

PILLOLA RU486

In un anno in Italia vendute 6mila scatole

● Con 6.654 procedure di aborto. Il primato per il numero di confezioni acquistate spetta al Piemonte. La Ru486 venne autorizzata lo scorso 1° aprile.



SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA 2009

RICOVERI:**-3,7%****COSTI:****28 miliardi****RISPARMI:****1,2 miliardi****Ricoveri da 28 miliardi l'anno**

Flessione del 3,7% - Spese in calo di circa 1,2 miliardi

Calata libera tra il 2008 e il 2009 dei ricoveri ospedalieri: in un anno sono 500mila in meno (il 3,6%) con un taglio a quasi 2 milioni di giornate di degenza, che tradotto in risparmi e in base al costo medio di un ricovero significano circa 1,2 miliardi in meno dell'anno precedente. Il dato è contenuto nelle Sdo 2009, appena pubblica-

te dal **ministero della Salute**, in una versione nuova che consente una radiografia dettagliata dell'assistenza in corsia. E che fa anche i conti Drg per Drg, Regione per Regione, di quanto valgono i ricoveri: 28 miliardi in tutto di cui 6 sono quelli delle strutture private accreditate.

A PAG. 4-7

SDO 2009/ Ricoveri in calo del 3,66% in un anno: 500mila degenze e 2 milioni di giornate in meno

In corsia sempre meno pazienti**Esodo dal day hospital all'ambulatorio - Risparmio medio di 1,2 miliardi**

Sprint alla razionalizzazione dell'ospedale nel 2009: circa 500mila ricoveri e quasi 2 milioni di giornate di degenza in meno. Tradotto in euro (si vedano pagine 6-7) significa circa 1,2 miliardi di risparmio medio rispetto al 2008. A ridursi di più sono stati i ricoveri in day hospital (-8,74%), ma non per inappropriata: il calo è il risultato dello spostamento di prestazioni dall'ospedale all'ambulatorio. I ricoveri per acuti in regime ordinario sono scesi del -1,77%, quelli di riabilitazione in day hospital del -3,60% e quelli per «nido» del -1,01%. Aumentano i ricoveri ordinari per riabilitazione (+1,37%) e quelli per lungodegenza (+1,04%).

Questo il primo dato evidenziato nel rapporto sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) 2009, appena pubblicato dal **ministero della Salute**. Le Sdo 2009 sono rinnovate rispetto agli anni passati e forniscono più dati di dettaglio rispetto alle voci già presenti e ne aggiungono nuove come l'analisi dei ricoveri del "neonato sano" e quelle relative ai dati di spesa disaggregati anche per raggruppamenti di patologie e non solo per età e sesso.

Nel panorama sull'attività degli ospedali le Sdo evidenziano oltre al trend sempre decrescente dei ricoveri e delle giornate di degenza una riduzione continua negli anni della degenza media, che si è assestata nell'ultimo quinquennio su 6,7 giorni e un aumento della complessità della casistica, prima caratteristica dell'attività ospedaliera, ma soprattutto al Nord.

I ricoveri. Analizzando la situazione nelle Regioni si vede che la riduzione media complessiva del -3,94% dei ricoveri per acuti, ordinari e in day hospital, va in realtà dal -18,51% in Calabria, -10,27%

in Puglia e -8,86% in Abruzzo all'unico aumento registrato rispetto al 2008 che è quello dei ricoveri a Trento, cresciuti secondo le Sdo del +1,69 per cento.

Diverso il quadro per la riabilitazione che aumenta in media tra ricoveri ordinari e in day hospital del +0,47%, ma che in realtà si riduce del -13,26% in Abruzzo, -7,36% nel Lazio e -4,08% in Calabria, mentre aumenta del 38,09% in Sardegna e del 18,11% in Umbria.

Differenze estreme anche per i ricoveri in lungodegenza: si va dal -15,27% dell'Umbria al +47,35% del Molise.

Varia anche la situazione del tasso di ospedalizzazione: rispetto a una media di 182 ricoveri circa per mille abitanti (di cui 176,7 per ricoveri ordinari e 5,9 di riabilitazione), la Liguria raggiunge un tasso di 219,8, mentre il Veneto si ferma a 151,4.

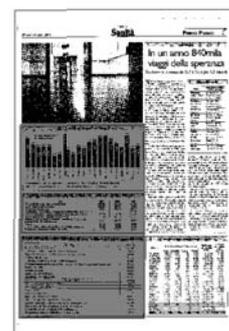
Area neonatale. Le Sdo 2009 aggiungono anche altri dati al rapporto annuale. A esempio quelli sull'analisi delle caratteristiche dell'evento nascita in ospedale,

con particolare riferimento all'appropriatezza organizzativa e all'appropriatezza clinica del ricorso al parto cesareo. L'80% delle nascite avviene in istituti pubblici, con una percentuale di neonati sani del 61,8% per gli istituti pubblici del gruppo 1 (aziende ospedaliere Irccs ecc.), mentre il gruppo 2 (ospedali a gestione diretta) registra un valore di poco superiore al 72%. Le case di cura private accreditate registrano una percentuale di neonati dell'87,7% rispetto a un volume di nascite di 67mila casi circa (11% del totale).

Nel mirino anche la distribuzione dei

punti nascita per tipologia di istituto, e per percentuale di strutture al di sopra e al di sotto di 500 parti/anno. La percentuale più bassa di strutture sopra soglia è tra gli

ospedali a gestione diretta (55,9%), caratterizzati, inoltre, da una elevata variabilità regionale. Le case di cura accreditate sono al 64,9%, mentre gli istituti pubblici del gruppo 1 e gli istituti privati accreditati del gruppo 1 (Irccs privati, ospedali classificati ecc.) sono rispettivamente a 82,9% e 89,3%. La percentuale complessiva nazionale di strutture sopra soglia è del 63,3%. Rispetto alla percentuale di parti cesarei, gli istituti pubblici ne registrano una più



bassa (circa 35%), mentre le case di cura private accreditate raggiungono quasi il 61%. La media nazionale si attesta a 38,4% con valori più alti al Centro-Sud. E secondo le Sdo, anche se il numero di parti effettuati in strutture sotto-soglia è circa l'11% del totale dei parti, la percentuale di cesarei è circa del +10% rispetto a quanto osservato in media nelle strutture sopra-soglia (47,2% cesarei su quasi 60mila parti per le strutture sotto-soglia contro 37,3% cesarei su circa 498mila parti per le strutture sopra-soglia).

