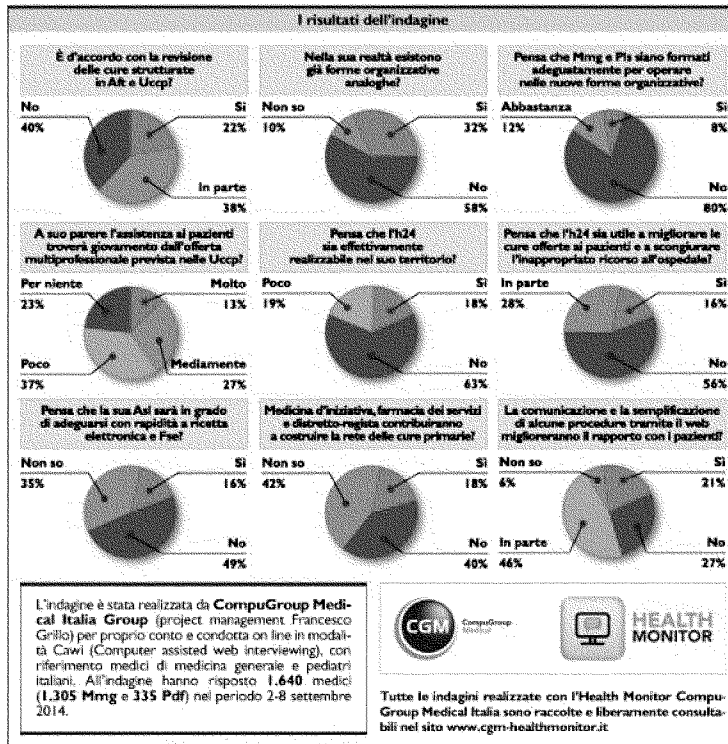
Il Patto per la salute conferma il decreto Balduzzi e cambia la fisionomia delle cure sul territorio. Per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta si tratta di una sfida che coinvolge sia l'organizzazione del lavoro sia i rapporti con i pazienti. Cosa ne pensano i medici delle cure primarie, direttamente impegnati sul campo? L'indagine realizzata da CompuGroup Medical Italia Group per Il Sole-24Ore Sanità dà conto di una visione essenzialmente "nera" rispetto alle chance offerte dal riordino, al centro delle trattative appena partite per il rinnovo della Convenzione, e basate proprio su quell'articolo 5 del Patto costruito sull'ossatura della legge 189/2012.

Innanzitutto, salta agli occhi la bocciatura della ristrutturazione in arrivo, basata sulle aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e sulle unità complesse di cure primarie (Uccp): il 40% dei 1.640 medici che hanno risposto al sondaggio dichiara di non essere «d'accordo» con la revisione, mentre il 38% lo è solo in parte. A motivare questo approccio negativo è, da una parte, l'assenza di forme organizzative analoghe dichiarata nel 58% delle risposte, mentre, dall'altra parte, pesano la mancanza di una formazione specifica in capo agli stessi Mmg e Pls (ben l'80% delle risposte) e l'idea diffusa (60%) tra i professionisti che l'assistenza ai pazienti non trovi giovamento dalla riorganizzazione dell'offerta su scala multiprofessionale nelle Uccp. Il corollario è che secondo i medici delle cure primarie difficilmente l'h24 potrà scongiurare l'inappropriatezza degli accessi in pronto soccorso, anche perché la tanto sbandierata assistenza h24, per il 63% del campione, non è facilmente realizzabile sul territorio in cui il camice bianco concretamente opera.

Un quadro a tinte fosche, insomma, aggravato dalla sfiducia registrata nella metà degli interpellati (il 49%, per la precisione) rispetto alla capacità della propria Asl di recepire rapidamente ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico, i due strumenti d'elezione indicati sempre nel patto per la salute per garantire la continuità dell'assistenza. Né medicina d'iniziativa, farmacia dei servizi e distretto-regista delle cure ricevono un trattamento migliore, visto che solo il 18% del campione li considera utili a oliare l'ingranaggio della rete di cure primarie di domani.

Infine, il rapporto con i cittadini: per il 46% dei Mmg e dei pediatri "sentiti", il web riuscirà solo "in parte" a fungere da cinghia di trasmissione delle informazioni sulle nuove procedure di presa in carico ai cittadini.

**B.Gob.**



ANALISI/ Sotto esame le strategie delle Regioni top che attirano soprattutto i residenti del Sud

# Come ti acchiappo il paziente

La mobilità sanitaria si potrebbe limitare ai ricoveri appropriati e necessari

DI FEDERICO SPANDONARO \*  
ED ELENKA BRENNIA \*\*

C he gli italiani si muovano da una Regione all'altra per farsi curare è ormai cosa nota. Le cifre, seppure in calo nell'ultimo anno, parlano chiaro: 770mila pazienti in mobilità nel 2012 rispetto agli 810mila nel 2011. Nota è anche la direzione del flusso, con i cittadini del Sud Italia che si muovono verso le consuete Regioni del Nord e del Centro: Lombardia in testa con 142.930 pazienti in entrata nel 2012, seguita da Emilia Romagna (110.944), Lazio (90.000), Toscana (69.869 pazienti in entrata), come descritto nel Sole 24 Ore Sanità 21-27 gennaio 2014. Meno note sono probabilmente le strategie adottate da diverse Regioni del Centro e del Nord per attrarre pazienti in mobilità.

**Eccellenza acchiappa-pazienti.** Da una recente indagine di Crea Sanità (*ndr* con il coordinamento degli autori del presente articolo) emerge che il processo di accreditamento degli ospedali privati, iniziato nel 1992 con il Dlgs 502/1992 e conclusosi con la riforma del 1999 (Dlgs 229/1999), può aver incentivato i flussi di mobilità verso le Regioni che hanno puntato sull'eccellenza delle strutture.

I decreti di riordino del 1992 e 1993, seppure recepiti in maniera diversa dalle diverse Regioni, furono approvati per incentivare la concorrenza fra ospedali e migliorare la qualità dei servizi. L'idea era che gli ospedali pubblici potessero competere fra di loro e con quelli privati per attrarre pazienti, compresi quelli provenienti da altre Regioni. Su questi ultimi esiste di fatto un incentivo, previsto dalla normativa regionale, per indirizzarli verso gli erogatori privati, più esposti a disavanzi reali rispetto agli ospedali pubblici, per i quali vale da sempre la prassi del ripiano ex post.

Per gli ospedali privati accreditati, i ricoveri extraregionali finanziati pubblicamente spesso non devono sottostare al vincolo del tetto massimo di produzione. Vale a dire, se sei un erogatore privato e hai un eccesso di offerta rispetto al finanziamento

massimo fissato dalla Regione, per l'anno in corso puoi sempre colmare tale eccesso con la mobilità in entrata. Sarà la Regione di residenza del paziente a pagare tramite la Tariffa unica convenzionale il ricovero del proprio cittadino.

**Poker di Ssr.** Lo studio in oggetto ha considerato quattro Regioni che mostrano un elevato saldo di mobilità attiva e che rappresentano diversi modelli sanitari regionali: Lombardia (modello separato), Emilia Romagna (modello integrato), Toscana (prevalenza di posti letto pubblici), Lazio (prevalenza di posti letto privati). I dati di mobilità sono stati forniti direttamente dal ministero della Salute e riguardano solo i ricoveri per acuti (ordinari e Dh) finanziati con denaro pubblico. Il valore aggiunto della ricerca consiste nella disaggregazione dei flussi di mobilità in entrata rispetto alla tipologia di ospedale (tabella 1 per la Lombardia). Questa informazione permette di verificare le possibili preferenze dei pazienti nei confronti delle diverse categorie ospedaliere e, in particolare, l'orientamento verso l'erogatore pubblico o privato. In via generale, a livello di mobilità interregionale, emerge, come è facile aspettarsi, una maggiore capacità di attrazione da parte delle Regioni del campione nei confronti delle Regioni confinanti. Tipico esempio è quello fornito da Lombardia ed Emilia Romagna che nel 2012 si sono scambiate reciprocamente 38.138 pazienti.

**Amati Irccs.** Ancora, secondo le aspettative, i cittadini in mobilità preferiscono mediamente gli istituti di eccellenza, identificati dalla categoria Irccs e ospedali universitari.

**Il fascino del privato accreditato.** Ciò che invece non è facilmente spiegabile, se si parte dal presupposto, mutuato dall'evidenza empirica, di una qualità media assimilabile per i servizi ospedalieri pubblici e privati, è la sistematica preferenza dei pazienti per gli istituti privati accreditati, quale che sia la categoria di ospedali considerata. È qui che entra in gioco l'impatto della normativa regionale in un'ottica di domanda indotta dall'offer-

ta. Tanto per citare un esempio di normativa in vigore, l'accordo generale 2011-2014 fra Regione Emilia Romagna e Aiop cita testualmente «Il volume di fatturato relativo ai residenti di fuori Regione non viene conteggiato nel budget, né l'accesso è sottoposto a condizionamenti o limitazioni da parte delle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna». L'interpretazione della norma riscontrata in forme diverse per tutte le Regioni del campione, è univoca: laddove la Regione non riesca a coprire finanziariamente l'eccesso di offerta da parte delle strutture private accreditate, interviene la mobilità in entrata. Per diverse Regioni, fra cui la Lombardia, il fenomeno della privatizzazione della mobilità è in crescita: 48% nel 2009, 49,8% nel 2010, 51,6% nel 2011 (figura 1). Si può pensare che alcune Regioni abbiano pianificato l'accreditamento degli istituti di ricovero puntando sull'eccellenza e relegando eventuali eccessi di offerta al saldo di mobilità.

**Doppio danno al Sud.** Per le Regioni meridionali, a eccezione del Molise con un saldo attivo di mobilità grazie alla presenza di istituti di eccellenza - non è possibile leggere un simile quadro pianificatorio. La conseguenza è che queste Regioni devono pagare, oltre che i ricoveri per propri residenti in uscita, anche i costi fissi relativi agli ospedali che non possono essere chiusi.

La fuga di pazienti rappresenta infatti una fuoriuscita di denaro dalle casse regionali che potrebbe comportare un'allocazione efficiente delle risorse ove non esistesse un'offerta interna adeguata di servizi ospedalieri, ma che si rivela inefficiente in presenza di costi fissi dovuti a una rete ospedaliera che c'è ma non riesce a trattenerne i residen-

ti. E dunque, i posti letto non mancano, ma i pazienti preferiscono migrare verso Nord dove la "qualità percepita" delle cure è migliore.

**Strategie regionali.** A questo problema di finanza pubblica si aggiunga quello costituzionale che riguarda l'equità d'accesso alle cure da parte di ogni cittadino, caposaldo del nostro Ssn. È giusto che i pazienti residenti al Sud debbano migrare per farsi curare, sobbarcandosi costi di spostamento e di alloggio per l'accompagnatore? Quali pazienti possono permettersi queste spese e quanti sono costretti a rimanere? I dubbi sono molti e le soluzioni incerte. Un attento monitoraggio sull'appropriatezza dei ricoveri in mobilità, già implementato dagli accordi multilaterali fra Regioni confinanti nel Centro-Nord (come l'accordo Lombardia-Piemonte-Liguria, Dgr 12118/2004), potrebbe essere un primo passo per confinare il fenomeno della mobilità Sud-Nord ai soli ricoveri appropriati e opportuni. Accordi bilaterali fra le Regioni del Sud che esportano pazienti verso una determinata Regione e quest'ultima, fornirebbero alle prime la possibilità di pianificare a inizio anno volume, tipologia e copertura finanziaria dei ricoveri in uscita, evitandone il progressivo indebitamento. Un'attenta opera di ristrutturazione delle reti interne, attraverso investimenti in personale, nuove tecnologie e specializzazioni, che risponda alle esigenze di cura dei pazienti residenti aiuterebbe inoltre a incrementare la "qualità percepita" delle cure e rallenterebbe il flusso di pazienti e denaro in uscita.

Un'ultima considerazione è opportuna. Lo studio si riferisce alla mobilità fra le Regioni, all'interno di un sistema federalista che garantisce la libera circolazione dei pazienti. Con l'applicazione della direttiva Ue 24/2011 sulle cure

all'estero, in assenza di accordi multilaterali, il rischio di vedere replicare su scala europea quanto sta avvenendo in Italia - con i cittadini più ricchi e informati che migrano verso gli Stati membri dotati di servizi di alta qualità - è reale. Con conseguenze finanziarie che potrebbero impattare pesantemente sui bilanci statali.

