

LUI & LEI

ROBERTA GIOMMI

**IL SESSO TROPPO PRECOCE
E I RITARDI DEI GENITORI**

olti genitori arrivano in seduta preoccupati per il sesso dei loro figli e figlie. Hanno scoperto per caso che hanno iniziato la vita sessuale, che le figlie hanno preso la pillola del giorno dopo, che non usano protezione. Le sorelle e i fratelli maggiori hanno avvertito che sarebbe importante capire cosa sta accadendo perché hanno letto sul computer appuntamenti e prestazioni offerte con troppa disinvoltura. Condividiamo con questi genitori che il sesso inizia troppo presto e senza dialoghi di protezione e per questo indichiamo che è sempre troppo tardi per aiutare le figlie e i figli ad avere informazioni corrette. Molto spesso per le malattie sessualmente trasmesse si parla di coito, ma si dovrebbe parlare anche dei rapporti orali e capire come la sessualità si sta svolgendo. I genitori ricevono l'indicazione di portare i ragazzi ai consultori per il colloquio ginecologico o la visita e che i padri accompagnino i figli maschi al controllo andrologico. È come se gli adulti volessero occuparsi di tutto ma non del sesso dei figli così spesso l'intervento avviene in emergenza.

www.irf-sessuologia.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Il rapporto Oasi 2013 del Cergas Bocconi evidenzia la copertura sempre meno universalistica del sistema italiano

Il «Ssn» fa i conti con la riduzione degli investimenti

Roberto Turno

Non è vero che è sprecone, almeno non dappertutto. Anzi, a guardare quanto spendono altrove in Europa, addirittura ha una «natura sobria». Sorpresa, almeno per chi non lo sapesse: **il servizio sanitario nazionale** non è affatto da buttar via. Ma a forza di tagli e di **mancati investimenti**, rischia concretamente, soprattutto al Sud e nelle regioni sotto piano di rientro dal maxi debito, di non poter assicurare quella che è la sua mission, ovvero garantire le necessità e i diritti di salute degli italiani. La Bocconi ne è sicura: per la sanità pubblica il pericolo di *undertreatment*, è già adesso un'amara realtà.

Alla prova sempre più difficile della sostenibilità, insomma,

il Ssn è quanto mai sguarnito. E il «Rapporto Oasi 2013» del Cergas Bocconi, curato da Elena Cantù e Francesco Longo, elenca meticolosamente i vizi (molti) e le virtù (non rare) di un sistema che di universalistico ormai conserva sempre meno. Anche se, oltre ai difetti d'origine e alle vere e proprie anomalie (e non solo) gestionali, uno dei punti di partenza del rapporto è il gap vistoso di investimenti in infrastrutture dunque in salute: tagli che colpiscono tutti i fattori produttivi (personale, macchinari, privato accreditato), che mentre fanno calare gli investimenti, rendono al tempo stesso più complicate la performance sanitaria «presente e futura». Di fatto, creando «debito

sommerso» per il futuro.

Un esempio dei debiti a "scoppio ritardato" sono i tempi biblici di rimborso dei fornitori (236 giorni per i farmaci, 274 per le attrezzature), con le solite escursioni Nord-Sud. Ma anche l'estrema variabilità della spesa per investimenti, che da fronte di una media nazionale di 59 euro procapite, registra la punta massima di 111 euro dell'Emilia Romagna e quella minima di 20 euro in Calabria. Tutto questo, riconosce la Bocconi, mentre il Ssn può vantare sobrietà nella spesa pubblica rispetto ai principali partner Ue. E mentre, allo stesso tempo, è riconosciuto che il deficit nelle "regioni canaglia" s'è ridotto notevolmente: in Campania, ad esempio, nel 2012 è sceso a un decimo

di quello del 2005. Ma sono successi solo parziali. La garanzia dei Lea (livelli essenziali di assistenza) è una chimera proprio dove i conti non tornano: col rischio appunto di iniquità nord-sud e, appunto, di *undertreatment*. Per non dire dell'assenteismo per malattia e permessi, più forte da Roma in giù. E perfino nella scelta dei manager che peraltro, secondo un'analisi tra quattro grandi regioni (Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana), di formazione "manageriale" si scopre che ne hanno ben poca. Principalmente sono maschi, medici e a fine carriera, i dg di Asl e ospedali. E in Lombardia spiccano per la loro matrice «politica». Chissà al Sud come va.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