Le caratteristiche dei Drg. Le Sdo 2009 si basano sulla nuova classificazione Icd-9-Cm del 2007 (prima del 2002) e si suddividono in Drg e Acc (aggregati clinici di codici) che raggruppano diagnosi e procedure. Per i Drg, inoltre, si è passati dalla versione 19^a a quella 24^a e sono stati introdotti 56 nuovi Drg, sono stati revisionati 15 codici già esistenti, e sono stati eliminati 24 codici non più validi, per un totale di 95 Drg movimentati. E per quanto riguarda i Drg a rischio di inappropriatazza, il riferimento non è più ai 43 del 2008, ma ai 108 previsti nel Patto per la salute 2010-2012 (si vedano pagine 6-7).

Le Sdo 2009 rilevano una stabilità della quota di ricoveri ordinari con Drg medici o non chirurgici (42,7% circa), mentre quelli chirurgici sono in leggero incremento dal 25,9% del 2007 al 27,7% del 2009. La quota di day hospital medico è dello 0,5% circa, mentre la day surgery passa dal 14,5% del 2008 al 13,4% del 2009.

Dal punto di vista delle patologie, tra i Drg resta in testa il parto naturale, seguito dall'insufficienza cardiaca e dal parto cesareo. Rispetto alla nuova classificazione Acc, tra le diagnosi si confermano al primo posto la gravidanza e il parto normale, seguite da insufficienza cardiaca e, al terzo posto, la diagnosi di arteriosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache. Per le procedure resta al primo posto l'assistenza al parto, seguita da "altre procedure terapeutiche" (Tac, Rmn, litotripsia, radioterapia ecc.), taglio cesareo ed elettrocardiogramma.

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo

Dimessi e giornate di degenza per tipologia di attività. Anni 2007-2009

Tipologia di attività	2007		2008		2009		Diff. % 2009/2008	
	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate
Acuti (reg. ord.)	7.872.567	52.910.884	7.721.823	52.200.535	7.585.269	50.745.131	-1,77	-2,79
Acuti (Dh)	3.576.108	9.733.414	3.489.060	9.433.978	3.184.227	8.797.377	-8,74	-6,75
Riabilitazione (reg. ord.)	294.371	7.875.827	292.436	7.928.700	296.452	8.206.578	1,37	3,50
Riabilitazione (Dh)	66.647	953.132	64.810	966.836	62.477	838.547	-3,60	-13,27
Lungodegenza	105.884	3.399.913	109.246	3.474.255	110.384	3.485.598	1,04	0,33
Nido	414.888	1.351.784	423.323	1.367.485	419.055	1.339.736	-1,01	-2,03
Totale	12.330.465	76.224.954	12.100.698	75.371.789	11.657.864	73.412.967	-3,66	-2,6

Fonte di tutte le tabelle di pag. 4-7: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Sdo 2009 - Ministero della Salute, marzo 2011

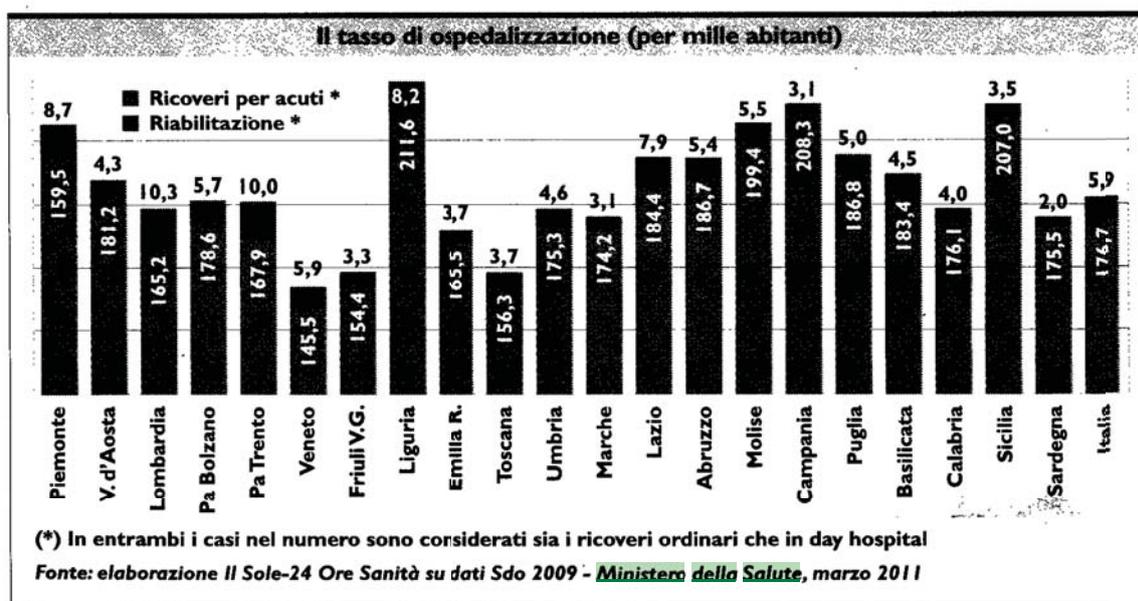
Dati e indici complessivi di attività - Confronto 1997-2009

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Numero di dimissioni (1)	11.707.101	12.577.826	12.727.449	12.671.564	12.939.571	12.948.710	12.818.905	12.991.102	12.966.874	12.857.813	12.342.537	12.112.389	11.674.098
Giornate di ricovero (1)	84.616.098	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.750.718	79.070.702	78.008.561	76.340.751	75.482.012	73.548.218
Rapporto tra giornate in Dh e in regime ordinario (%) (2)	7,7	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,4	19,1	19,1	18,6	18,2	17,5
Degenza media (3)	7,2	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,7
Peso medio (3)	1,04	1,05	1,09	1,11	1,14	1,18	1,22	1,24	1,26	1,26	1,26	1,26	1,27
Numero istituti	1.441	1.386	1.388	1.322	1.329	1.397	1.398	1.332	1.337	1.323	1.588	1.580	1.625
Percentuale schede errate	17,8	16,3	5,3	4,5	5,0	5,9	5,7	9,2	9,0	7,8	4,4	4,7	6,3

(1) Totale dei ricoveri ospedalieri (2) Ricoveri per acuti (3) Ricoveri per acuti - Regime ordinario

Distribuzione dei dimessi per Regione, tipo attività e regime di ricovero - Anno 2009