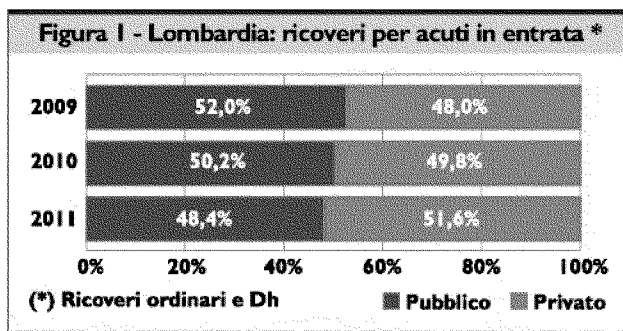
\* *Università Roma Tor Vergata*  
\*\* *Università Cattolica Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Tabella I - Lombardia: disaggregazione della mobilità interregionale per categoria di ospedale e tipo di mobilità (anno 2010)**

	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Ospedali universitari e Irccs pubblici	Ospedali universitari e Irccs privati	Istituti religiosi e no profit	Case di cura private	Presidi Asl privati	Enti di ricerca ospedalieri	Totale pubblico	Totale privato	Totale
Numero posti letto (2009)	20.904	311	2.274	4.497	1.251	8.006	170	-	23.489	13.924	37.413
Indice di attrazione	4,5%	1,1%	16,1%	25,4%	3,7%	9,7%	-	-	5,9%	14,8%	8,4%
Numero ricoveri in entrata	44.486	131	22.191	41.181	1.626	23.343	-	-	66.808	66.150	132.958
Indice attrazione Piemonte	0,9%	0,1%	3,3%	5,0%	0,9%	1,6%	-	-	1,1%	2,7%	1,6%
Indice attrazione Veneto	0,4%	0,1%	0,6%	1,0%	0,2%	1,2%	-	-	0,4%	1,0%	0,6%
Indice attrazione Emilia Romagna	0,8%	0,1%	1,7%	2,3%	0,2%	1,9%	-	-	0,9%	1,9%	1,2%
Indice attrazione Puglia	0,3%	0,1%	1,6%	2,1%	0,4%	0,4%	-	-	0,5%	1,0%	0,6%
Indice attrazione Sicilia	0,5%	0,1%	2,0%	2,9%	0,5%	1,0%	-	-	0,7%	1,6%	1,0%
Indice attrazione Sardegna	0,1%	0,1%	0,6%	1,0%	0,2%	0,4%	-	-	0,2%	0,6%	0,3%

Fonte: tabella e grafico: elaborazione dati forniti dal ministero della Salute



La fotografia delle Sdo 2013: 29 mld di spesa, degenze in calo del 4%, migliora l'appropriatezza

# Cure fuori Regione per 740mila

I ricoveri in mobilità restano pressoché stabili (-15mila) - Il buco nero dell'oncologia

**S**ono 741.647 gli italiani che tra una Regione e l'altra si sono mossi nel 2013 per potersi curare. Circa 15mila in meno rispetto al 2012: un calo minimo e soprattutto imputabile anche alla diminuzione dei ricoveri (-4%). Diventati 9.842.485, per un totale di 64.312.696 giornate, con una riduzione rispetto al 2012 anche delle giornate di degenza (circa

2.394.000, pari al -3,6%). Si mantiene costante la degenza media per acuti (6,8 giorni), mentre quelle per riabilitazione e lungodegenza mostrano un decremento a partire dal 2009.

Sono questi i primi dati che saltano all'occhio a leggere il report 2013 sulle Schede di dimissione ospedaliera. Che registra una spesa complessiva di 29,1 miliardi e un miglioramen-

to dell'appropriatezza. Resta il dramma dei pazienti oncologici, con tassi di mobilità nettamente superiori a quelli medi.

A PAG. 6

SDO 2013/ Degenze in calo e mobilità stabile: il punto nell'ultimo report della Salute

# L'8% dei ricoveri con la valigia

La spesa in lieve diminuzione a 29,1 miliardi - Più appropriatezza

**S**ono 741.647 gli italiani che tra una Regione e l'altra si sono mossi nel 2013 per potersi curare. Una manciata in meno - circa 15mila - rispetto all'anno prima: un calo minimo e soprattutto imputabile anche alla diminuzione del numero complessivo dei ricoveri (-4%). Diventati 9.842.485, per un totale di 64.312.696 giornate, con una riduzione rispetto al 2012 anche delle giornate di degenza (circa 2.394.000, pari al -3,6%). Si mantiene costante la degenza media per acuti (6,8 giorni), mentre la degenza media per riabilitazione e per lungodegenza mostra un decremento a partire dal 2009; per il 2013 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è pari a 25,7 giorni, mentre quella per lungodegenza è di 27,6 giorni.

Sono questi i primi dati che saltano all'occhio a leggere il report 2013 sulle Schede di dimissione ospedaliera, pubblicato dal ministero della Salute. Il quadro più puntuale, al netto degli errori di rilevazione che sono comunque diminuiti, per tratteggiare il pianeta ricoveri ma anche quello dell'assistenza in generale. Perché a guardare gli indicatori di casemix e di performance si rileva una crescita dell'efficienza, che dà conto anche della capacità del territorio di far fronte alle nuove esigenze di cura. «La riduzione dei valori di tutti gli indicatori rispetto al 2012 - si legge nel Rapporto - descrive

una tendenza al miglioramento dell'appropriatezza. È interessante sottolineare la stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza del livello territoriale: questi stessi parametri, pertanto, possono fornire indicazioni non solo sul corretto uso del setting ospedaliero, ma anche, indirettamente, sulla capacità degli altri livelli di assistenza».

A migliorare rispetto al 2012 sono soprattutto gli indicatori su malattie polmonari croniche, diabete non controllato e diabete con complicanze, asma nell'adulto, influenza nell'anziano e patologie alcol-correlate.

L'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca si riduce di circa 4 punti per 100mila abitanti nella fascia di età adulta (18 anni e più), mentre cala di circa 28 punti per 100mila abitanti nella fascia over 65 anni; si osserva, inoltre, una riduzione di circa 0,7 punti dell'ospedalizzazione per amputazione nei pazienti diabetici.

**La spesa.** Nel 2013 quella per i ricoveri ha superato di poco i 29 miliardi di euro. Rispetto al 2012, la spesa è diminuita leggermente, di appena 400 milioni (erano 29,57 miliardi nel 2012). La fetta più elevata riguarda l'attività per gli acuti con 26,6 mld (di cui 23,65 mld in regime ordinario e 2,95 mld in regime diurno); 2,54 mld sono andati all'attività di riabilitazione (di cui circa 100 mln per il regime

diurno) e circa 455 mln alla lungodegenza.

**La mobilità.** Cresce leggermente la mobilità complessiva per acuti in regime ordinario e in regime diurno: è pari rispettivamente al 7,6% e all'8%; l'anno prima era pari a 7,5% e a 7,8%. A perdere di più sono Campania, Calabria e Sicilia, con saldi negativi fino a 36mila pazienti con la valigia. Nessuna sorpresa sulle mete privilegiate: in testa si confermano Lombardia, Emilia Romagna e Toscana.

Il report si sofferma sulla mobilità per cure oncologiche: il numero di ricoveri per acuti in regime ordinario con diagnosi principale "tumore" è pari a 562.024 unità, cioè il 9,4%, quasi due punti percentuali in più rispetto al dato generale. Famiglie in viaggio anche nel caso di pazienti pediatrici: nella fascia 0-17 anni il numero dei ricoveri in regime ordinario è pari a 642.496 unità, con una mobilità dell'8,7%, mentre il corrispondente valore in regime diurno è di 333.498 unità (mobilità pari al 12,6%). Numeri che la dicono lunga - al di là dei proclami di appropriatezza - sulla necessità che ai miglioramenti nei conti delle Regioni in ros-

so faccia seguito ora l'adempimento  
concreto e uniforme dei Lea.

**Barbara Gobbi**  
**Rosanna Magnano**

**Dati e indici complessivi di attività - Confronto anno 2001-anno 2013**

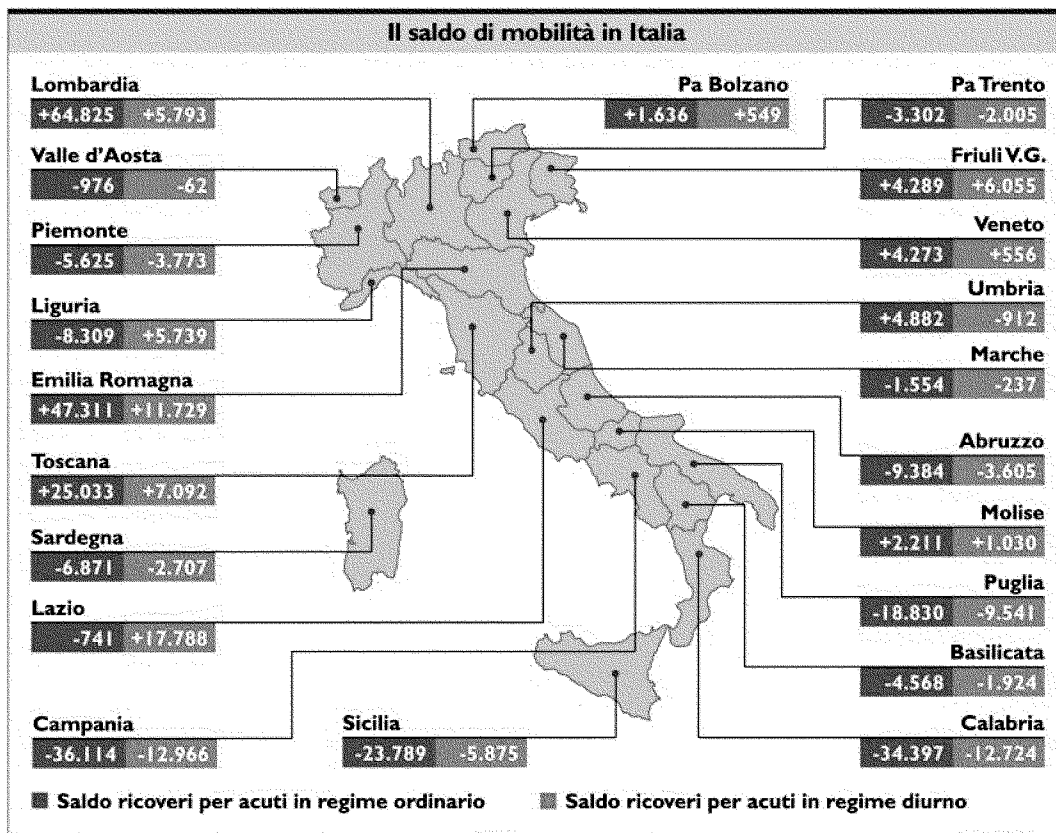
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale dimissioni ospedaliere	12.937.140	12.939.492	12.808.615	12.990.109	12.965.658	12.843.634	12.330.465	12.100.698	11.657.864	11.277.742	10.749.246	10.257.796	9.842.485
Totale giornate erogate	82.829.483	79.823.905	77.969.619	78.241.122	78.292.237	77.876.800	76.224.954	75.371.789	73.412.967	71.904.063	69.417.699	66.707.607	64.312.696
Rapporto tra giornate in Dh e in Ro (acuti)	0,13	0,15	0,17	0,18	0,19	0,19	0,19	0,18	0,17	0,17	0,17	0,15	0,15
Degenza media per acuti in regime ordinario	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,7	6,7	6,8	6,8	6,8
Degenza media per riabilitazione in regime ordinario	25,2	26,3	26,4	26,4	26,2	25,8	26,8	27,1	27,7	27,5	26,6	26,2	25,7
Degenza media in lungodegenza	32,0	32,0	30,4	29,7	31,5	31,9	32,1	31,8	31,6	30,5	30,6	28,8	27,6
Peso medio	1,14	1,18	1,22	1,24	1,26	1,09	1,11	1,12	1,07	1,08	1,11	1,13	1,15
Numero istituti	1.329	1.397	1.398	1.332	1.337	1.323	1.588	1.580	1.625	1.541	1.534	1.485	1.459