30 euro

Soglia pagamenti

L'obbligo di accettare pagamenti effettuati attraverso bancomat si applica a tutte le transazioni di importo superiore ai 30 euro

200 mila

Soglia fatturato

Fino al 30 giugno 2014 vale solo per le attività commerciali o professionali che abbiano un fatturato -

relativamente all'anno precedente - superiore a 200 mila euro

31%

Imprese con Pos

Il 31% delle imprese di servizi risulta dotata di un terminale Pos (a fronte del 44% dei Paesi europei con livelli medio-alti di utilizzo delle carte di pagamento). In alcune categorie (attività professionali, immobiliari, servizi sanitari e assistenziali) si scende sotto il 10%



Carenze farmaci, disposizioni Cdm a garanzia disponibilità

21/01/2014

Il ministero della Salute ha «già provveduto a far approvare dal Consiglio dei ministri specifiche disposizioni dirette a garantire che i farmaci ritenuti essenziali e non sostituibili siano presenti sul territorio nazionale». La notizia, diffusa nella serata di venerdì scorso dallo stesso dicastero che aggiunge anche come sia «stato attribuito all’Agenzia del farmaco il potere di redigere specifici elenchi di farmaci dei quali sarà per tale via limitata l’esportazione», trova il consenso dei rappresentanti del mondo della farmacia e in particolare di Franco Caprino, presidente di Federfarma Roma, che ha lanciato l’allarme sul problema carenze nella Capitale e non solo. «Sono molto soddisfatto» sottolinea Caprino a Farmacista33 «per questa positiva risposta arrivata dal Governo e anche fiducioso che questo primo passo vada a buon fine, vista l’immediata approvazione da parte del Consiglio dei ministri. Il problema, d’altro canto» aggiunge «si era fatto davvero preoccupante per la popolazione e un intervento era necessario. Forse ci si sarebbe potuti muovere prima» conclude Caprino. Dal canto suo Annarosa Racca sottolinea come la disposizione ministeriale fosse già contenuta nella direttiva sulla contraffazione dei medicinali dove sono state approvate specifiche disposizioni dirette a garantire la reperibilità dei farmaci ritenuti essenziali e non sostituibili. «È dal 2006» sottolinea Racca «che denunciavamo il pericolo e che ribadiamo che i farmaci non sono una merce. Ed è proprio per questo che abbiamo messo in campo una serie di interventi di verifica con la filiera e con le Regioni nonché attività di controllo con l’Aifa. Poi» continua il presidente di Federfarma «le Federfarma locali Napoli, Molise e con particolare vigore Roma hanno denunciato la situazione. Per cui il ministero ha ribadito di aver già provveduto a una disposizione in tal senso. Ora attendiamo il lavoro delle Commissioni parlamentari auspicando che si arrivi a regolare il fenomeno in modo definitivo visto che il danno per i cittadini è considerevole e che riguarda anche farmaci ospedalieri». Per chiudere va registrata anche la soddisfazione della Fofi che, per voce del presidente Andrea Mandelli, sottolinea come «da tempo la Federazione aveva denunciato l’allarmante ripetersi di queste rotture di stock e si era fatta promotore di un incontro con i protagonisti della filiera, così come aveva indicato una delle cause principali nell’esportazione parallela di medicinali verso paesi in cui vigono prezzi più elevati».

Tasse L'ipotesi di riduzione legata ai redditi più elevati. L'appello del Fondo Monetario: un Fisco più semplice

Detrazioni, salve le spese sanitarie

Verso un taglio degli sconti dal 19 al 18% per mutui e polizze

ROMA — Le detrazioni dall'Irpef delle spese sanitarie, o almeno di gran parte di queste, potrebbero scampare al taglio che scatterà a fine gennaio. E' questo l'orientamento che si sta facendo strada nell'esecutivo a pochissimi giorni dalla scadenza imposta dalla legge di Stabilità del 2014, una riduzione degli sconti fiscali che produca un risparmio per le casse dello Stato di almeno 500 milioni di euro l'anno, da attuare entro il prossimo 31 gennaio.