Regione	Acuti					Riabilitazione					Lungodegenza							
	Regime ordinario		Day hospital		Totale	Diff. % con 2008	Regime ordinario		Day hospital		Totale	Diff. % con 2008	Regime ordinario		Day hospital		Totale	Diff. % con 2008
	N.	%	N.	%	N.		N.	%	N.	%	N.		N.	%	N.	%	N.	
Piemonte	502.465	70,8	207.052	29,2	709.517	-5,29	37.303	91,3	3.555	8,7	40.858	15,82	10.910	100,0	-	-	10.910	6,75
V. d'Aosta	14.678	71,6	5.813	28,4	20.491	-3,68	38	100,0	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1.307.730	76,4	403.186	23,6	1.710.916	-1,71	94.121	86,7	14.399	13,3	108.520	-1,32	8.188	100,0	1	0,0	8.189	0,70
Pa Bolzano	71.653	72,4	27.357	27,6	99.010	-3,97	2.602	93,8	173	6,2	2.775	3,62	2.231	100,0	1	0,0	2.232	-2,32
Pa Trento	53.755	66,2	27.499	33,8	81.254	1,69	5.774	84,8	1.033	15,2	6.807	-3,79	2.651	100,0	-	-	2.651	-2,54
Veneto	537.108	73,2	196.820	26,8	733.928	-2,50	22.143	76,4	6.840	23,6	28.983	4,78	11.163	100,0	-	-	11.163	-2,59
Friuli V.G.	147.184	73,8	52.355	26,2	199.539	-0,86	2.826	78,9	754	21,1	3.580	5,36	1.993	100,0	-	-	1.993	6,29
Liguria	198.221	57,3	147.696	42,7	345.917	-2,77	9.208	82,9	1.904	17,1	11.112	-6,97	292	100,0	-	-	292	-
Emilia R.	594.447	75,0	197.669	25,0	792.116	-0,65	18.129	78,9	4.845	21,1	22.974	3,59	32.524	100,0	-	-	32.524	-0,28
Toscana	455.289	73,0	168.141	27,0	623.430	-1,03	11.018	84,2	2.064	15,8	13.082	7,49	2.631	99,4	15	0,6	2.646	-1,78
Umbria	120.713	74,3	41.802	25,7	162.515	-2,17	3.183	78,7	861	21,3	4.044	18,11	222	100,0	-	-	222	-15,27
Marche	196.476	71,8	77.013	28,2	273.489	-1,31	3.550	91,4	332	8,6	3.882	4,02	5.172	100,0	-	-	5.172	4,76
Lazio	752.220	67,0	370.677	33,0	1.122.897	-3,16	33.160	69,9	14.275	30,1	47.435	-7,36	6.494	92,6	517	7,4	7.011	22,06
Abruzzo	169.174	71,6	67.213	28,4	236.387	-8,86	7.287	95,4	354	4,6	7.641	-13,26	2.707	100,0	-	-	2.707	-6,20
Molise	51.150	70,3	21.618	29,7	72.768	-6,33	1.917	91,5	179	8,5	2.096	-0,66	389	100,0	-	-	389	47,35
Campania	746.798	64,5	410.940	35,5	1.157.738	-4,24	10.910	78,9	2.909	21,1	13.819	-2,48	9.351	90,1	1.028	9,9	10.379	-4,30
Puglia	586.921	80,4	143.305	19,6	730.226	-10,27	16.852	94,7	947	5,3	17.799	0,90	5.370	100,0	-	-	5.370	-10,84
Basilicata	62.388	61,7	38.770	38,3	101.158	-3,04	1.317	80,2	325	19,8	1.642	9,32	615	100,0	-	-	615	21,30
Calabria	213.914	70,6	89.061	29,4	302.975	-18,51	4.044	76,2	1.264	23,8	5.308	-4,08	2.079	100,0	1	0,0	2.080	14,04
Sicilia	605.266	59,7	407.882	40,3	1.013.148	-2,26	9.213	65,6	4.823	34,4	14.036	-6,20	2.572	90,1	284	9,9	2.856	-5,77
Sardegna	197.719	70,6	82.358	29,4	280.077	-8,00	1.857	74,3	641	25,7	2.498	38,09	983	100,0	-	-	983	6,50
Italia	7.585.269	70,4	3.184.227	29,6	10.769.496	-3,94	296.432	82,6	62.477	17,4	358.929	0,47	108.537	98,3	1.847	1,7	110.384	1,04



Graduatoria dei primi dieci Drg erogati in regime ordinario per acuti. Anni 2007-2009

Drg	2007	2008	2009
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	326.766	330.665	326.626
Insufficienza cardiaca e shock	200.609	200.709	200.322
Parto cesareo senza cc	198.963	199.678	198.447
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	-	-	135.192
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	117.374	117.170	116.023
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	96.806	104.189	107.194
Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni senza cc	110.072	102.989	92.978
Psicosi	98.440	96.856	90.709
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	85.850	85.209	90.685
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	114.478	113.042	90.194

I primi dieci aggregati clinici di codici (Acc) di diagnosi e procedura - Ric. acuti regime ordinario

Acc - Diagnosi	Dimessi
Gravidanza e/o parto normale	233.344
Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	191.861
Aterosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache	184.864
Malattie delle vie biliari	162.265
Insufficienza respiratoria, arresto respiratorio (adulti)	134.599
Polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	134.244
Ernia addominale	133.751
Aritmie cardiache	131.681
Vasculopatie cerebrali acute	129.594
Chemioterapia e radioterapia	125.334
Acc - Procedura	Dimessi
Altre procedure di assistenza al parto	246.311
Altre procedure terapeutiche	229.481
Taglio cesareo	216.497
Elettrocardiogramma	214.530
Radiografia del torace di routine	194.972
Tomografia assiale computerizzata (Tac) del capo	174.540
Altre procedure diagnostiche (anamnesi, valutazione, consulto)	142.281
Cateterismo cardiaco diagnostico, arteriografia coronarica	132.601
Diagnostica a ultrasuoni del cuore (ecocardiogramma)	125.920
Diagnostica a ultrasuoni addominale o retroperitoneale	113.414

Obesità

L'interazione con l'ambiente e i meccanismi del Dna alterati sono alla base di accumuli eccessivi: **il Settimo Rapporto dell'Istituto Auxologico segnala che il 10% degli italiani ne è vittima, mentre il 35% è sovrappeso**

Troppo grasso, questione di geni



LA SCHEDA

I NUMERI
In Italia il 10% della popolazione è obeso
In Germania il 21 per cento;
in Irlanda il 18%;
in Norvegia il 5%;
in Svezia il 7%



IL DNA
I fattori genetici contribuiscono per il 40-70 per cento alla variabilità individuale di diventare obeso



I RISCHI
Il rischio di diabete tipo 2 aumenta di tre volte quando il Bmi (Indice massa corporea) è tra 25,0 e 29,9; cresce 20 volte se superiore a 30



LA MORTALITÀ
Nella sola Europa si è calcolato che l'obesità stronca ogni anno 12 milioni di anni-vita ed è causa di un milione di decessi