**Distribuzione della remunerazione teorica (euro, 2013)**

Regione	Attività per acuti	Attività di riabilitazione	Attività di lungodegenza
Piemonte	1.911.834.254	234.695.914	62.232.232
Valle d'Aosta	63.243.581	4.272.340	318.780
Lombardia	4.402.584.458	557.883.736	23.036.737
Pa Bolzano	233.087.969	20.816.235	4.667.093
Pa Trento	224.660.460	30.907.230	13.722.016
Veneto	1.977.766.871	152.415.298	40.150.757
Friuli V.G.	589.671.617	17.556.394	11.177.844
Liguria	800.153.651	57.472.444	7.855.201
Emilia Romagna	2.345.481.527	144.146.961	138.117.518
Toscana	1.848.515.525	58.971.681	12.299.025
Umbria	434.328.637	26.672.478	701.439
Marche	704.123.450	32.227.850	19.910.414
Lazio	2.563.605.273	271.288.342	35.291.379
Abruzzo	613.939.286	42.026.572	5.307.210
Molise	164.564.498	13.996.272	2.107.675
Campania	2.349.643.782	113.576.885	40.030.945
Puglia	1.760.494.202	92.582.938	7.244.068
Basilicata	233.370.851	13.354.527	6.212.237
Calabria	646.496.377	41.028.390	7.898.537
Sicilia	2.057.262.628	114.009.830	10.500.521
Sardegna	681.066.207	14.884.285	7.034.997
<b>Italia</b>	<b>26.605.895.106</b>	<b>2.054.786.602</b>	<b>455.816.623</b>

**La mobilità in entrata e in uscita per Regione**

Regione	Ricoveri per acuti in regime ordinario		Ricoveri per acuti in regime diurno	
	Entrate	Uscite	Entrate	Uscite
Piemonte	25.964	31.589	6.785	10.558
Valle d'Aosta	1.742	2.717	756	818
Lombardia	104.703	39.878	20.232	14.439
Pa Bolzano	4.124	2.488	1.460	911
Pa Trento	4.355	7.657	1.481	3.486
Veneto	33.098	28.825	14.875	14.319
Friuli Venezia Giulia	11.807	7.518	9.236	3.181
Liguria	16.329	24.638	13.807	8.068
Emilia Romagna	75.787	28.476	21.623	9.894
Toscana	47.916	22.883	16.471	9.379
Umbria	17.251	12.369	4.854	5.766
Marche	18.916	20.470	6.110	6.347
Lazio	46.774	47.515	34.223	16.435
Abruzzo	15.230	24.614	7.501	11.106
Molise	11.036	8.825	4.876	3.846
Campania	15.992	52.106	8.216	21.182
Puglia	20.567	39.397	4.045	13.586
Basilicata	9.502	14.070	3.880	5.804
Calabria	4.238	38.635	1.794	14.518
Sicilia	9.445	33.234	3.712	9.587
Sardegna	3.198	10.069	603	3.310



Gli arretrati. In arrivo altri 9 miliardi per gli enti debitori: per il governo risorse sufficienti a risolvere il problema

# Pagamenti Pa a quota 31 miliardi

Ai creditori il 55% dello stanziato - Il Mef: il debito patologico è 50 miliardi

**Carmine Fotina**  
ROMA

L'obiettivo di pagare tutti i debiti della Pa entro il 21 settembre, il fatidico giorno di San Matteo, non è stato centrato. Lo confermano gli ultimi dati pubblicati ieri dal ministero dell'Economia, sebbene si sottolinei come l'ammontare accumulato a fine 2013 sia inferiore alle precedenti stime (50 miliardi anziché i 60 miliardi più volte citati) e nonostante si ricordi che le imprese possono cedere i loro crediti alle banche secondo le regole del decreto 66/2014.

I numeri, alla fine, dicono che su poco meno di 57 miliardi stanziati sono stati erogati 38,4 miliardi agli enti debitori e di questi solo 31,3 miliardi sono finiti nelle casse dei creditori (il 55% delle risorse effettivamente disponibili). In particolare, 17,9 miliardi sono stati pagati ad imprese e professionisti che vantavano crediti nei confronti di Regioni e Province autonome; 7,7 miliardi sono andati a fornitori di Province e Comuni e 5,7 miliardi a quelli dello Stato (ma in questo caso, per 5,2 miliardi, si parla di rimborsi fiscali e non di crediti commerciali).

Il Mef mette comunque in evidenza il forte incremento dell'erogazione (+27%) e dei pagamenti (+20%) rispetto alla precedente rilevazione del 21 luglio scorso e ridimensiona l'intero fenomeno. Limitandosi al debito "patologico", dunque scaduto e non oggetto di conten-

zioso, la massa da aggredire si ridurrebbe a 50 miliardi e dunque «le risorse fin qui stanziati sembrano essere più che sufficienti». È vero, ammette il Mef, che non è stato già pagato l'intero importo stanziato ma le ragioni vanno ricercate a livello locale. Molti Comuni hanno rallentato la richiesta di risorse perché hanno smaltito la gran parte degli arretrati mentre le Regioni sono fermate dal patto di stabilità interno, hanno problemi di contabilizzazione nei bilanci o non riescono a predisporre piani di pagamento dettagliati. Tra settembre e novembre, comunque, dovrebbero essere erogati

dal Tesoro agli enti debitori altri 9 miliardi.

Un'analisi completa dell'arrogamento pagamenti della Pa richiede però una distinzione tra spese correnti e spese in conto capitale. Mentre sulle prime il governo può procedere senza remore, nel secondo caso - relativo agli investimenti - restano grosse criticità per il rischio di sfiorare i vincoli dell'indebitamento netto (per il governo sarebbero incagliati solo 2-3 miliardi, per i costruttori dell'Ance le cifre sarebbero sensibilmente superiori).

E non è l'unico aspetto meritevole di approfondimento. Dal mondo sanitario, altro grande universo dei creditori della Pa, giungono diverse obiezioni. Assobiomedica sottolinea che, su oltre 3 miliardi di scoperto, 1,4 miliardi «non possono essere restituiti perché i debiti delle Regioni commissariate sono esclusi dal sistema di certificazione del ministero dell'Economia».

Il punto di soddisfazione reciproca, tra governo e imprese, appare dunque ancora lontano. Continuano ad esempio le segnalazioni su ritardi di pagamento relativi ai nuovi contratti. Su questo punto però il governo rilancia, promettendo «la riduzione generalizzata a 30 giorni» grazie all'introduzione della fatturazione elettronica e alle nuove regole di contabilità per le pubbliche amministrazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Spesa pubblica

● La spesa pubblica è l'aggregato di contabilità nazionale che raccoglie il totale delle uscite di un anno dell'intera Pubblica amministrazione. La spesa si divide in uscite correnti (che comprendono stipendi, consumi intermedi, pensioni, interessi passivi eccetera) e uscite in conto capitale (che riguardano, invece, investimenti fissi lordi, contributi in conto capitale e altri trasferimenti).

## Il monitoraggio sui debiti della Pa

### GLI ARRETRATI

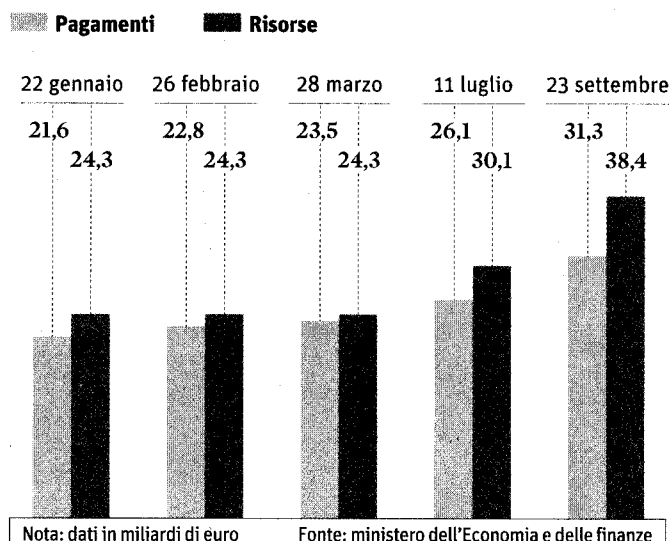
Pagamento debiti maturati dalle Pa entro il 31/12/2013 - In milioni

Enti debitori	Risorse stanziare	Risorse erogate agli enti debitori	Pagamenti effettuati ai creditori
Stato	7.550	7.285	5.728
Regioni e Province autonome	33.189	21.099	17.877
Province e Comuni	16.100	10.000	7.697
<b>Importi totali *</b>	<b>56.839</b>	<b>38.384</b>	<b>31.302</b>
Importi totali **		68%	55%

\* In valore assoluto - \*\* In percentuale delle risorse stanziare

### RISORSE E PAGAMENTI

Aggiornamento del 23 settembre 2014



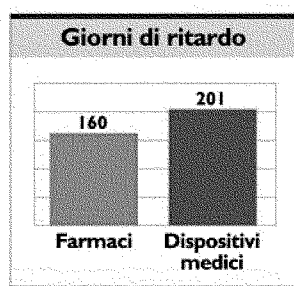
**RITARDI DI PAGAMENTO**

## La fattura può attendere

*Sempre alti i tempi d'attesa per i fornitori privati del Ssn*

I tempi di pagamento per farmaci (giugno) e dispositivi medici (luglio) migliorano lievemente ma i ritardi restano alti e il limite di legge dei 60 giorni resta un miraggio. Al traguardo sono arrivate solo Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia. I dati Assobiomedica e Farindustria.

A PAG. 5



LA MANOVRA/ I ritardi resistono: solo Valle d'Aosta e Friuli rimborsano entro 60 giorni

# Pagamenti lumaca in sanità

Molise e Calabria maglia nera - Tra dispositivi e medicinali rosso a 8 mld

I tempi di pagamento per i dispositivi medici, secondo gli ultimi dati di luglio di Assobiomedica, migliorano complessivamente di qualche giorno, passando a 201 giorni (la media nazionale nel mese precedente era di 204). Lo stesso valore era stato raggiunto a maggio. Segno che il trend in discesa avviato nei primi mesi dell'anno (a gennaio si era partiti da 215) si è fermato nell'ultimo trimestre.

Nonostante il miglioramento rispetto a gennaio, va ricordato che si tratta comunque e ancora di tempi decisamente superiori rispetto a quanto stabilito dalla normativa comunitaria.

L'obiettivo - lontano - resta quello dei 60 giorni previsti dalla legge sui debiti sanitari. Per alcune Regioni sembra un miraggio. Il record assoluto della fattura dimenticata continua a essere saldamente nelle mani del Molise, con 862 giorni (erano 854 a giugno e il dato peggiora costantemente negli ultimi tre

mesi). A precedere di poco il Molise troviamo la Calabria, che a giugno mette a segno un ritardo di 841 giorni (a giugno erano 843, il picco massimo dell'anno ad aprile con 848 giorni). Terza nella classifica della lentezza la Campania, con 341 giorni (367 a giugno). La più rapida in assoluto è la Valle d'Aosta, unica realtà in Italia a raggiungere finalmente il limite di legge dei 60 giorni (erano 77 a gennaio). Si avvicinano il Friuli Venezia Giulia, con 80 giorni (erano 90 a gennaio) e il Trentino Alto Adige con 83 giorni di ritardo.

Lo scoperto più elevato per i pagamenti relativi ai dispositivi medici, sempre a luglio, si registra in Campania con circa 441 milioni di euro, seguita dalla sanità laziale, che ha un debito pari a 395,7 milioni, e dalla Calabria, che deve pagare alle imprese 380,3 milioni di euro. Gli scoperti più bassi: in Valle d'Aosta (3,15 milioni), Basilicata (23,8 milioni) e in Trentino Alto Adige (con 28,9 milioni).

Come previsto da Assobiomedica non si è quindi verificata una sostanziale diminuzione dei giorni di ritardo. Si registra infatti uno scoperto nazionale che ancora ammonta a più di 3 miliardi e 500 milioni di euro, con un ritardo medio di 201 giorni. Dati che non fanno certo sperare a breve termine in un saldo delle fatture a 60 giorni, come previsto dalla legge.