Oggi le ipotesi di intervento messe a punto in questi giorni dai tecnici del ministero dell'Economia saranno discusse informalmente a Palazzo Chigi con i collaboratori del Presidente del Consiglio, Enrico Letta, al quale spetterà l'ultima parola in materia. Le

strade percorribili sono sostanzialmente due. La prima, la più facile, è quella di un taglio lineare di tutte le detrazioni Irpef, che scenderebbero dal 19% al 18% già sulle spese sostenute nel 2013. La seconda è l'ipotesi di una sforbiciata selettiva, che riscuote maggiori consensi, ma che rende più complicato il raggiungimento dell'obiettivo di risparmio.

La maggior parte delle detrazioni Irpef al 19% riguarda proprio le spese sanitarie e quelle per l'assistenza ai portatori di handicap, che da sole assorbono la metà (2,7 miliardi) del costo complessivo (5,4 miliardi di euro l'anno). Il governo vorrebbe salvaguardarle, ma lo spazio per recuperare i 500 milioni necessari

si restringerebbe parecchio.

Un taglio lineare dal 19 al 18% delle altre detrazioni più importanti, quelle sulle spese per le assicurazioni sulla vita e contro gli infortuni, per gli interessi sui mutui prima casa, per le università dei figli, potrebbe non bastare. Per questo, tra le ipotesi che i tecnici hanno preso inconsiderazione, c'è anche quella di eliminare alcuni di questi sconti per i redditi più elevati. Anche questa una strada scomoda, perché per ottenere risultati apprezzabili il taglio o la cancellazione degli sconti dovrebbe scattare a partire da redditi non certo molto elevati. Una via di mediazione potrebbe essere quella di vincolare al reddito anche le detra-

zioni su alcune spese sanitarie, quelle considerate non essenziali. Ma anche questo è un terreno molto difficile da praticare.

Nelle intenzioni del governo, comunque, la revisione degli sconti e delle agevolazioni fiscali si farà. Perché serve a risparmiare, ma anche ad avere un quadro più attendibile dell'efficacia della spesa pubblica (come di fatto sono le detrazioni Irpef). Da Washington il Fondo Monetario Internazionale continua a sollecitare la loro razionalizzazione. Mettendo nel mirino non solo le detrazioni Irpef, ma anche i regimi agevolati e le esenzioni dell'Iva, che secondo uno studio dell'istituto, assorbono 40 miliardi di euro l'anno.

Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Incontro

Oggi incontro a Palazzo Chigi per valutare le diverse ipotesi messe a punto dai tecnici dell'Economia

I punti



Come funzionano le agevolazioni

Il taglio delle detrazioni Irpef che potrebbe scattare a fine gennaio non dovrebbe includere gran parte delle spese sanitarie



Gli sgravi al 19% e l'ipotesi taglio

Tra le ipotesi allo studio: un taglio lineare delle detrazioni Irpef dal 19% al 18% o una sforbiciata selettiva in base al reddito



Mini Imu, scadenza il 24 gennaio

Per pagare la «mini-Imu», sulle prime case esenti dall'Imu nel corso del 2013, c'è tempo fino a venerdì prossimo

ILLUSTRAZIONI DI ROBERTO PIROLA

Schede di dimissione ospedaliera 2012: meno cittadini in corsia e un calo di 49 strutture in un anno

Spending taglia 500mila ricoveri

Si riduce la spesa ma il territorio arranca - **Lorenzin**: «Vanno rafforzati i controlli»