MARIAPOALA SALMI

Il grasso che si accumula fino a diventare ingestibile non dipende solo da quanto e da cosa si mangia. L'obesità, quella grave malattia che oltrepassa il valore critico 30-35 dell'indice di massa corporea per erompere oltre 40, non può che riconoscere meccanismi genetici alterati. Lo mette ben in chiaro già il titolo del *Settimo Rapporto sull'obesità in Italia* (Pensiero Scientifico Editore), "Obesità è genetica: oltre lo stile di vita", realizzato dall'Istituto auxologico italiano. Non si tratta più di interpretare un fenomeno quanto di studiarne le evidenze. Nel nostro Paese — si legge nel Rapporto — circa il 10 per cento della popolazione adulta è obeso, il 35 per cento è so-

vrappeso, a conti fatti 20 milioni di persone; tra i 6 e gli 11 anni quasi un milione di ragazzini è in eccesso ponderale. Situazione preoccupante ma sostanzialmente stabile da tre-quattro anni come d'altra parte si registra anche negli Stati Uniti. «Due le ipotesi — commenta Antonio Liuzzi, direttore Unità operativa di medicina interna dell'Istituto auxologico italiano — una maggiore attenzione allo stile di vita o, più probabile, una saturazione delle potenzialità dei geni che regolano l'accumulo di grasso ad espandersi».

Siamo predestinati dalla nascita ad ammalarci di obesità o non siamo più in grado di difenderci dall'aggressione di un ambiente "obesogeno"? L'interazione geni-ambiente è stretta ed è assai probabile che

i due fattori si siano modificati in tempi diversi: l'ambiente velocemente, la genetica assai lentamente. «Sappiamo che ad alterazioni dell'assetto genetico vanno ascritte il 7-8 per

Quei neuroormoni che regolano il bisogno di introdurre calorie

cento delle obesità cosiddette monogeniche, legate nella forma più frequente ad una mutazione ben codificata del recettore 4 per la melanocortina, uno dei neuroormoni che regola il bisogno di introdurre calorie; altra mutazione genetica, ben nota, riguarda l'ormone

leptina che controlla la sazietà — spiega il professor Liuzzi — nel restante 90 per cento la genetica dimostrerebbe una predisposizione dell'organismo all'obesità ma deve interagire con l'ambiente». È quanto probabilmente dimostreranno i risultati del recente studio condotto dall'Istituto auxologico italiano su 2.000 grandi obesi il cui Dna è stato confrontato con il patrimonio genetico di soggetti controllo. La possibilità di interferire sulle alterazioni dei geni è lontana. «Siccome nelle obesità genetiche la chirurgia bariatrica ha scarso successo, bisogna essere più aggressivi con l'approccio dietetico-comportamentale sul singolo paziente — sottolinea Liuzzi — tenendo presente di raggiungere quel che è ragionevole ottenere, specie nel bambino».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Integratori

Vitamine, minerali, pre o probiotici, estratti vegetali, fibre

Un italiano su tre ne fa uso. Ecco quando utilizzarli

Gli esperti: "Né inutili, né miracolosi"

L' "aiuto" di primavera? Meglio una giusta dieta

IL CONVEGNO

GRAN CONSULTO SULLA MICRONUTRIZIONE QUANDO IL CIBO SI STUDIA A LIVELLO CELLULARE

PARIGI — Una nuova branca della scienza dell'alimentazione si sta facendo largo in Europa: la micronutrizione, la disciplina che studia la nutrizione a livello cellulare e l'impatto che produce sulle funzioni cerebrali, metaboliche, fisiche e psichiche dell'individuo nonché sull'espressione dei geni. Di questo e dei meccanismi fondamentali della longevità se ne è discusso di recente a Parigi in occasione del X Symposium de Micronutrition, organizzato da Pilaje. Una due-giorni che ha visto medici e ricercatori confrontarsi. «La salute è fortemente legata a quello che mangiamo, agli apporti di

macronutrienti e micronutrienti», spiega Patrick Bracco, dell'Iedm Istituto europeo di dietetica e micronutrizione. Ai miei pazienti rivolgo domande circa le loro abitudini a tavola, perché devo sapere cosa è presente e cosa manca nella loro alimentazione. In questo modo sono in grado di prescrivere analisi, di valutare i deficit ed eventualmente di correggere e ottimizzare lo status micronutrizionale del paziente al fine di curare una malattia in corso o prevenirne una futura».

(i. e.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Carlo Gargiulo
e Andrea Strata:
in alcuni casi
possono essere
necessari**

ISABELLA EGIDI

Astenia, mancanza di concentrazione, svogliatezza, affaticamento generale: sono questi i sintomi che alcune persone accusano al passaggio inverno-primavera. D'altra parte il cambio di stagione può rivelarsi "momento cruciale". È in fasi come questa che più di frequente si ricorre "all'aiutino", ossia alle supplementazioni. Un uso, quello degli integratori alimentari, che secondo l'Aiipa (Asso-

ciazione italiana industrie alimentari) riguarda ormai un italiano su tre. Ma cosa si intende per integratori? Sotto questo termine viene compresa una vasta e differenziata gamma di prodotti (vitamine, minerali, nutrienti energetici, pro o prebiotici, estratti vegetali, fibre, aminoacidi ecc.) commercializzati al fine di migliorare il benessere fisico e/o le condizioni di salute oppure per prevenire l'insorgenza di specifiche condizioni patologiche. Un tema assai controverso.

Gli esperti della nutrizione, da parte loro, sottolineano che una persona in buona salute, attenta allo stile di vita, che pratica una moderata attività fisica e che segue una dieta varia ed equilibrata, non ha alcun bisogno di ricor-

rere agli integratori alimentari. Tuttavia è anche vero che, per incuria, sedentarietà, inquinamento ambientale, alimenti impoveriti o più semplicemente per ritmi lavorativi, molti hanno qualche deficit nutritivo; così come è vero che esistono alcune categorie di persone per cui gli integratori alimentari possono costituire un valido sostegno.