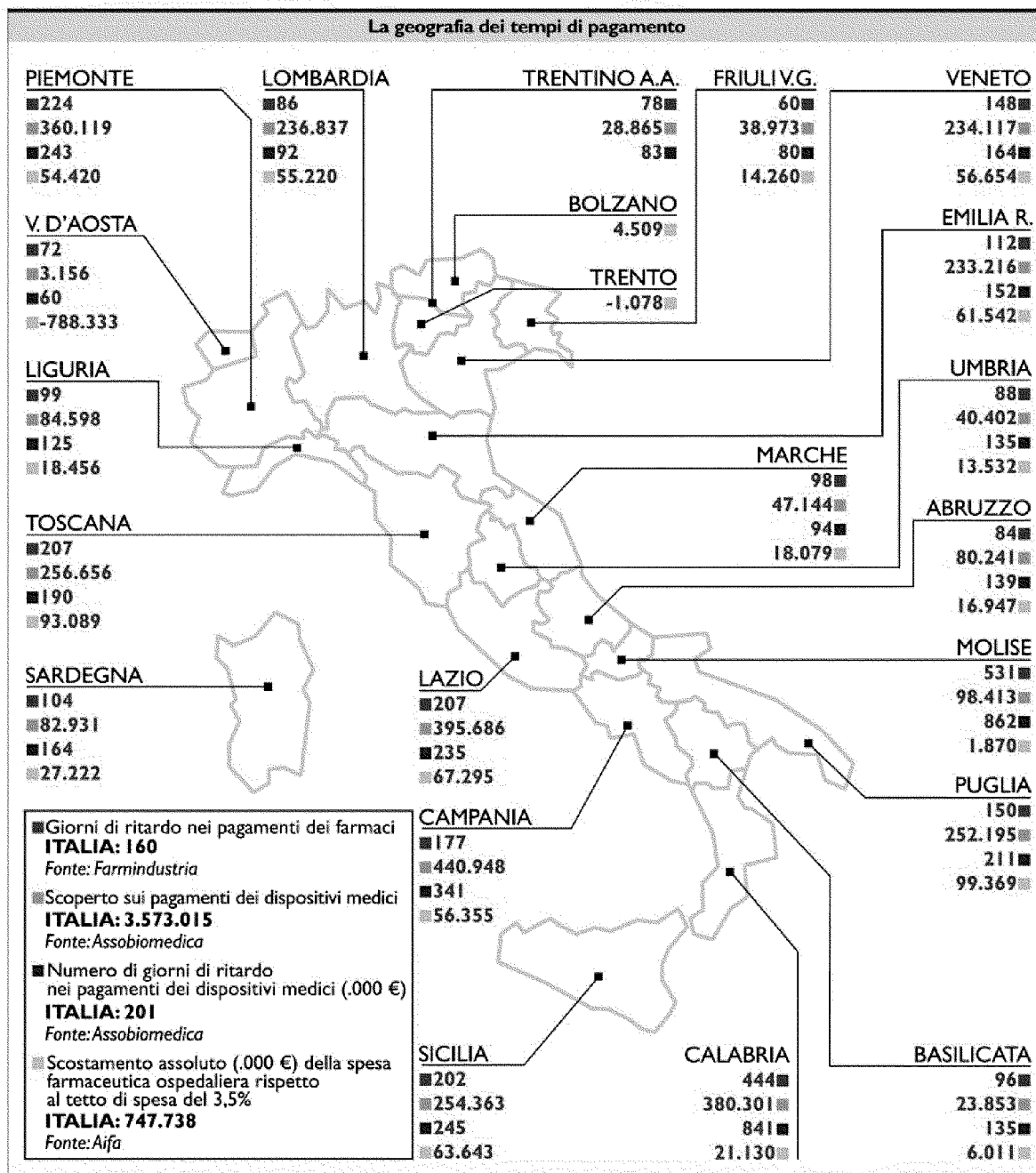
Il problema, come più volte sottolineato dall'Associazione delle imprese delle tecnologie mediche, è alla base del sistema dei pagamenti: le anticipazioni di liquidità si configurano come prestiti onerosi che lo Stato concede alle Regioni e questo disincantava i governatori a richiederle, perché andrebbero poi a pesare sui bilanci regionali futuri.

Anche per i farmaci la situazione non è rosea. Secondo i dati di Farindustria sui tempi di pagamento per Regioni aggiornati a giugno 2014 (dati trimestrali) il ritardo medio nazionale è di 160 giorni. Il record è

detenuto dal Molise (531 giorni). Seguono la Calabria con 444 giorni di ritardo e il Piemonte con 224 giorni.

La Regione più virtuosa, unica ad aver raggiunto il limite di legge (60 giorni) è il Friuli Venezia Giulia. Si avvicinano alla legalità Valle d'Aosta (72 giorni) e Trentino Alto Adige (78 giorni).

Rosanna Magnano



**SPENDING&STABILITÀ**

## Il mistero della manovra

Lorenzin: non tocco il Fsn - Ma Renzi cerca 20 mld

**L**a promessa di Lorenzin è ormai un mantra: il Fondo sanitario non si tocca ed eventuali risparmi pro spending arriveranno dai tagli al ministero. Riorganizzazione dei posti letto e nuovi Lea, intanto, dovrebbero fruttare 900 mln. Ma la caccia di Renzi ai 20 milioni incombe.

A PAG. 4

Specialistica ed esenti	
N. totale ricette	207.120.506
Con esenzione	144.842.716
Percentuale su totale	69,93%

LA MANOVRA/ La spending incombe ma la ministra rassicura: «Niente tagli al Fsn»

# Lorenzin «la fata» del Ssn?

La promessa: forbice del 3% sul ministero e risparmi secondo Patto

**D**ove il premier **Matteo Renzi** scoperà quei 20 miliardi necessari alla spending review che dovrebbe far quadrare i conti della legge di stabilità, ancora non si sa. Di certo, a sentire **Beatrice Lorenzin**, il Fondo sanitario nazionale non sarà saccheggato. E la stella polare di ogni razionalizzazione/risparmio - promette la ministra - resta quel Patto per la salute che, siglato faticosamente il 10 luglio scorso, sembrava già buono per accendere i primi camineti autunnali.

Il suo mantra Lorenzin lo ha rilanciato pure la settimana scorsa durante il question time alla Camera: è in arrivo una sforbiciata del 3% alle spese del dicastero e «non al Fondo sanitario nazionale». Mentre Salute e Regioni «stanno lavorando per realizzare l'obiettivo definito nel Patto per la salute: la creazione di centrali uniche di acquisto regionali e di quella nazionale e l'avvio di un sistema di monitoraggio che definisca un prezzo standard. Parliamo - ha tenuto a precisare la ministra - di norme e accordi già

adottati e che ora devono essere puntualmente attuati». Interventi che - a partire dai nuovi Lea e dalla riorganizzazione degli ospedali - frutteranno almeno 900 milioni di risparmi nel prossimo anno. Almeno secondo gli auspici.

Musica, per le orecchie del leader dei governatori **Sergio Chiamparino**, che plaude alle rassicurazioni della ministra, giunte a fagiolo anche a raffreddare le boutade leghiste che ventilavano lo sciopero fiscale. «Una reazione doverosa - aveva minacciato il presidente **Roberto Maroni** - a un atto di ingiustizia quali sarebbero i tagli lineari nella sanità per Regioni virtuose come la Lombardia o il Veneto».

Al netto degli ultimi dati oggettivi e preoccupanti - tempi di pagamento duri a morire (v. pagina 5) e l'ulteriore record nello sfioramento della farmaceutica ospedaliera stimato dalle proiezioni Aifa a 1,5 miliardi - la lotta a sprechi e inapproprietezze resta insomma la priorità. Così come quella alla corruzione, che imperversa trasversalmente da Nord a Sud del Paese: il Libro bianco 2014 realizzato da Ispe-Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) presentato giovedì scorso alla Camera di com-

mercio di Roma riporta cifre da capogiro: sei miliardi l'anno tra corruzione e frodi sanitarie, che arrivano a ben 23 mld se si tiene conto pure di sprechi e inefficienze. Altro che spending: sconfiggere questa piovra che succhia risorse alle tasche e alle cure degli italiani significherebbe colmare - e avanzerebbero 3 mld - la voragine dei 20 miliardi di cui il premier è a caccia.

In attesa che il miracolo si compia e che la cronaca non debba più registrare scandali da tangenti e corruzione in sanità, ministero e Agenas si rimboccano le maniche. L'Agenzia,

promette il Dg Francesco Bevere, punta tutto sull'efficienza ed è già al lavoro sulla «sperimentazione di sistemi di allerta idonei a monitorare l'efficienza gestionale delle aziende sanitarie e dei singoli sistemi sanitari, ma anche - così come aveva intuito sin dal principio il ministro Lorenzin - a scongiurare la realizzazione di comportamenti illeciti». Infine, l'annuncio di un nuovo modello di gestione dei rischi nel sistema di governance e nella realizzazione, in collaborazione

con la Scuola nazionale dell'amministrazione, di una sezione per l'alta formazione manageriale in ambito sanitario, che tra gli altri temi si occupa di corruzione e conflitto di interessi.

Barbara Gobbi

**Bevere (Agenas):  
«Target efficienza»**

**Distribuzione delle ricette di specialistica ambulatoriale per tipologia di esenzione - Anno 2012**

Regione	Numero ricette	Con esenzione		Di cui esenzioni per				
		Numero ricette	% su totale ricette	Condizione *	Malattia rara	Patologia	Invalidi di guerra	Reddito
				Numero ricette	Numero ricette	Numero ricette	Numero ricette	Numero ricette
Piemonte	24.863.631	16.530.823	66,49	3.504.068	185.863	6.018.430	11.544	6.069.762
Val d'Aosta	436.140	234.918	53,86	52.717	2.160	67.919	87	111.460
Lombardia	37.428.286	25.197.892	67,32	4.974.163	260.761	8.262.702	12.422	11.635.333
Bolzano - Pa	2.028.151	1.353.954	66,76	490.627	6.551	377.741	1.174	475.412
Trento - Pa	1.841.553	987.285	53,61	242.200	5.736	321.452	667	416.065
Veneto	17.235.457	10.634.953	61,70	1.841.818	76.320	3.897.064	8.609	4.559.437
Friuli V.G.	4.179.092	2.706.445	64,76	505.703	24.505	1.071.608	3.642	1.083.297
Liguria	5.163.817	3.316.529	64,23	691.412	23.877	781.155	5.014	1.792.161
Emilia Romagna	17.554.519	10.903.186	62,11	2.748.355	107.021	3.639.476	12.516	4.394.381
Toscana	11.780.923	7.441.860	63,17	1.229.027	104.968	2.245.961	10.493	3.596.615
Umbria	3.585.355	2.359.184	65,80	706.636	18.454	672.431	3.455	936.248
Marche	4.505.254	3.078.011	68,32	812.221	19.138	723.443	4.725	1.518.362
Lazio	20.432.140	14.723.574	72,06	3.784.053	161.816	3.597.949	44.998	6.591.767
Abruzzo	4.044.914	2.954.213	73,04	872.722	27.087	758.578	4.154	1.266.535
Molise	1.065.652	844.515	79,25	139.588	6.727	256.319	1.470	437.613
Campania	12.800.860	11.015.994	86,06	2.620.026	47.848	2.087.533	13.230	6.198.944
Puglia	11.742.950	9.627.748	81,99	2.153.344	58.016	2.523.879	4.948	4.862.054
Basilicata	1.892.219	1.370.863	72,45	358.204	6.967	312.683	717	667.605
Calabria	5.217.826	4.381.336	83,97	892.775	34.360	903.666	5.432	2.493.020
Sicilia	13.786.292	10.997.995	79,77	2.781.078	48.409	1.998.229	10.516	6.084.829
Sardegna	5.535.475	4.181.438	75,54	1.203.333	40.097	1.179.984	2.193	1.743.467
<b>Totale</b>	<b>207.120.506</b>	<b>144.842.716</b>	<b>69,93</b>	<b>32.604.070</b>	<b>1.266.681</b>	<b>41.698.202</b>	<b>162.006</b>	<b>66.934.367</b>

(\*) Gli esenti per condizione sono gli invalidi (a eccezione degli invalidi di guerra per i quali è previsto un codice esenzione specifico), i ciechi assoluti, i sordomuti, gli infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali, le donne in stato di gravidanza ordinaria (dalla 1<sup>a</sup> alla 41<sup>a</sup> settimana), le donne in stato di gravidanza a rischio, i pazienti in possesso di esenzione in base alla legge 210/1992, i detenuti e internati, i pazienti in possesso di esenzione in base alla legge 302/1990, gli obiettori di coscienza in servizio civile, i soggetti ai quali vengono effettuate prestazioni diagnostiche per screening, i soggetti ai quali vengono effettuate prestazioni specialistiche correlate alla donazione, i cittadini extracomunitari non in regola privi di risorse economiche ai quali vengono effettuate prestazioni ambulatoriali urgenti

Fonte: Flusso di specialistica ambulatoriale articolo 50 (legge 326/2003)

## Ricerca: il Programma 2014-16

Il 23 settembre approda alla Stato-Regioni il Programma nazionale della ricerca sanitaria 2014-2016. Ma incombe la tagliola della spending. (Servizio a pag. 14)

*Pronto il programma 2014-2016, ma aleggia il fantasma della spending review*

# Ricerca sanitaria, sì al piano

**Tra le priorità il sostegno all'innovazione clinica a partire dall'Hta**

### STRATEGIA

**I**l ministero della Salute pianifica la ricerca sanitaria da qui al 2016. Il 23 settembre approda alla Stato-Regioni per il primo esame tecnico il Programma nazionale della ricerca sanitaria 2014-2016 con cui sono fissate priorità e strategie per finanziarie la ricerca corrente e quella finalizzata. Ma sul programma - che non indica le risorse a disposizione - incombe la tagliola della spending review, come ha fatto sapere lo stesso ministro della Salute Beatrice Lorenzin che tra i tagli del 3% ai fondi del ministero annovera anche quelli della ricerca.