I ricoveri si riducono del -4,6% in un solo anno (-2,9% quelli per acuti), cala anche la spesa e ci sono nel 2012 rispetto al 2011 49 strutture in meno. È il bilancio delle Schede di dimissione ospedaliera 2012, indispensabili secondo lo stesso ministro **Lorenzin**, per il monitoraggio dell'appropriatezza. Specie in tempi di spending review, quando nessuno spreco è accettato. Ma se si

riduce l'attività degli ospedali, non aumenta quella sul territorio e le Sdo indicano che per una serie di prestazioni-indice, i ricoveri sono ancora troppi. I cali maggiori sono in Basilicata e nelle Regioni in piano di rientro: Lazio, Campania e Puglia. Ma c'è anche chi i ricoveri li aumenta: Valle d'Aosta e Friuli hanno rispettivamente il 5,8 e l'1,2% in più.

A PAG. 6-7

SDO 2012/ Ridotti la spesa e il ricorso all'ospedale - Ma le cure extra corsia non crescono

Meno ricoveri, poco territorio

Prestazioni -4,6%, costi -2,5% - Ospedali: -3,2% di strutture in un anno

In un anno - tra il 2011 e il 2012 - i ricoveri diminuiscono in generale del 4,6% (-2,9% per quelli per acuti in regime ordinario e -10,3% per i day hospital). Ma dal 2001 il calo è di quasi il 21%. E con i ricoveri scendono anche le giornate di degenza, passate da circa 69,5 milioni del 2011 a 66,7 milioni nel 2012, con una riduzione di circa il 4% (-3,2% quelle per i ricoveri per acuti in regime ordinario) e dal 2011 con un calo del 19,5%. Ma all'opposto non brilla il territorio con gli indicatori di funzionalità (l'ospedalizzazione per 6 patologie) a deospedalizzazione frenata.

Diminuiscono progressivamente anche gli ospedali, passati dai 1.534 del 2011 ai 1.485 del 2012 (49 in meno, il -3,2%), dopo che le strutture di ricovero avevano raggiunto il loro picco massimo nel 2009 (primo anno dei piani di rientro e del controllo rigido di spesa): 1.625, ben 140 in più del 2012. E a ridursi a livello nazionale è anche il valore economico dei ricoveri (il ministero però precisa che si tratta di un dato indicativo visto che è calcolato sul tariffario nazionale e non sui singoli tariffari regionali). Per gli acuti (in regime ordinario e day hospital) il costo calcolato in base al tariffario nazionale è stato nel 2012 di 27,048 miliardi ai quali se ne aggiungono 2,058 per la riabilitazione e 465 milioni circa per la lungodegenza: erano 27,646 miliardi nel 2011,

con 2,258 di riabilitazione e 439 milioni di lungodegenza. In tutto, quindi, -2,5 per cento rispetto al 2011.

Sono questi i primi dati che emergono dalle Schede di dimissione ospedaliera 2012 del ministero della Salute. L'obiettivo è l'appropriatezza, ha commentato i dati il ministro **Beatrice Lorenzin** e un primo passo è proprio la deospedalizzazione. «Dobbiamo rafforzare i sistemi di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Lea - ha aggiunto - poiché proprio attraverso la sistemizzazione e la pubblicizzazione di questi dati saremo in grado di assicurare ai cittadini interventi costanti sul sistema, per assicurare la sicurezza e il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, con particolare attenzione alle modalità di utilizzo delle risorse disponibili».

Territorio al ralenti. Il calo sicuramente legato alla razionalizzazione delle cure e alla necessità di intervenire sulla spesa e sull'appropriatezza dei ricoveri con la deospedalizzazione, ma che avrebbe avuto la necessità di un riscontro analogo di crescita dell'assistenza sul territorio. Secondo le Sdo 2012 però, confrontando gli indicatori sulla "ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali" (i tassi di ospedalizzazione per sei condizioni che con l'ospedale meno hanno a che fare e meglio è) sono

quasi tutti in calo ma, tranne l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca negli over 65, che scende in un anno in media in Italia del -18,41%, la riduzione è molto inferiore a quella dei ricoveri: si va dal -0,41% del tasso di ricovero per influenza nell'anziano -1,89% di ospedalizzazione per le patologie alcol-correlate. Ma c'è anche chi aumenta ed è ancora una volta l'insufficienza cardiaca, stavolta è tra i 18 e i 64 anni: +2,96%. In media, quindi, per tutti gli indicatori un calo del -3,3%, al di sotto del -4,6% di quello dei ricoveri in generale.