«Atteggiamenti troppo intransigenti», dice Carlo Gargiulo, medico di base e volto noto in tv, «spesso non giovano né al paziente né al medico. Fermo restando l'importanza di una corretta alimentazione, in certi casi l'integrazione può sostenere e coadiuvare l'intervento terapeutico. Le persone anziane ad esempio vanno spesso incontro

a carenze dietetiche: per problemi di dentatura, per difficoltà digestive ma anche per mancanza di appetito, o per patologie legate all'età avanzata. Altri esempi riguardano l'integrazione di acido folico in gravidanza per prevenire la spina bifida oppure la vitamina D e il calcio per la salute delle ossa delle donne in menopausa. Sbagliato è invece cercare nell'integratore la soluzione ai danni causati da pessimi stili di vita...». Viaggia pressappoco sulla stessa lunghezza d'onda Andrea Strata, nutrizionista, docente e membro della Commissione Unica Dietetica e Nutrizione del **mini-stero della Salute**:

«Esistono due estremi che costituiscono entrambi errori: credere che gli integratori siano inutili e credere che possano avere effetti miracolosi. Se si seguisse un'alimentazione corretta e se gli stili di vita fossero perfetti, gli integratori effettivamente non sarebbero necessari. Ma poiché non è così, l'integrazione è, al contrario,

spesso utile. La scelta è demandata "all'esame di coscienza" di ciascuno di noi e soprattutto al consiglio del proprio medico e/o del farmacista di fiducia ed informato. Ma nessun miracolo!»

Ad aprile, in 2000 farmacie aderenti al progetto "Farmacia Sapere&Salute", consigli sul tema (numero verde 800860010).

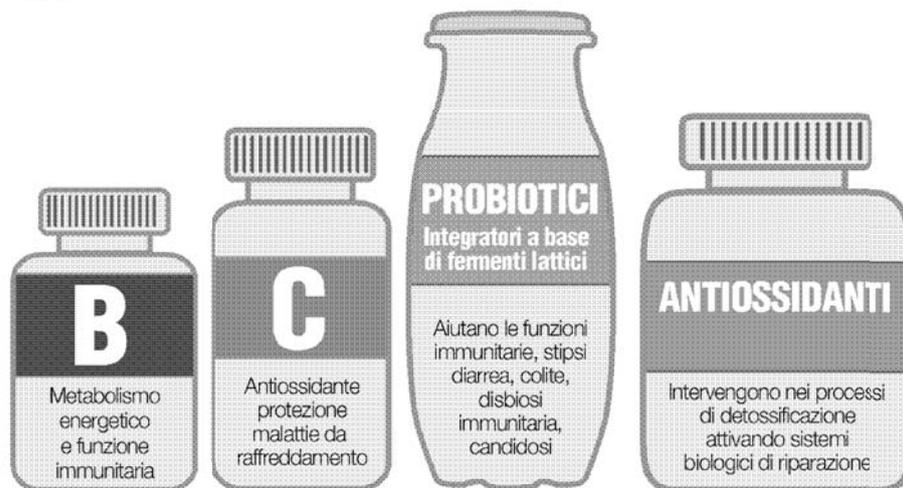
Ad aprile, in 2000 farmacie aderenti al progetto "Farmacia Sapere&Salute", consigli sul tema (numero verde 800860010).



Integratori Multivitaminici

Miscele di vitamine abbinata a sali minerali

Astenia, malattie da raffreddamento, recupero sportivo, funzione nervosa



L'alimentazione

Troppa carne poca frutta ecco le cause

**L'eccesso di calorie
e di proteine aumenta
l'acidità delle urine
E così si formano i depositi
di ossalati e di fosfati**

La responsabilità dei calcolirenali più frequenti (ossalato di calcio 70% dei casi, fosfato di calcio 10%, acido urico 5% dei casi) va ripartita equamente tra il patrimonio genetico della vittima e la sua alimentazione squilibrata. Il coinvolgimento dei geni si evince sia dalla tendenza alla familiarità e sia dal fatto che solo alcuni dei soggetti con squilibri alimentari forma i calcoli. Ma una volta che tali squilibri sono corretti i calcoli non si formano più. Numerose le ricerche presentate al Congresso della Società Europea di Urologia di Vienna che hanno confermato questo concorso di cause. La più interessante, anche per il gran numero di soggetti studiati, 3.872 uomini (vittime preferite dai calcoli nel 70% dei casi rispetto alle donne), quella svolta dall'università Chung-Ang di Seoul, Corea del Sud. I soggetti sono stati tenuti sotto controllo per oltre 5 anni. Di questi 615 avevano la Sindrome Metabolica, una condizione di alterazione del metabolismo causata da uno stile di vita insalubre per un eccessivo introito di calorie accompagnato a sedentarietà. In tutti i 615 si

sono rilevati infatti i criteri che comportano la diagnosi di Sindrome Metabolica: glicemia oltre 100, pressione arteriosa oltre 130/85, trigliceridi oltre 150, colesterolo Hdl (quello "buono") sotto i 40 nei maschi, sotto i 50 nelle femmine. Inoltre un giro vita superiore a 94 cm nei maschi e 80 cm nelle femmine. Questa condizione, se non corretta, moltiplica il rischio di patologie cardiovascolari e quasi sempre porta al diabete.

Nei cinque anni di osservazione i soggetti con Sindrome Metabolica sono andati incontro a coliche renali dovute a calcoli (nel 30% dei casi il calcolo non si trova) quasi il doppio delle volte (+77%) degli altri. Tutti però avevano urine più acide del normale, la modificazione chimica che favorisce la formazione e poi l'aggregazione in cristalli insolubili di ossalati, fosfati e urati. La conferma del ruolo determinante della Sindrome Metabolica dall'osservazione che i soggetti che non hanno corretto lo stile di vita i calcoli si sono ripresentati mentre niente più coliche per coloro che lo avevano corretto. Dal Giappone una ricerca estesa a tutto il territorio nazionale sulla relazione tra alimentazione e calcolosi urinaria. L'università di Nagoya ha rilevato l'incidenza della calcolosi urinaria sul territorio nazionale, le abitudini alimentari di 92.797 ricoverati per calcolosi nel 2005 e ha incrociato il tutto con i dati del [ministero della Salute](#) giapponese sui consumi alimentari nei 12 distretti e le 47 prefetture del paese. Gli alimenti che hanno più influenza sulla formazione dei calcoli sono risultati, la frutta per il suo effetto preventivo e lo zucchero per il suo effetto invece favorente.

(a. d'a.)

La nube Rilevato in Lombardia, Liguria, Val d'Aosta, Piemonte, Friuli, Emilia e Toscana

Tracce di iodio in Italia

«Ma non si corrono rischi»

L'Ispra: centinaia di volte inferiori a quelle registrate negli Usa

I livelli Parliamo di quantità davvero minime, la stessa situazione si sta verificando in Francia e in Spagna **Lamberto Matteocci**, esperto dell'Ispra

ROMA — Era previsto che tracce di iodio 131, la sostanza tossica che costituisce il primo segnale di radioattività dopo un incidente atomico, sarebbero state rilevate anche in Italia.