**Ecco le priorità per i prossimi tre anni.** La bozza di programma all'esame delle Regioni prevede innanzitutto che gli obiettivi della ricerca sanitaria siano coerenti con le strategie Ue: dal nuovo programma Horizon 2020 fino al nuovo piano "Salute per la crescita" 2014-2020 da poco approvato da Bruxelles. Ma tra le altre priorità nazionali ci sono anche il «sostegno ai processi di innovazione tecnologica, clinica e organizzativa» (a cominciare dall'Hta, l'Health technology assessment), «un'attenzione sistematica al tema del trasferimento delle conoscenze» per favorire la penetrazione nella pratica clinica dei risultati della ricerca e poi azioni per «favorire una migliore percezione del valore della ricerca in Italia». Fin qui le priorità generali a cui dovranno guardare le diverse ramificazioni della ricerca sotto la stella del Ssn (biomedica-clinica; assistenziale-gestionale; sicurezza ambientale e del lavoro; benessere animale; sicurezza alimentare). Priorità su cui lavorerà anche la ex commissione nazionale ricerca sanitaria che secondo il programma avrà due ruoli: quello di indirizzo e di verifica dei risultati.

**La divisione delle risorse e la tagliola della spending.** Il programma nazionale della ricerca sanitaria in attesa che vengano stanziati le risorse fissa subito alcuni paletti importanti: innanzitutto la divisione

del budget complessivo della ricerca che negli anni, va detto, si è assottigliato.

La ricerca corrente - quella che finanzia tutti - assorbirà almeno il 55% delle risorse disponibili (in passato la torta si è aggirata tra i 150 e i 200 milioni) e la ripartizione avverrà in base ad alcuni criteri di efficienza: il 40-50% dei fondi sarà attribuito in base alla produzione scientifica, un altro 30-40% in base ai criteri di appropriatezza, esiti, qualità complessiva e il restante 15-25% sulla base della capacità di operare in rete. Un altro 7% del budget complessivo della ricerca sanitaria sarà destinato agli investimenti in "conto capitale" per investire nell'acquisto di strumenti e apparecchiature per la ricerca. Il resto, il 38% della torta, finirà alla ricerca cosiddetta "finalizzata", quella a bando (nella bozza di programma c'è anche uno schema) che mette in gara in particolare gli Irccs, gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. L'ultimo bando, quello del 2013, diventato operativo lo scorso giugno ha messo in palio in tutto 76 milioni (di cui una parte destinata ai giovani ricercatori under 40). Ora però sul futuro delle risorse incombe già una certezza, quella del taglio della spending review: «Abbiamo fatto un taglio del 3% al budget del ministero della Salute, non al fondo sanitario. Sono circa 40 milioni», ha spiegato il ministro Beatrice Lorenzin. Che chiarisce come i tagli siano: «In parte sul fondo per la ricerca scientifica».

**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Ricetta elettronica: digitale più di una su dieci**

A luglio l'11% delle prescrizioni è in formato elettronico. Il punto di Promofarma. (Servizio a pag. 7)

MONITORAGGIO PROMOFARMA/ A luglio l'11% delle prescrizioni è elettronico

# Una ricetta su dieci è digitale

I risultati migliori nelle Regioni che utilizzano il sistema centrale Sac

**L**a nuova sfida della sanità digitale è ormai in atto. Si tratta di uno snodo fondamentale per mantenere in equilibrio i conti della nostra sanità, un percorso obbligato per garantire la sostenibilità del sistema.

Ciò vale sia a livello di erogazione delle prestazioni - e ci riferiamo a esempio alla telemedicina - sia per quanto riguarda il sistema della generazione, del monitoraggio e del controllo delle prescrizioni. Con la ricetta dematerializzata sarà infatti possibile l'eliminazione dell'oneroso sistema di stampa e distribuzione dei ricettari su carta filigranata da parte del Poligrafico dello Stato, nonché dell'ancor più onerosa attività di verifica contabile delle prescrizioni da parte delle Asl. In attesa che il Patto per la

Sanità Digitale 2015-2018 definisca in maniera organica obiettivi, ruoli e mezzi, facciamo il punto sulla ricetta farmaceutica dematerializzata. Si tratta di un progetto molto articolato che l'Agenda Digitale (dicembre 2012) prevede di portare a regime entro il 2015. Numerosi gli operatori e le strutture coinvolte, ma anche i 60 milioni di cittadini che, chi più chi meno, ogni anno utilizzano gli oltre 600 milioni di ricette di farmaci che si registrano annualmente.

Gli ultimi dati (luglio 2014) ci dicono che, su base nazionale, l'11% delle ricette farmaceutiche è prescritto ed erogato in modalità dematerializzata. Tuttavia, è opportuno disaggregare i dati su base regionale (e talvolta provinciale), in modo da comprendere come le diverse scelte

regionali hanno inciso sull'attuale livello di implementazione del progetto. La prima divisione è relativa alla scelta tecnologica effettuata da ciascuna Regione (tabella 1). Alcune Regioni hanno scelto il sistema di accoglienza centrale (Sac), voluto dalla Rgs e realizzato da Sogei, altre hanno invece optato per un sistema autonomo regionale (Sar). Sulla base delle esperienze acquisite sul territorio, sono le Regioni che utilizzano il Sac ad aver ottenuto i migliori risultati. Nella tabella 2 si rappresentano i dati relativi alle Regioni nel mese di luglio. Intanto ci avviciniamo al passaggio della validità nazionale della ricetta dematerializzata, come già previsto dalla legge e la cui applicazione potrà essere effettiva solo quando tutte le Regioni si saranno attivate.

**Daniele D'Angelo**  
**Gianni Petrosillo**  
Promofarma Srl (Società di servizi di Federfarma)

**Tabella 1 - La scelta del supporto tecnologico**

Regione	Stato di attivazione
<b>Regioni Sac (Sistema di accoglienza centrale)</b>	
Valle d'Aosta	A regime
Sicilia	A regime
Basilicata	A regime
Molise	Sperimentazione in corso
Campania	Sperimentazione in corso
Liguria	Sperimentazione in corso
Piemonte	Sperimentazione in corso
Toscana	Sperimentazione in corso
Marche	Sperimentazione in corso
Friuli Venezia Giulia	Sperimentazione in corso
Calabria	Definizione attività preliminari
Abruzzo	Definizione attività preliminari
Sardegna	Definizione attività preliminari
Lazio	Definizione attività preliminari
Umbria	Definizione attività preliminari
<b>Regioni Sar (Sistema di accoglienza regionale)</b>	
Trentino	A regime
Veneto	A regime
Lombardia	Sperimentazione in corso
Emilia Romagna	Sperimentazione in corso
Puglia	Definizione attività preliminari
Alto Adige	Definizione attività preliminari

**Tabella 2 - Ricetta dematerializzata per Regione**

Regione	Tot. ricette	Ric. demat.	%
Piemonte	3.748.887	618.049	16,49
Valle d'Aosta	94.983	31.744	33,42
Lombardia	3.856.853	5.587	0,14
Pa Trento	383.515	299.229	78,02
Veneto	3.225.580	44.317	1,37
Friuli V.G.	1.025.761	125.269	12,21
Liguria	1.377.912	9.901	0,72
Emilia R.	3.435.439	149.396	4,35
Toscana	1.227.076	9.107	0,74
Marche	1.468.388	133.073	9,06
Molise	275.586	336	0,12
Campania	384.247	2.670	0,69
Basilicata	535.659	338.288	63,15
Sicilia	4.796.664	4.013.706	83,68
Sardegna	808.254	514	0,06



**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

# Notizie dalle Province



**Venafro • Il Comune aderisce all'iniziativa volontaria che vede in campo le associazioni coordinate da Lino Buttari**

# Al via il censimento oncologico

*La finalità dello studio è innanzitutto prevenire le patologie tumorali con l'eliminazione dei fattori di rischio*

Dopo diversi comuni della Valle del Volturno anche Venafro attiva il "censimento oncologico", una sorta di Registro dei Tumori 'volontario' e lo fa aderendo, con delibera di Giunta n. 179 del 18 settembre, all'iniziativa dell'organizzazione presieduta da Lino Buttari.

Il Comune allestirà, sul suo sito telematico, un portale denominato [www.censimentooncologico.it](http://www.censimentooncologico.it), "nel quale ciascun cittadino può inserire, in modo del tutto anonimo, garantendo quindi il totale rispetto della privacy, i dati associati alla patologia contratta ed altre informazioni utili per geolocalizzare il fenomeno ed individuare correlazioni di rischio". A questa meritevole iniziativa già hanno aderito altri importanti Comuni, come Isernia, Pozzilli e Sesto Campano. Col link si attiva anche un codice segreto che può essere rilasciato ad un incaricato del Comune oppure ad associazioni di volontariato attive sul territorio, in difesa della salute dei cittadini.

Ed in questo caso viene da pensare all'Associazione "Mamme per la salute e l'Ambiente" oppure ad associazioni ambientaliste. L'iniziativa nella pratica anticipa il "Registro dei Tumori", che dovrebbe partire con legge regionale e che sembra finito nel dimenticatoio. Presto il sito telematico ufficiale del Comune di Venafro avrà un link dedicato al censimento oncologico su base

volontaria. Tra l'altro questa bella iniziativa, oltre che essere utile sul piano sociale e sanitario alla città, non costa nulla alle casse comunali.

Il link rappresenta una sorta di finestra aperta per incominciare a compilare dati statistici relativi alla diffusione di alcune patologie tumorali, al loro eventuale incremento ed ai rischi maggiori collegati con un ambiente sempre più inquinato.

Offre anche elementi ed occasioni di ricerca per possibili guarigioni, collegate alle cure, all'età ed alla situazione sociosanitaria del paziente. Venafro spesso è finita sotto i riflettori della cronaca per un inquinamento fuori dal comune, certificato anche da dati statistici dell'Arpa sulle polveri sottili e persino sul ritrovamento di tracce anomale di diossina nella carne di un paio di vitelli d'allevamento e nel latte materno di alcune donne, con una ricerca sistematica delle "Mamme per la salute". Ecco perché il censimento oncologico, voluto dall'amministrazione comunale risulta di straordinaria utilità pratica e scientifica. Serve a curare, ma soprattutto a prevenire con l'eliminazione di fattori di rischio patologie tumorali.

Va infine precisato che a lavorare per portare a compimento il "censimento" è stato soprattutto l'assessore Angelamaria Tommasone, la quale dichiara: "E' nostro dovere di amministratori

stare a fianco dei cittadini per affrontare e risolvere tutti i loro problemi. Ma soprattutto per migliorare la qualità della loro vita, con riferimento particolare al potenziale inquinamento. In questo momento il registro dei tumori consente di disporre di dati significativi sulle principali patologie tumorali e sulla loro incidenza sulla popolazione venafra. In riferimento alla età, alle condizioni sociali e soprattutto all'ambiente malato ed inquinato. Come amministratori dobbiamo avere sempre un riferimento essenziale nel territorio: il benessere di tutti i cittadini. I dati raccolti consentiranno anche a noi amministratori di lavorare ed intervenire nel migliore dei modi, in sinergia con le altre istituzioni preposte e soprattutto con quelle sanitarie".