In quali strutture ci si ricovera di più. Il numero di ricoveri maggiore avviene negli ospedali delle Asl con il 41,7% di quelli per acuti in regime ordinario e il 36,4% in day hospital, seguiti dalle aziende ospedaliere con il 21,1% di ricoveri ordinari e il 17,7% di day hospital, a dimostrazione della maggiore specializzazione delle Ao che trattano casi più complessi e, quindi, meno ge-

stibili al di fuori del ricovero ordinario. Ma al di là dei ricoveri ordinari le strutture pubbliche lasciano il campo a quelle private accreditate: la riabilitazione avviene nel 52,7% dei casi in regime ordinario e nel 22,5% in day hospital nelle case di cura. Anche la lungodegenza la fanno le cliniche per il 44,8% in regime ordinario e il 91,5% in day hospital.

Come è andata nelle Regioni. L'attività totale per acuti si riduce da 9.879.863 unità nel 2011 a 9.384.071 nel 2012, con una riduzione di circa il 5%. Tranne la Valle d'Aosta, che passa da 20.791 unità a 21.990 (+5,8%) e il Friuli Venezia Giulia (+1,2% da 193.423 a 195.822 unità), tutte le altre Regioni riducono l'attività per acuti, da un minimo di -0,2% nel Lazio e -1,7% in Campania a un massimo di -14,6% in Basilicata e -11,7% in Puglia.

Nel 2012 c'è una riduzione del day hospital dal 28,7% al 27,1% del totale; l'andamento è confermato in tutte le Regioni, tranne

Valle d'Aosta (+1,0%), Campania (+0,9%), Friuli Venezia Giulia (+0,5%), Lazio (+0,5%) e Calabria (+0,2%). Le riduzioni maggiori sono in Basilicata (-5,8%), Lombardia (-4,7%) e Puglia (-4,3%).

La degenza media sempre per acuti è costante come sempre negli ultimi anni ed è compresa tra 6,7 e 6,8 giorni, mentre calano di più le degenze medie per riabilitazione e per lungodegenza a partire dal 2009.

I tassi di ospedalizzazione. Rispetto al 2011, il tasso di ospedalizzazione per acuti si riduce nel 2012 da 110 a 108 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e a poco meno di 42 cicli di day hospital per 1.000 abitanti, sempre con una «discreta» variabilità regionale. E in Italia poco più di 8 ricoveri per 1.000 abitanti (sempre per acuti in regime ordinario) avvengono fuori Regione (v. pagina 8-9).

La maggior parte dei ricoveri (oltre un milione) è in medicina generale, seguita da chirurgia generale (905mila) e ostetricia (893mila). Si ricovera meno, invece, per la medicina sportiva (2), le grandi ustioni pediatriche (94) e in emodialisi (247).

L'effetto dell'età. I tassi di rico-

vero per acuti in regime ordinario diminuiscono per tutte le fasce di età, tranne che tra 25 e 44 (+0,24% da 81,95 a 82,15 ricoveri per 1.000 abitanti) e la diminuzione maggiore è da 5 a 14 anni (-3,98% da 38,85 a 37,31 ricoveri per 1.000 abitanti) e da 15 a 24 anni (-2,96% da 54,87 a 53,24 ricoveri per 1.000 abitanti). In day hospital, invece, la riduzione è più forte: -14,16% oltre i 75 anni, -12,83% tra 65 e 74 anni e -10,68% tra 45 e 64 anni.

A livello regionale il dato è, ancora una volta, molto variabile. Nel Lazio, a esempio, si ha un incremento di tutti i tassi per età, per cui il tasso grezzo complessivo aumenta da 109,09 a 113,19 ricoveri ordinari per 1.000 abitanti. La fascia di età 25-44 anni registra un moderato aumento in media di circa l'1% nelle Regioni del Centro-Nord (in particolare Lazio +4,12% e Lombardia +2,54%), a eccezione della Valle d'Aosta (-1,3%) e delle Marche (-1,23%), e una diminuzione nelle Regioni del Sud (in particolare Molise -4,5%, e Puglia -4,44%).