Le masse d'aria provenienti dalle aree contaminate di Fukushima sono arrivate fino noi, ma con valori «infinitesimali, non significativi come rischio per la salute e non rilevanti dal punto di vista radiologico». A specificarlo è l'Ispra, l'istituto per il controllo del nucleare che ieri ha aggiornato il bollettino con i dati ricevuti dalla rete di sorveglianza. Dosi «a livelli minimi» di iodio 131 sono state monitorate dalle apparecchiature di alcune Regioni: Lombardia, Valle d'Aosta, Piemonte, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria. È probabile che alla lista si aggiungeranno altre segnalazioni. «Non c'è motivo di preoccuparsi — chiarisce Lamberto Matteocci, esperto dell'Ispra —. Parliamo di quantità davvero minime, centinaia di volte inferiori a quelle che hanno interessato Stati Uniti e Canada. La stessa situazione si sta verificando in Francia e Spagna. Queste tracce non determinano l'alterazione dei valori del cosiddetto fondo di radioattività ambientale, quello che è presente in natura».

Lo iodio 131 è un radioisotopo di riferimento in caso di incidente nucleare. Possiede una volatilità molto elevata, può essere captata dalla tiroide e può esporla al rischio di tumori. Tutti i cittadini italiani che si trovavano nelle zone colpite del Giappone sono risultati negativi ai test e in nes-

sun caso è stato necessario somministrare pasticche di ioduro di potassio.

Il passaggio di masse d'aria (impropriamente chiamate nubi) con grado di contaminazione «infinitesimale» era stato annunciato da giorni. È un fenomeno globale. Ma per quanto riguarda gli alimenti potrebbero esserci ripercussioni a discapito della sicurezza? Il **ministero della Salute** ha già escluso questa eventualità. Matteocci conferma: «Le sostanze tossiche dell'aria con la pioggia si depositano su vegetali ed entrano nel ciclo del latte però senza costituire un rischio per il nostro Paese. I valori di contaminazione non sarebbero rilevabili».

I normali controlli dell'Ispra sono stati intensificati a partire dal 12 marzo, dopo il disastro in Giappone. Il sito del **ministero della Salute** www.salute.gov.it è fermo ai comunicati della scorsa settimana e il fatto che non sia stato ritenuto necessario intervenire con altre informazioni è un ulteriore indizio di tranquillità.

Ieri il ministro **Ferruccio Eazio** si è limitato a precisare il suo pensiero sul nucleare, dichiarandosi d'accordo con quanto ha affermato il premio Nobel Carlo Rubbia in un'intervista al *Corriere*: «Credo che sia sbagliato parlare di nucleare no nucleare sì. Bisogna riferirsi a rischi probabilistici e deterministici. Il primo non si riesce a controllare in larga misura. La fissione di uranio ha rischi probabilistici, la fusione è in larga misura deterministica come la fusione basata sul torio».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cibo sicuro

Il **ministero della Salute** ha escluso che possano esserci ripercussioni per quanto riguarda gli alimenti



Emergenza epidemie

Controlli sanitari obbligatori per evitare tubercolosi e malaria

*** MELANIA RIZZOLI*

■■■■ «È tbc signora, suo figlio ha la tubercolosi». «Dopo più di tre mesi di tosse, di analisi, di lastre e di antibiotici, finalmente è arrivata questa bella sentenza... così mi hanno detto i dottori, il test è positivo...dopo tre mesi di cure sbagliate...».

Lo sfogo di una madre italiana, che ascolto un pomeriggio della settimana scorsa in un reparto di malattie infettive, riflette e conferma una nuova emergenza sanitaria che sta lentamente diffondendosi nel nostro Paese: il ritorno silenzioso di malattie che credevamo debellate e che invece vengono nuovamente importate.

Sempre più spesso, e con colpevole ritardo, vengono individuate infatti alcune patologie che in Italia non esistevano più dal dopoguerra, che i medici con meno di cinquant'anni non hanno mai visto e che quindi non riconoscono.

Oltre alla tubercolosi, molto contagiosa, che oggi è causata da un micobatterio diventato molto resistente alle terapie, sono in grande aumento le malattie parassitarie dell'intestino, causate da germi africani e asiatici, e le parassitarie del sangue come la malaria, che ormai viene individuata anche nelle persone che non hanno mai fatto un viaggio esotico in vita loro.

Ma l'avanzamento più silenzioso, perchè meno evidente, è quello delle malattie a trasmissione sessuale, causato dalla grande diffusione sul territorio nazionale della prostituzione incontrollata, proveniente dai molti paesi, soprattutto quelli dell'est europeo, e che ha al primo posto la temibile sifilide, la cui prima lesione, essendo piccola e indolore, sfugge sovente all'attenzione del portatore, e

poi del contagiato, e quindi anche del medico italiano, che forse non ha mai prescritto in vita sua una analisi di Wasserman o un più moderno test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).

L'immigrazione non controllata di migliaia di persone che invadono ormai quotidianamente il nostro Paese, in piena libertà e senza nessun obbligo di controllo sanitario, sta modificando lentamente il quadro epidemiologico delle nostre patologie, che si sta appunto internazionalizzando, avvicinandosi cioè a quello delle nazioni con popolazione multietniche. E come queste anche i nostri specialisti, i nostri ospedali e il nostro Sistema Sanitario Nazionale dovranno attrezzarsi per prevedere e prescrivere quei test idonei a individuare le malattie tropicali, le infezioni sessuali e quelle respiratorie che non eravamo più abituati a considerare attive in Italia. L'OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) ha dichiarato questo mese la Tbc un'emergenza sanitaria globale, registrando due milioni di morti all'anno e nove milioni di nuovi casi nel mondo. La maggioranza dei contagiati sono in Asia e in Africa, dove c'è un notevole abbassamento delle difese immunitarie a causa dell'Aids, ma la migrazione incontrollata dei portatori dell'infezione polmonare contribuisce anche alla sua diffusione incontrollata, diffusione che presto diventa esponenziale. La malattia che colpisce soprattutto i bambini e gli adolescenti, per i loro ripetuti contatti durante il periodo scolastico, se non viene diagnosticata e trattata per tempo può cronicizzarsi facilmente ed evolvere. E basta una qualsiasi babysitter infetta che contagia un bambino, per diffondere l'infezione

nella classe e nella scuola frequentata dallo stesso bambino. E che poi arriva nelle famiglie degli altri alunni. In pratica si tratta di epidemie contenute.