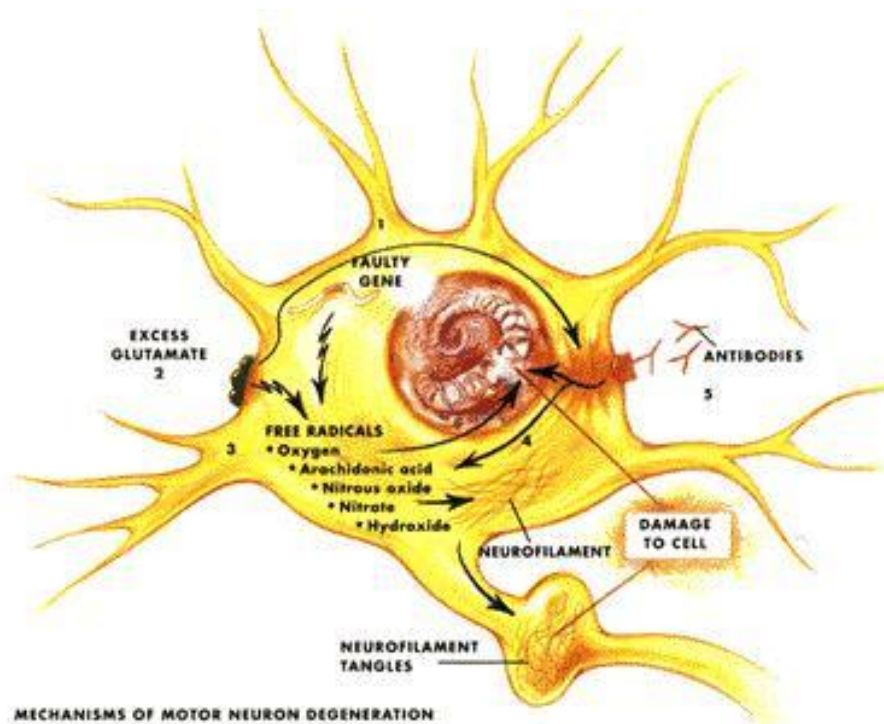
*Ciascun cittadino potrà inserire in modo del tutto anonimo i dati associati alla patologia contratta per geolocalizzare il fenomeno*





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



Lunedì la Giornata mondiale del cuore  
screening gratuiti e focus sui rischi

# Dieta e sport per evitare 4 infarti su 5

## LO STUDIO

**U**na dieta sana insieme allo sport, al mantenimento del peso, al ridotto consumo di alcol e all'astensione dal fumo, diminuiscono il rischio d'infarto dell'86%. Una vita, cosiddetta, virtuosa permette di evitare 4 infarti su 5.

È quanto emerge da uno studio su 21mila uomini dai 45 ai 79 anni, condotto per 11 anni dal Karolinska Institutet di Stoccolma e pubblicato sul Journal of the American College of Cardiology pochi giorni prima della Giornata mondiale del cuore, lunedì 29 settembre. Secondo gli autori gli infarti si sono ridotti negli anni soprattutto grazie agli avanzamenti medici e diagnostici, mentre anco-

ra molto si potrebbe ottenere in termini di riduzione attraverso programmi di prevenzione. Per la Giornata sono in programma eventi e appuntamenti ([www.fondazionecuore.it](http://www.fondazionecuore.it)). A Roma, lunedì prossimo dalle 16 alle 18, al Parco di Villa Paganini incontro "Cardiosalus Onlu", per ragazzi e genitori.

In Campania a Torre Orsaia e a Rofrano in provincia di Salerno, ma il 19 ottobre, saranno effettuati screening anche all'interno del parco nazionale del Cilento, per una giornata di prevenzione cardiovascolare rivolta ad una fascia d'età compresa tra i 6 e 65 anni, con cinque cardiologi. Circa 200 persone saranno sottoposte a visita medica gratuita, con ECG e calcolo del BMI (info: 320-0460113 - [info@onlus-carminesperanza.org](mailto:info@onlus-carminesperanza.org)).

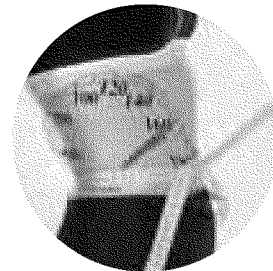
## I PARAMETRI

I cardiologi consigliano di tenere sotto controllo i valori della pressione, il colesterolo, il glucosio e i trigliceridi. Oltre che il peso, l'indice di massa corporea e la circonferenza vita. E assicurano i risultati come dimostra uno studio dell'Anmco (Associazione nazionale

**«IL MESSAGGIO È STATO  
RECEPITO, COLESTEROLO  
E INDICE DI MASSA  
CORPOREA IN CALO»**

Francesco Bovenzi  
presidente Anmco

Le regole



► **Controllare pressione, colesterolo, glucosio, trigliceridi, peso, indice massa corporea e misure vita. Chiedere al medico il rischio cardio-vascolare**

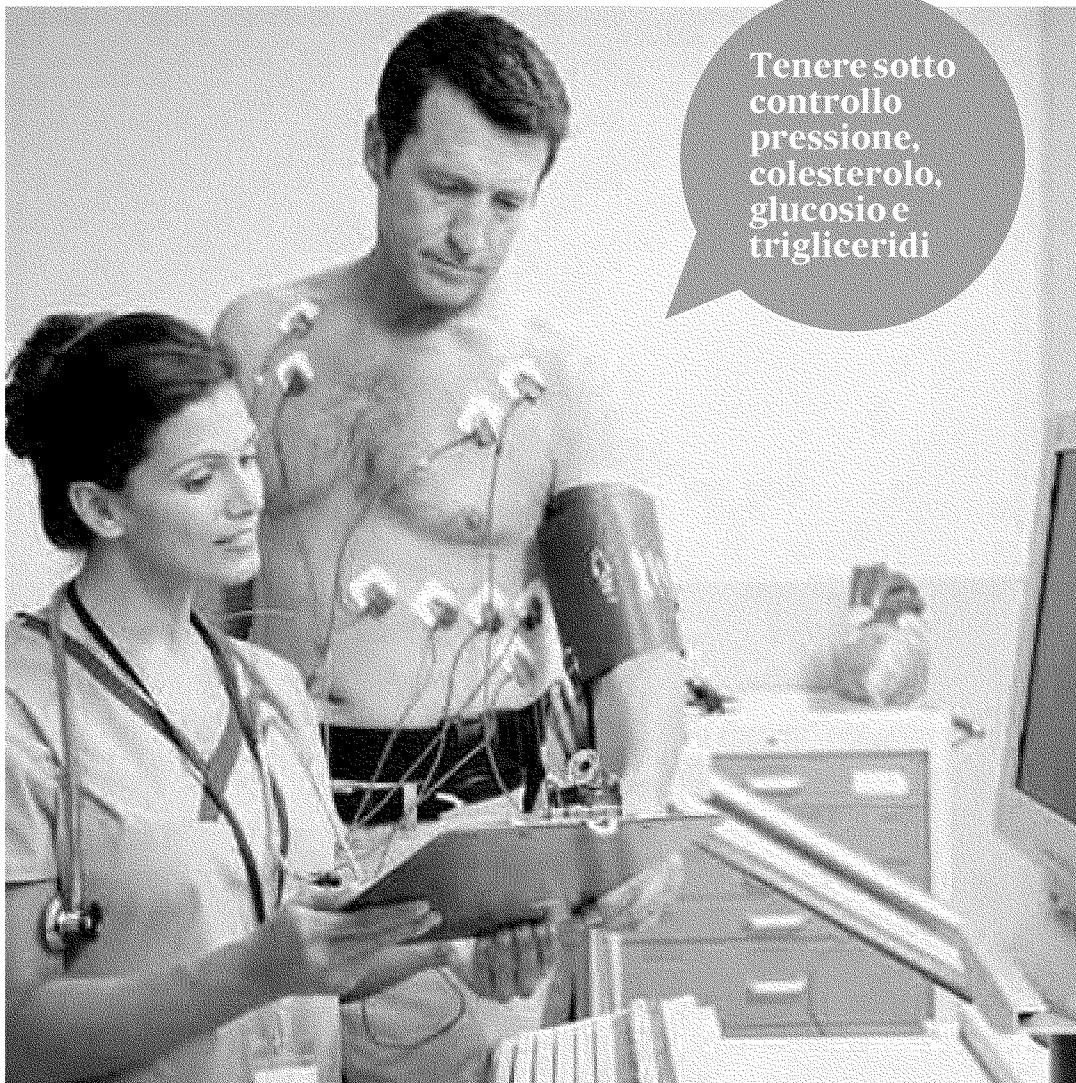


► **Limitare i cibi preconfezionati spesso con zuccheri, sale e grassi. Limitare gli insaccati, carne due o tre volte alla settimana**



► **Smettere di fumare: dopo un anno il rischio di malattia cardiovascolare si dimezza. Chi fuma ha una probabilità doppia di essere colpito da infarto**

(C) Il Mattino S.p.A. | ID: 00191397 | IP: 93.41.51.169



Tenere sotto controllo pressione, colesterolo, glucosio e trigliceridi

emidici cardiologi ospedalieri) su 3500 pazienti che, in 20 anni, hanno visto diminuire i fattori di rischio cardiovascolare, contribuendo a ridurre l'incidenza di attacchi di cuore e ictus. Pazienti che hanno ridotto il peso e supervisionato pressione e colesterolo. «Il nostro campione ci ha dimostrato che nell'ultimo ventennio gli italiani hanno cominciato a prendersi un po' più cura del cuore spiega Francesco Bovenzi, presidente Anmco - L'indice di massa corporea, ad esempio, risulta in lieve calo. Migliorati anche i livel-

li di chi non prende farmaci: grazie forse ad un'alimentazione più attenta. I messaggi iniziano ad arrivare. La quota di persone con colesterolo alto che oggi riesce ad avere esami non troppo sballati è passata dal 10% a quasi il 40%. Il dato che preoccupa per il futuro prossimo venturo è quello dell'obesità. Gli specialisti temono un pesante e rischioso rialzo generale del peso. I bambini (22% over-size tra gli 8 e i 9 anni) e i giovani adulti (9,7% sono dichiarati obesi) già mostrano una tendenza che non lascia sperare niente di buo-

no. L'aumento del numero degli obesi potrebbe far invertire il trend. Oltre che l'impennata di pazienti donne con seri problemi cardiovascolari. Muoiono più degli uomini contrariamente a quanto si credeva in passato. «Queste malattie al femminile - è l'analisi della Società italiana di cardiologia - sono anche più "cattive" anche perché compaiono in età più avanzata con la perdita dello scudo degli estrogeni dopo la menopausa».

**Antonio Caperna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## 40mila

I pazienti che ogni anno in Italia entrano in sala operatoria per problemi legati alla tiroide

## 70%

Delle persone colpite da malattie della tiroide è donna. In aumento anche i casi tra i bambini



### La manifestazione

#### Midollo osseo via alla campagna per le donazioni

Torna anche quest'anno, sabato 27 settembre, l'evento che vede i volontari Admo (Associazione donatori midollo osseo - [www.admo.it](http://www.admo.it)) i clown Vip Italia ([www.ehituhaimidollo.org](http://www.ehituhaimidollo.org)) e i medici dei centri trasfusionali scendere in 80 piazze italiane per sensibilizzare i giovani dai 18 ai 35 anni sul tema della donazione del midollo osseo. Grazie alla presenza di emoteche mobili sarà possibile effettuare un semplice prelievo di sangue (o di saliva) per essere tipizzati e, quindi, inseriti nel Registro nazionale dei donatori di midollo. L'edizione 2014 si svolge contemporaneamente anche nelle piazze francesi e spagnole. «La simultanea mobilitazione di Italia, Francia e Spagna a favore della donazione - afferma Alessandro Nanni Costa direttore del centro nazionale trapianti - non può essere certamente ridotta a una semplice azione simbolica. Tutti e tre i Paesi europei si impegnano ad aumentare concretamente il numero dei potenziali donatori di cellule staminali emopoietiche». Alcune malattie del sangue o malattie tumorali (leucemie o anemia aplastica) come anche alcune malattie genetiche, possono essere curate con il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche. Si può stimare che solo in Italia circa un migliaio di persone ogni anno, quasi la metà bambini, potrebbero trarre beneficio da questa terapia.