Il "tipo" di ricoveri. In media il 97,5% dei ricoveri è a carico del Ssn e si va dal 99,6% della Basilicata al 95,6% della Lombardia.

Ma subito dopo ci sono i "solventi". Sono solo lo 0,9% dei ricoveri e si va dal minimo dello 0,004 della Basilicata al massimo del 3,006% in Lombardia che con questa tipologia di ricoveri ha "guadagnato" nel 2012 circa 88,6 milioni (la Basilicata appena 40mila euro) con il Lazio al secondo posto con 14,9 milioni incassati per lo 0,62% di ricoveri solventi.

La percentuale più alta di ricoveri in convenzione con differenza alberghiera si ha invece a Trento (3,3% circa) con un guadagno di circa 6 milioni. Che però, pure con un minor numero di ricoveri di questo tipo, diventano 52 milioni in Puglia (2,2% di ricoveri) e oltre 45 milioni nel Lazio (1,2% di ricoveri).

Le Sdo 2012 rilevano anche i ricoveri in libera professione. Quelli "normali" (cioè senza anche la differenza alberghiera) sono lo 0,2% del totale e valgono in tutto circa 55,4 milioni (non per le spese di personale si intende), mentre quelli con differenza alberghiera sono lo 0,1% e valgono però 42,9 milioni.

pagine a cura di
Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'andamento dei ricoveri negli anni

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
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
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
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
Degenza media per acuti in regime ordinario	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	-	6,7	6,8	6,7	6,7	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
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
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
N. 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