Per non parlare delle malattie virali, più diffuse e diffusibili delle batteriche, e che però sono ancora più insidiose e facilmente trasmissibili, come hanno denunciato i nostri dermatologi, evidenziando ad esempio l'aumento delle infezioni da condilomi che sono a trasmissione sessuale, ma che ritroviamo sempre più spesso nelle sue caratteristiche lesioni sulla pelle del corpo dei nostri bambini italiani, ai quali magari abbiamo già dovuto curare a lungo una giardiasi o un'amebiasi, parassitosi intestinali una volta extraeuropee e tuttora difficili da debellare. Il Ministero della Salute e il Governo già da due anni hanno avviato in proposito una politica di prevenzione da questi virus con vaccini specifici, ad iniziare dalle ragazze adolescenti in età prepubere, ma certo non è una prevenzione sufficiente. Il ministro dell'Interno Maroni in questi giorni ha previsto in almeno cinquantamila unità il numero dei migranti, provenienti dal nord-africa, che sbarcheranno ancora a Lampedusa. È un'emergenza sanitaria e noi dobbiamo chiederci anche quali e quante patologie viaggeranno con loro e agire di conseguenza. La prevenzione migliore sarebbe una politica di controllo sanitario, possibilmente obbligatorio, dell'immigrazione nel nostro Paese, non per una ghettizzazione delle varie etnie, ma per una sorveglianza delle patologie, per una proficua profilassi e per una salvaguardia della salute dei migranti e soprattutto della nostra.

*Medico e deputato Pdl



IL CASO

Medici sotto accusa: 15% in più le cause intentate dai pazienti

Crescono nella capitale le controversie giudiziali nel settore della Sanità. Negli ultimi 4 anni le cause in materia segnano un +15%, mentre quelle sui condomini e le locazioni rimangono stabili. È quanto emerge dalla Mappa dei Conflitti nella Capitale presentata ieri in Campidoglio.

«A Roma, città dove si concentra circa il 10% dei medici di tutta Italia, il rapporto tra camici bianchi e pazienti è sempre più conflittuale» si legge nelle resoconto elaborato dall'Osservatorio sui Conflitti e sulla Conciliazione.

Le cause in materia di Sanità hanno avuto una variazione annuale media pari a +6%.

Il rapporto ha raccolto i dati relativi alle controversie giudiziali dal 2005, con particolare riferimento alle materie per le quali è stata prevista la mediazione obbligatoria, entrata in vigore lo scorso 21 marzo.

Nell'elenco delle aree di massima conflittualità tra i residenti dei XIX municipi, figurano gli incidenti stradali, i condomini e i trasporti. Secondo l'avvocato Francesco Caroleo, presidente dell'Osservatorio sulla conflittualità e la conciliazione, particolare attenzione va data al settore della sanità nella quale la responsabilità del medico cresce in maniera esponenziale. Caroleo riflette anche sulla conciliazione obbligatoria: «Sarebbe davvero utile per risolvere i conflitti nel modo migliore».

L'Osservatorio è stato costituito nel luglio 2010 dalla Camera di Conciliazione, Roma Capitale, il Tribunale di Roma, gli ordini professionali degli avvocati, dei commercialisti ed esperti contabili, dei medici-chirurghi e odontoiatri e l'Osservatorio sulla Responsabilità Medica (Orme).

Caroleo ha sottolineato anche le riserve avanzate dall'avvocatura sulla effettiva garanzia di terzietà che emergono dalla composizione degli organismi di conciliazione previsti dalla conciliazione obbligatoria.

Sempre ieri, in occasione del rapporto dell'Osservatorio, è stata sottoscritta una convenzione tra l'Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Roma e la Camera di Conciliazione di Roma.



I dati Dal 2005 il 15% in più di conflitti in Aula. Il rapporto: negli ultimi anni troppe tensioni

Pazienti contro medici: aumentano le cause

I medici di Roma

Firmata convenzione

con la Camera

di Conciliazione

6

Per cento

La
variazione
annuale
sulle cause
inerenti la
responsabi-
lità medica

10

Per cento

Dei medici
di tutta
la Penisola
sono
concentrati
nella
Capitale

■ «A Roma, città dove si concentra circa il 10% dei medici di tutta Italia, il rapporto tra camici bianchi e pazienti è sempre più conflittuale». È quanto emerge dalla Mappa dei Conflitti nella Capitale presentata in Campidoglio, assieme alla sottoscrizione di una convenzione tra l'Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Roma e la Camera di Conciliazione di Roma.

La Mappa è il primo rapporto sui conflitti nella Capitale e ha raccolto i dati relativi alle controversie giudiziali dal 2005. In questo periodo le cause inerenti la responsabilità medica hanno avuto una variazione annuale media pari a +6% (+15% nel 2010 rispetto al 2005), a fronte di una complessiva riduzione di tutte le altre tipologie di contenziosi. Un dato sicuramente rilevante per il valore specifico dell'oggetto della controversia - la salute del cittadino - che è qualitativamente ben diverso, ad esempio, da una lite condominiale o per incidenti stradali senza danni alle persone. In particolare, l'analisi dei dati mostra che in campo medico si sono registrati 2.372 procedimenti.

«Non vi è dubbio - si legge nel rapporto - che il dato tragga le sue origini dalla forte tensione conflittuale che si è sviluppata proprio in questi ultimi anni tra medico e paziente e che ha trovato come unico sbocco il ricorso alla strada giudiziaria». A tale proposito il documento segnala che «la conciliazione obbligatoria su una materia come la responsabilità medica potrebbe avere effetti deflattivi significativi. «Come Ordine di Roma già dal 2005 abbiamo fatto da apripista in Italia alla conciliazione in campo medico - afferma Mario Falconi, Presidente dei medici capitolini - prima con il progetto Accordia, poi con il primo studio territoriale, con criteri scientifici, sulla medicina difensiva, conseguenza diretta del crescente ricorso dei pazienti alle aule del Tribunale. Oggi consolidiamo il percorso con la firma della convenzione con la Camera di Conciliazione. Questo documento è stato preceduto dal protocollo d'intesa stipulato due anni fa con il Comune di Roma con l'obiettivo di avere più sinergie anche con chi amministra la città e di fornire informazioni certe sulla realtà della salute collettiva e della categoria medica. Una categoria professionale che - sottolinea Falconi - si trova a operare in condizioni lavorative e sociali sempre più difficili che generano poi situazioni di conflitto».

In base alla convenzione stipulata, la Camera di Conciliazione di Roma, in continuità con l'attività già svolta nel quadro del progetto Accordia, si impegna ad attivare e gestire un servizio di conciliazione rivolto specificamente alle controversie in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e odontoiatrica di natura contrattuale ed extracontrattuale.