## Nella vita ci vuole cuore

**N**ella vita ci vuole cuore, serve sentimento, è fondamentale il rispetto. Per gli altri, per noi stessi. E per la nostra salute. Perché pulsa il cuore, quando è sano neppure ci pensiamo, è naturale che sia così. Ma è da lì (e non solo, chiaro) che parte tutto, che inizia e si consolida il nostro star bene. O no. Un fatto di cuore (anche) la nostra vita. Ma al cuore non si comanda, che non è uno slogan o uno dei tanti modi di dire così facili da smerciare al grande supermarket della salute, quello dove la salute è un mercato, appunto, una delle tante chance per i mercanti di malattie che fanno moneta. E la giornata mondiale del Cuore, che si terrà il 29 settembre, è un'occasione per fare del muscolo della vita l'attore principale della nostra esistenza. Con la prevenzione, da subito, dalla nascita, dalla scuola. La cura costante, la cultu-

ra che è il cuore del nostro cuore. Dalle complicanze in agguato, dalle patologie più esposte, dal genere. E dall'attenzione di chi ha il cuore di fare del cuore il suo obiettivo: le Onlus e il volontariato. Che ci aiutano. E intanto sono bastonate dal fisco. Dallo Stato, cioè. (r.tu.)

A PAG. 10-11

La Giornata mondiale del 29 settembre: tra cure e nuovi pericoli

# «Al cuore non si comanda» Avanti tutta con la prevenzione

**D**opo l'assemblea Onu del 2011 sulle malattie croniche, i Paesi Oms hanno fissato un elenco di obiettivi globali da raggiungere entro il 2025. La piattaforma perfezionata dai Paesi Oms prevede nove target (sintetizzati a fianco) e uno scopo finale, il "25by25 goal": ridurre del 25% la mortalità prematura legata a tumori, infarti&Co.



**World Heart Day**

AT THE HEART OF HEALTH

«Heart-healthy environments», ossia «un ambiente sano per un cuore sano» è il tema che la "Giornata Mondiale per il Cuore", un evento promosso

ogni anno nel mondo dalla "World Heart Federation" di Ginevra, propone per il 2014. L'evento quest'anno si celebrerà il 29 settembre e, in Italia sarà organizzato dalla Fondazione italiana per il Cuore con la collaborazione di Conacuore (ente che racchiude numerose associazioni di pazienti con malattia cardiovascolare) e della Federazione italiana di Cardiologia, il tutto patrocinato da diverse e prestigiose società nazionali e internazionali. L'estrema importanza dell'evento è testimoniata non solo dal fatto che le malattie cardiovascolari sono a tutt'oggi la prima causa di morte nel mondo e soprattutto dei Paesi sviluppati e/o in via di sviluppo, ma anche dal fatto che la prevenzione e la cura delle malattie cardiovascolari, e quindi la salute del cuore, sono al centro di programmi sanitari nazionali e internazionali.

A esempio, durante gli Stati generali della Salute il ministero della Salute ha recentemente dato ampia rilevanza al tema della prevenzione e della ricerca. Dopo l'Assemblea dell'Onu del 2011 l'Organizzazione mondiale della Sanità sviluppava un piano d'azione per consentire il monitoraggio delle principali malat-

tie non trasmissibili (ossia non indotte da patogeni tipo virus e batteri) e dei loro fattori di rischio, generando nel 2012 il progetto 25by25. Nel 2013, la World heart federation (Whf), che già nel 2012 aveva accolto il messaggio dell'Oms, attivava il "Champion Advocate Program" ossia un programma internazionale il cui obiettivo è di ridurre del 25% entro il 2025 le morti premature causate da malattie cardiovascolari; un obiettivo tanto ambizioso che potrà essere raggiunto solo con la collaborazione fra cardiologi, medici di medicina generale e altri operatori sanitari che dovranno cooperare al fine di realizzare gli interventi di prevenzione più appropriati. La Giornata Mondiale per il Cuore del 29 settembre 2014, nel raccogliere i messaggi citati, accende i propri riflettori sui programmi di miglioramento dell'ambiente, in sintonia con la salute del cuore per ridurre il carico dovuto alle malattie cardiovascolari. In Italia il percorso della

Whf e della Fondazione italiana per il Cuore troverà un collegamento sensibile con l'Expo 2015.

L'evento Expo 2015, "Nutrire il Pianeta", rinnova l'invito ad affrontare la salute dei cittadini con un approccio di tipo globale, ossia ponendo l'attenzione su numerosi aspetti finora trascurati, se non del tutto ignorati.

Fra questi troviamo le differenze di genere (la mortalità per malattie cardiovascolari è superiore nella donna (55% di tutti i decessi) rispetto a quanto rilevato nell'uomo (43%), e stili di vita e abitudini poco virtuosi che, quando presenti, possono promuovere l'insorgenza di fattori di rischio e di conseguenza di malattie cardiovascolari, con particolare riferimento all'infarto miocardico, all'ictus cerebrale e alla malattia vascolare periferica.

L'edizione 2014 della Giornata Mondiale per il Cuore abbraccia totalmente la filosofia dell'evento Expo 2015 e, a tal fine, promuove la partecipazione attiva dei cittadini nelle scelte per la salute del proprio cuore. Questa partecipazione attiva oltre a porre, come d'abitudine, l'attenzione al controllo dei principali fat-

tori di rischio di malattia cardiovascolare (fumo di sigaretta, ipertensione, diabete, obesità ecc), si traduce anche, e soprattutto, nel porre l'interesse su tutte quelle attività che possono migliorare lo stile di vita con interventi sull'alimentazione e le sue diverse componenti, sull'attività fisica e sul mantenimento/miglioramento delle aree in cui ogni soggetto vive. Quest'ultimo punto, anche se fino a oggi spesso trascurato, si sta adesso rivelando di particolare importanza. È infatti oggi chiaro che la prevenzione delle malattie cardiovascolari non può prescindere dal fatto che le città in cui viviamo siano disegnate in modo da permettere alla popolazione di fare scelte virtuose per la salute in tutti gli ambienti: lavoro, casa, svago ecc. Spesso, infatti, gli individui non possono effettuare tali scelte non per mancanza di volontà, ma a causa di fattori ambientali che ne impediscono l'attuazione. A esempio, rendere più sicuri e ben illuminati i quartieri delle città o la costruzione di parchi con "percorsi salute" potrebbe favorire l'attività fisica. O come creare e/o mantenere aree in cui non sia consentito fumare anche al-

l'aperto e non solo: i divieti di fumo in ambienti chiusi è infatti un altro degli aspetti che dovrebbe essere tenuto in considerazione per creare ambienti del tutto salutari.

Altra area di intervento estremamente importante riguarda l'implementazione di programmi educazionali volti a migliorare le scelte alimentari. È ormai provato, infatti, che limitare l'uso di cibi preconfezionati, favorendo pertanto il consumo di alimenti freschi e in particolare di pesce, frutta e verdura, ricchi di vitamine, sali minerali e antiossidanti, può ridurre il rischio cardiovascolare in modo significativo.

Iniziative di educazione sanitaria effettuate nelle scuole primarie potrebbero tradursi in una riduzione dell'insorgenza dei fattori di rischio e di conseguenza delle malattie cardiovascolari. A esempio, è provato che bambini obesi tendono in età adulta a sviluppare più fattori di rischio come diabete e ipertensione.

Non ultimo, iniziano a emergere dati che supportano l'importanza di agire anche su aspetti psicologici e socioeconomici. A esempio, l'implementazione di strutture volte a migliorare la

socializzazione potrebbe tradursi, soprattutto nei soggetti fragili anziani, in un miglioramento della qualità di vita con conseguenze inequivocabili anche sullo stato della salute.

Queste e altre semplici indicazioni saranno oggetto di dibattito durante la Giornata Mondiale del Cuore all'interno delle diverse iniziative. A esempio, le Farmacie di Milano, Lodi, Monza e Brianza distribuiranno ai cittadini materiale informativo con utili consigli volti a promuovere la prevenzione cardiovascolare e proporranno un questionario che permette l'autovalutazione del rischio cardiovascolare, perché "conoscere" è il primo passo per "risolvere".

**Elena Tremoli**  
presidente Fondazione italiana per il Cuore  
direttore scientifico Centro Cardiologico Monzino  
Università degli Studi di Milano



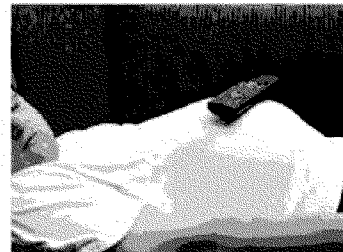
**-25%**  
DECESSI  
MALATTIE CRONICHE



**-10%**  
CONSUMO  
DI ALCOL



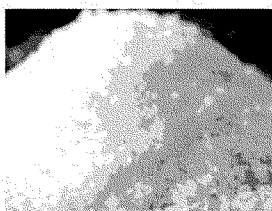
**-10%**  
DANNO DA INATTIVITÀ  
FISICA



**ALT**  
A CRESCITA  
DIABETE E OBESITÀ



**-25%**  
SOGGETTI  
IPERTESI



**-30%**  
CONSUMO  
DI SALE DI SODIO



**-30%**  
USO  
DI TABACCO



**50%**  
PAZIENTI A RISCHIO  
CURATI



**SI**  
ACCESSO A FARMACI  
E TECNOLOGIE

### I 25 indicatori monitorati

#### Nell'ambito della mortalità e morbilità:

- La probabilità incondizionata di morire tra i 30 e i 70 anni, per malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche
- L'incidenza e la tipologia del cancro

#### Nell'ambito dei fattori di rischio

- Uso dannoso dell'alcol
- Bassa assunzione di frutta e verdura
- Inattività fisica
- Consumo di sale
- Assunzione di grasso saturo
- Uso del tabacco
- Aumento del glucosio nel sangue o diabete
- Aumento della pressione arteriosa
- Sovrappeso e obesità
- Aumento del colesterolo totale

#### Nella risposta dei sistemi nazionali

- Lo screening del cancro cervicale
- La terapia e il consiglio farmacologico
- Le medicine e le tecnologie essenziali per le Ncd
- Il vaccino per l'Human papillomavirus
- L'approccio di marketing per i bambini
- L'accesso alle cure palliative
- Le politiche per limitare i grassi saturi e trans

---

**Al Monaldi**

---

**Cardiopatici congeniti, esperti a confronto**

Una volta superato indenni il periodo neonatale, possono vivere normalmente, frequentare una scuola, avere una occupazione, generare dei figli. Questa l'attuale condizione dei pazienti adulti con cardiologia congenita (circa 100 mila in Italia) che sabato e domenica prossimi, presso il centro di ricerche dell'ospedale Monaldi, saranno protagonisti di un

corso internazionale di studi presieduto dai professori Raffaele Calabrò e Maria Giovanna Russo e diretto dal dottor Berardo Sarubbi. Nell'ambito del Monaldi opera peraltro, da oltre 15 anni, una unità specificamente dedicata alla diagnosi e alla cura dei cardiopatici congeniti adulti. Tale unità, diretta da Sarubbi, è unica nel suo genere nell'Italia meridionale

e tra le prime in Europa per entità assistenziale e per l'utilizzo delle più sofisticate procedure. Al convegno parteciperanno specialisti provenienti da Usa e Germania e verranno anche discussi i più recenti risultati nel trapianto cardiaco e nell'assistenza meccanica, oltre che le più moderne tecniche nell'elettrostimolazione cardiaca.

# Sale iodato per prevenire il gozzo

## IL MINISTERO

**I**n Italia una persona su cinque ha problemi alla tiroide. Il nostro paese è considerato tra i più esposti in Europa alle patologie di questa ghiandola. Per trasmissione genetica, fattori ambientali ma anche inadeguata assunzione di iodio.

Il rischio di sviluppare una malattia della tiroide, secondo la regione in cui si vive, varia dal 4 al 60%. La probabilità di trovare un nodulo palpabile dal 5 al 10%. Tra

le zone più colpite, per trasmissione ereditaria, quelle di Frosinone, Latina, le Valli bergamasche e in montagna. In particolare in Piemonte Valle d'Aosta. Ogni anno vengono fatte circa 9.000 diagnosi di tumore alla tiroide.

E' nata da questa emergenza la campagna on line del ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)) per diffondere l'utilizzo di sale iodato e far conoscere le patologie della tiroide. «Nel caso di insufficiente assunzione di iodio - si legge - la ghiandola tiroide non è in grado di produrre quantità suffi-



cienti di ormoni tiroidei. La conseguenza più conosciuta della carenza di iodio è il gozzo, quindi l'ingrandimento della tiroide. Gravi anche i danni a carico del sistema nervoso centrale e periferico per il cui sviluppo gli ormoni tiroidei sono essenziali». Il 12% della popolazione è affetta da gozzo. Obiettivo della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (Siedp) è quello di prevenire le malattie causate dalla carenza di questo minerale. Dai dati emerge, come solo il 55% degli italiani compra sale iodato.