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

L'ALLEANZA TRA MEDICI E PAZIENTI

Negli ultimi anni si è parlato spesso di "alleanza terapeutica" medici-pazienti. Non un patto sottoscritto, bensì un «comune sentire» affinché il malato sia sempre consapevole e il camice bianco possa agire in scienza e coscienza, rispettando le esigenze della persona che deve curare. In pratica qualcosa in più del consenso informato, sempre firmato e quasi mai letto. Questa "alleanza" ora esce dal limbo delle buone intenzioni e assume forma concreta con la «Fc&C», Fondazione chirurgo e cittadino, che, anche grazie alla partecipazione diretta di «Cittadinanza attiva», vuole costruire non solo un ponte comunicativo, ma appunto un rapporto diretto. I chirurghi ospedalieri sono tra i più esposti agli errori in sala operatoria, dunque i più a rischio di denuncia. Perciò ben venga se la Fondazione contribuirà ad evitare guai giudiziari agli iscritti. Sarà ancor meglio se farà diminuire il numero degli "incidenti": ogni giorno tanti, troppi italiani sono vittime di malasanità diagnostica, chirurgica, terapeutica. I cittadini devono rivendicare i loro diritti e farsi sentire; i medici devono ascoltare, conquistare la fiducia dei malati, mettere nella professione, al primo posto, l'etica.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MOBILITÀ**Il grande esodo verso Nord***In viaggio 840mila assistiti e di questi il 50% è meridionale*

Nel 2009 836.771 pazienti hanno viaggiato in cerca di cure lontani dalla Regione di residenza. Il 45% se ne va dal Sud, e di loro in 150mila emigrano al Nord e altri 138mila vanno nelle Regioni del Centro Ita-

lia, dal Lazio alla Toscana. Le situazioni più eclatanti sono quelle di Puglia, Sicilia e Sardegna, dove la gran parte dei pazienti va a farsi curare in Lombardia.

A PAG. 5

MOBILITÀ**In un anno 840mila viaggi della speranza***Spostamenti in massa da Sud a Nord per 1,2 miliardi*

Nel 2009 hanno «viaggiato» in cerca di cure migliori 836.771 pazienti, ognuno con una «dote media» di circa 1.524 euro per la Regione che li ha ospitati (tanto vale la media della quantificazione economica della mobilità di circa 1,2 miliardi complessivi certificata per il 2009 dalle Regioni). I soli «saldi» di mobilità (la differenza cioè tra quella attiva e quella passiva) valgono 265.206 pazienti.

Quasi tutti i «viaggi» sono da Sud a Nord a vedere i saldi di mobilità indicati nelle Sdo 2009: tranne il Molise, che per la mobilità è avvantaggiato dalla presenza a Isernia di Neuromed, Istituto neurologico mediterraneo, a cui fanno capo anche molte Regioni del Nord oltre che praticamente tutto il Centro-Sud (v. pagina 19) che presenta una leggera mobilità attiva, tutte le Regioni dall'Abruzzo in giù hanno il segno meno. Che invece al Centro hanno solo (ma in misura ridotta) le Marche e al Nord Liguria, Trento, Valle d'Aosta e Piemonte.

E nelle Sdo 2009 si quantificano anche i pazienti esteri ricoverati in Italia: sono 626.519 e il 50% circa proviene da Stati europei. Circa 480mila sono ricoveri in regime ordinario e 148mila in day hospital: l'attività per acuti erogata a pazienti residenti all'estero vale - sottolinea il ministero - circa il 5,8% dell'intera attività ospedaliera per acuti (10,7 milioni di ricoveri).

La parte del leone per quanto riguarda i saldi la fanno ovviamente i ricoveri per acuti: oltre 240mila pazienti. E sono questi che dimostrano i viaggi secondo l'asse Sud-Nord. Il saldo di mobilità passiva per i soli ricoveri per acuti nel Sud è di 218.144 pazienti: il 91% del saldo negativo nazionale che diventa l'88% di tutti i saldi negativi considerando anche le altre tipologie di ricovero.

Il peggior saldo negativo è quello della Campania, con -62.383 pazienti. I campani hanno come meta soprattutto il Lazio (mobilità di confine), ma anche la Lombardia e la Toscana. Seconda peggior performance

per quanto riguarda i saldi negativi di mobilità è quella della Calabria. Anche i calabresi, come i campani, hanno come meta principale il Lazio, che però non è più Regione di confine e al secondo posto quasi a pari merito con il Lazio la Lombardia e poi l'Emilia Romagna e la Sicilia, quest'ultima confinante anche se con in mezzo il mare.

Sul versante opposto, il massimo saldo positivo di mobilità è quello della Lombardia con +85.103 pazienti, seguita dall'Emilia Romagna con +67.790 pazienti. Entrambi attraggono il maggior numero di pazienti in Italia e hanno una mobilità passiva che è quasi nel 50% dei casi di confine proprio tra le due stesse Regioni. Mentre poi l'Emilia Romagna ha un trend di saldi positivi costante tra acuti, riabilitazione e lungodegenza, la Lombardia ha un piccolo «neo» con un saldo negativo di 1.542 pazienti nella lungodegenza.

Dal punto di vista della distribuzione regionale dei saldi negativi di mobilità poi, mentre nei ricoveri per acuti la divisione tra le Regioni è abbastanza bilanciata tra Nord e Sud, la tipologia che presenta solo cinque Regioni in attivo è la riabilitazione: hanno il segno «più» Piemonte, Lombardia, Trento, Veneto e Abruzzo.

Il ministero sottolinea che il fenomeno della mobilità riguarda il 7,3% dei ricoveri per acuti in regime ordinario e il 7,2% di quelli in day hospital, tocca quasi il 15% per la riabilitazione in regime ordinario ed è di poco superiore al 9% per quella in day hospital, mentre si riduce al 4,6% per la lungodegenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le mete preferite

Regioni	Maggiore mobilità verso (ricoveri)
Piemonte	Lombardia (31.122)
Valle d'Aosta	Piemonte (3.660)
Lombardia	Emilia R. (19.264)
Pa Bolzano	Veneto (1.485)
Pa Trento	Veneto (7.527)
Veneto	Friuli V.G. (15.322)
Friuli V.G.	Veneto (8.862)
Liguria	Piemonte (12.491)
Emilia R.	Lombardia (22.548)
Toscana	Emilia R. (10.881)
Umbria	Lazio (6.994)
Marche	Emilia R. (15.792)
Lazio	Abruzzo (14.615)
Abruzzo	Marche (15.260)
Molise	Abruzzo (4324)
Campania	Lazio (29.053)
Puglia	Lombardia (11.314)
Basilicata	Puglia (8.346)
Calabria	Lazio (14.116)
Sicilia	Lombardia (17.861)
Sardegna	Lombardia (4.604)