+

FOCUS

# Donne: emergenza diabete e malattie cardiovascolari

*In crescita l'allerta al femminile anche a causa del sovrappeso*

## La chance in più dagli stili di vita

**I**l diabete mellito è una malattia sociale in considerazione del numero elevato e in costante aumento di soggetti affetti, della possibilità che si manifesti in tutte le età della vita (sebbene sia più frequente nell'età adulta), della sua durata prolungata e delle numerose complicanze (talora invalidanti) che può determinare. Il diabete è una emergenza sanitaria sia per i Paesi in via di sviluppo, sia per le Nazioni occidentali. In Italia, la prevalenza del diabete mellito era pari al 3,9% nel 2001, raggiungendo il 4,7% nel 2007 (con un aumento del 15% in 6 anni).

Nel 2011 erano quasi 3 milioni le persone che dichiaravano di essere affette da diabete, il 4,9% della popolazione; ancor più recentemente, i dati rilevati dall'osservatorio Arno (relativi al 2012) riportano una prevalenza del diabete del 6,2%: 3.750.000 persone in Italia sono portatori di tale patologia. Nel 2020, le statistiche stimano una presenza di oltre 4 milioni di diabetici. A questi pazienti devono essere sommati coloro che hanno alterazioni del metabolismo degli zuccheri (circa 1,3% della popolazione con valore di glicemia non ancora diagnostico per diabete, ma oltre i limiti della norma), senza contare i familiari che condividono ansie, impegni e aspettative nei confronti di una malattia cronica. In effetti, il diabete è una condizione complessa che richiede continui e molteplici interventi sui livelli glicemici e sui fattori di rischio cardiovascolare: necessita di una assidua attività educativa verso la persona portatrice della patologia, finalizzata all'acquisizione delle nozioni indispensabili per l'autogestione sanitaria. Appaiono sempre più indispensabili la prevenzione e il trattamento precoce non solo delle alterazioni metaboliche, ma anche delle eventuali complicanze della malattia. L'efficacia dell'insieme di questi interventi è sostenuta da numerose prove scientifiche e viene ricordata nelle "linee guida" italiane per la cura del diabete, periodicamente redatte dalle società scientifiche Amd (Associazione Medici Diabetologi) e Sid (Società Italiana di Diabetologia). Il diabete risulta più diffuso nelle classi più svantaggiate laddove i fattori di rischio, quali obesità, inattività fisica e scarsa attenzione alimentare, sono più comuni. Al Sud di Italia risiedono 900mila diabetici, 650mila al Nord-ovest, 600mila al Centro, 450mila al Nord-est e circa 350mila nelle Isole.

I costi della malattia e delle complicanze acute (grave ipoglicemia o comi iperglicemici) e croniche (micro- e macroangiopatia) sono elevati: il 9% del budget del Ssn (oltre 9,2 mld di euro/anno, cioè 25,2 mln euro/giorno, oltre 1 mln di euro l'ora). Il costo della sanità per un cittadino italiano con diabete è in media di 2.600 euro/anno, più del doppio che per i cittadini di pari età e genere senza diabete, ma solo il 6% della spesa riguarda i farmaci per il diabete: il 23% è legato alle terapie per le complicanze e le patologie concomi-

tanti, oltre il 50% per ricoveri ospedalieri e meno del 20% alle cure specialistiche ambulatoriali. A questi costi "diretti" vanno sommati quelli "indiretti", come la perdita di produttività e conseguente ridotta opportunità per lo sviluppo economico (con relativo impatto sociale). Va considerato poi che il diabete raddoppia il rischio di morte per tumori, malattie renali, disfunzioni epatiche, patologie gastrointestinali, alterazioni respiratorie, infezioni, cadute, malattie mentali, suicidi.

La "complicanza" principale correlata colpisce il sistema cardiocircolatorio. Le patologie cardiovascolari sono la causa principale di mortalità, con tassi senza rallentamenti per le donne diabetiche, in confronto a una relativa riduzione nel genere maschile. Le donne sono il 51,45% della popolazione italiana (circa 30 milioni) e vivono in media 6 anni più degli uomini: anche per loro la probabilità di manifestare il diabete cresce con l'età. Oltre i 75 anni almeno 1 persona su 5 ne è affetta; su 100 diabetici 80 hanno più di 65 anni e 40 più di 75. Sotto i 74 anni il diabete è più diffuso tra gli uomini, mentre la prevalenza complessiva del diabete (comprendendo tutte le fasce d'età) risulta maggiore nelle donne (circa il 5%) rispetto ai maschi (circa 4,6%). Tra gli anziani affetti da diabete circa un terzo vive da solo, mentre il 38,6% vive in coppia senza figli. Appare molto critica la condizione delle donne anziane con diabete che, nel 42,7% dei casi, vivono da sole.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior causa di morte in Italia, anche per il genere femminile: più del 40% di mortalità è imputabile a cause cardiovascolari, con percentuali superiori al 50% per le donne oltre i 65 anni. Esperienze americane ed europee hanno riscontrato che il rischio relativo di eventi coronarici fatali associati al diabete risulta maggiore del 50% nelle donne rispetto agli uomini; inoltre, le donne diabetiche presentano un profilo di rischio cardiovascolare peggiore e raggiungono gli obiettivi terapeutici con minor frequenza rispetto al genere maschile. È noto che le donne hanno meno fattori di rischio degli uomini, ma sono più sedentarie e arrivano alla diagnosi di diabete sino a 3 anni più tardi dei maschi (con perdita del potenziale beneficio della terapia precoce). Inoltre, risultano più obese degli uomini al momento della diagnosi di diabete. La gestione del peso (tra le altre raccomandazioni) riveste un ruolo di primaria importanza specialmente nelle donne.

Alcuni nuovi farmaci, recentemente proposti per il controllo del diabete (gli agonisti recettoriali del GLP-1) potrebbero aiutare le donne non solo nell'ottenimento di migliori valori glicemici, ma anche nel perseguire stabili diminuzioni del peso corporeo (talora con risultati più vantaggiosi rispetto a uomini di pari età e condizioni cliniche). L'azione di tali agonisti si svolge riducendo lo svuotamento gastrico, diminuendo l'appetito, promuovendo la sazietà, ma anche aumentando il consumo energetico; possono indurre nausea (talora vomito e diarrea, generalmente solo nei primi giorni di trattamento: una persistenza di tali effetti collaterali, però, può determinare la sospensione del trattamento). Tutto ciò porta a un ridotto apporto di cibo e conseguente perdita del

tessuto adiposo, specie nelle zone "a rischio", come a livello del tessuto adiposo addominale. Si ipotizza che questi agonisti possano svolgere un'azione di protezione sul sistema cardiovascolare, ma sono attesi studi più completi.

Non si deve però demandare ai farmaci la "miracolosa" soluzione al problema della malattia diabetica: la risposta dev'essere "globale", iniziando dai cambiamenti dello stile di vita (più attività motoria, quotidiano controllo dell'alimentazione, consapevolezza e adesione alle scelte condivise col "team diabetologico"). La prevenzione cardiovascolare è fondamentale in entrambi i generi ma il fattore di rischio più pericoloso per le donne, ancor oggi in Italia, è il non considerare la malattia cardiovascolare come una potenziale "malattia femminile".

**Antonio C. Bossi**  
direttore Uo Malattie metaboliche e diabetologia  
Ospedale Treviglio-Caravaggio (Bg)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Presentati a Roma i risultati di una sperimentazione sui topi che si cercherà di applicare all'uomo: al paziente verrà tolta la ghiandola malata e sostituita con una "nuova" creata in laboratorio con le sue stesse cellule, evitando problemi di rigetto. Dal fegato ai reni e ad altri tessuti, si sviluppa la ricerca sugli organi artificiali, in grado di ridurre l'uso eccessivo di farmaci

# La tiroide fatta su misura

## LE BIOTECNOLOGIE

**S**ala operatoria: al paziente viene tolta la tiroide e trapiantata una ghiandola "nuova" fatta crescere in laboratorio. In una provetta di vetro dove alcune cellule della pelle dello stesso malato, messe in coltura, hanno dato vita al piccolo organo. Pronto per sostituire quello danneggiato. Permettendo, così, di non prendere i farmaci (ormoni sintetici) che lavorano al posto della tiroide.

Uno scenario molto più vicino e molto più fattibile di quanto si possa credere. Visti l'entusiasmo, la passione e il desiderio di buttarsi a capofitto nell'impresa di un gruppo di bioingegneri, biologi e chirurghi che, proprio pochi giorni fa, hanno stretto un'alleanza tecnico-scientifica. A Roma, durante il congresso della Società europea degli organi artificiali che si è svolto all'università Cattolica.

Tra fegato, reni e altri tessuti la strada più percorribile, ad oggi, sembra essere quella di poter riprodurre la tiroide, appunto. Una su misura con le caratteristiche di compatibilità del paziente. Niente rigetto, quantità di farmaci post intervento limitati, tolleranza massima e ripristino della funzionalità della ghiandola.

## LE STAMINALI

A Roma, al congresso, Sabine Costagliola, una biotecnologa di origine italiana che dirige un laboratorio all'Université Libre di Bruxelles, ha presentato i risultati della sperimentazione condotta su cavie: ha dimostrato che è possibile trasformare cellule staminali pluripotenti in cellule tiroidee perfettamente funzionanti. Nei topi la mutazione è riuscita. Dopo il trapianto in roditori privi della tiroide, il tessuto tiroideo creato in vitro è stato in grado di produrre ormoni in modo definitivo ed efficiente tale da curare l'ipotiroidismo.

Per quanto riguarda l'uomo c'è ancora da lavorare nei laboratori ma già si pensa alla sostituzione in sala operatoria. Dove, ogni anno, in Italia entrano circa 40mila pazienti, dai 4 anni in su, per problemi alla tiroide (30% cancro). Interventi che, quasi nella totalità dei casi, richiedono proprio l'eliminazione della ghiandola.

«Contiamo sempre più casi di bambini o adulti con problemi alla tiroide - spiega Celestino Pio Lombardi, direttore dell'unità di Chirurgia endocrina del Gemelli presso il Cic dell'università Cattolica che lavorerà al progetto - circa il 50% della popolazione, ormai. Dobbiamo pensare al futuro prossimo. Sia le malattie tiroidee che i tumori della ghiandola che ne richiedono l'asportazione sono sempre più diffusi. Per molti pazienti i farmaci possono non rivelarsi efficaci. Ci stiamo concentrando sulla sostituzione e su una terapia cellulare in grado di ripristinare nell'organismo un quantitativo adeguato di cellule tiroidee funzionanti».

## GLI IBRIDI

A Bruxelles, nei laboratori, si studia per sfruttare al meglio le cellule cutanee e farle diventare ghiandola in tutto e per tutto uguale a quella originale, a Roma si mette a punto la possibilità di passare dalla provetta al collo del paziente. Per questo ultimo passaggio, ci vuole la sinergia della chirurgia e della bioingegneria. A guidare il congresso, infatti, presidente onorario il preside della Cattolica Rocco Bellantone, sono stati il chirurgo Celestino Pio Lombardi e Gerardo Catapano ordinario di Bioingegneria industriale all'università della Calabria.

Ci vorrà tempo dicono i ricercatori. Come ci vorrà tempo anche per arrivare a fegato e reni "ibridi", metà umani e metà artificiali come è la tiroide in provetta. Un lungo elenco di organi artificiali o bioartificiali, tessuti sintetici e protesi supertecnologiche in grado di migliorare la qualità della vita ma anche di salvare la vita di chi, per un trapianto, è in lista d'attesa. Una speranza concreta tra la miriade di sperimentazioni tese ad ottimizzare le condizioni di salute di chi ha un organo che non funziona più. «Non sono, per esempio, andati a buon fine i pionieristici tentativi di impiantare nella muscolatura dei pazienti operati cellule ancora sane della loro tiroide, come si fa efficacemente con le paratiroidi. Una via che è stata abbandonata. Per questo abbiamo pensato alla collaborazione con l'università di Bruxelles».

Prossimi obiettivi: sfruttare il successo delle trachee ricostruite (e impiantate in due pazienti spagnoli) per dar vita ad altre parti del corpo come la vescica, l'arteria aortica, le valvole cardiache. Questo tipo di studi potrebbe portare ad usare le staminali per riuscire a riparare l'organo ancora prima che degeneri al punto da dover richiedere la sostituzione.

**Carla Massi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ACCORDO SCIENTIFICO  
TRA LA CATTOLICA  
E BRUXELLES  
PROSSIMI OBIETTIVI:  
VALVOLE CARDIACHE,  
VESCICA E AORTA**