I ricoveri secondo le strutture

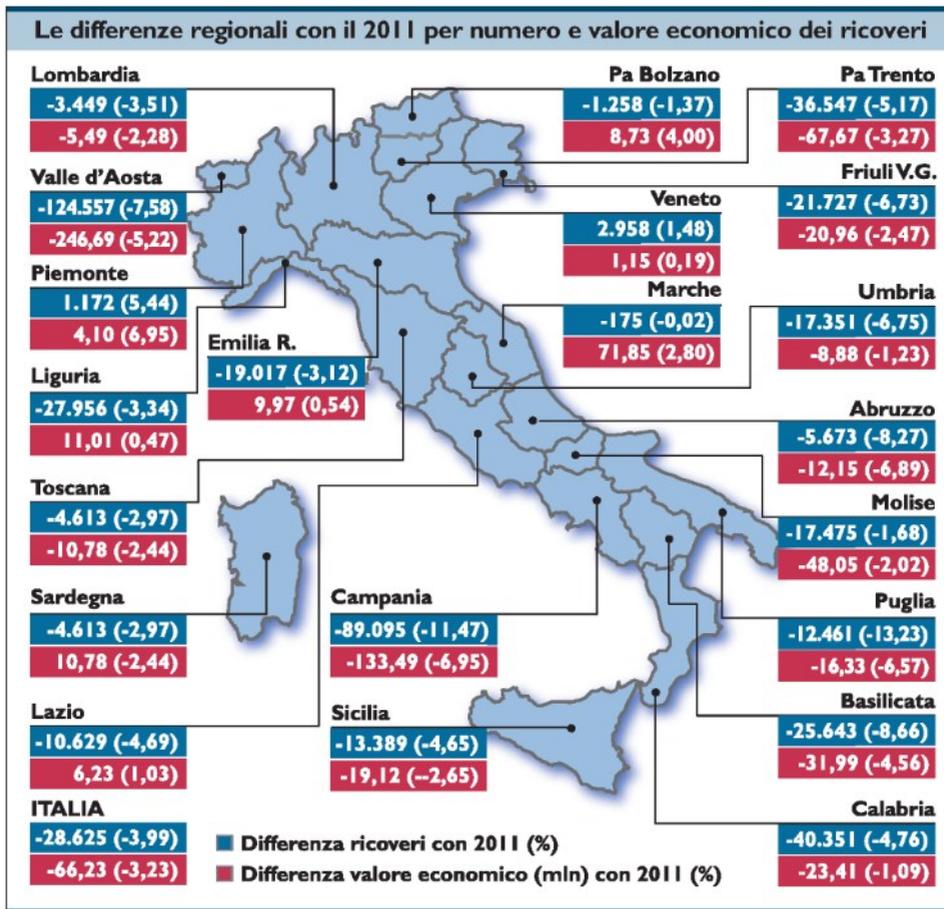
Tipo istituto	Acuti				Riabilitazione				Lungodegenza			
	Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital		Regime ordinario		Day hospital	
	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%	Dimissioni	%
Aziende ospedaliere	1.439.606	21,1	448.495	17,7	27.884	8,9	3.929	8,7	5.127	4,8	-	-
Ospedali a gestione diretta	2.849.224	41,7	924.340	36,4	40.708	13,0	9.659	21,4	46.202	42,9	111	8,5
Policlinici universitari pubblici	764.979	11,2	422.181	16,6	4.904	1,6	4.193	9,3	4.635	4,3	-	-
Policlinici universitari priv. accr.	73.119	1,1	53.260	2,1	703	0,2	-	-	-	-	-	-
Ircs pubblici e fond. pubbliche	211.629	3,1	102.485	4,0	5.798	1,9	2.095	4,6	1.595	1,5	-	-
Ircs privati e fondazioni private	213.146	3,1	116.259	4,6	46.192	14,8	10.339	22,9	34	0,0	-	-
Ospedali classificati	231.252	3,4	90.550	3,6	10.583	3,4	1.304	2,9	953	0,9	-	-
Case di cura private accreditate	940.198	13,7	344.573	13,6	164.924	52,7	10.173	22,5	48.229	44,8	1.196	91,5
Case di cura private non accredit.	47.970	0,7	7.547	0,3	139	0,0	-	-	71	0,1	-	-
Istituti qualificati presidio Usl	55.571	0,8	24.103	0,9	10.678	3,4	3.513	7,8	744	0,7	-	-
Enti di ricerca	11.129	0,2	4.768	0,2	255	0,1	-	-	-	-	-	-
Totale	6.837.823	100,0	2.538.561	100,0	312.768	100,0	45.205	100,0	107.590	100,0	1.307	100,0

I ricoveri per tipologia e

Regione	A carico del Ssn			In convenzione con differenza alberghiera			Rimborso			Solvente			In convenzione con libera professione		
	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)
Piemonte	620.257	98,141	1.962,872	350	0,055	1,306	-	-	-	5.013	0,793	11,727	1.736	0,275	4,846
Valle d'Aosta	21.734	98,836	62,756	1	0,005	0,002	-	-	-	43	0,196	0,071	132	0,600	0,238
Lombardia	1.352.024	95,575	4.415,417	4.515	0,319	12,049	63	0,004	0,174	42.525	3,006	88,605	1.710	0,121	5,020
Pa Bolzano	82.903	95,941	226,970	797	0,922	2,277	10	0,012	0,015	931	1,077	2,410	2	0,002	0,005
Pa Trento	77.149	95,669	218,575	2.691	3,337	6,069	10	0,012	0,027	220	0,273	0,687	24	0,030	0,046
Veneto	618.482	98,060	1.973,018	3.127	0,496	9,697	68	0,011	0,203	3.705	0,587	10,294	522	0,083	2,187
Friuli V.G.	192.798	98,456	592,215	594	0,303	2,033	-	-	-	1.263	0,645	2,923	361	0,184	1,084
Liguria	283.591	98,516	816,645	74	0,026	0,284	17	0,006	0,030	1.089	0,378	2,250	204	0,071	0,739
Emilia Romagna	727.764	97,785	2.327,010	2.998	0,403	10,513	-	-	-	5.484	0,737	13,753	1.715	0,230	5,199
Toscana	559.043	97,668	1.836,075	1.960	0,342	6,646	5	0,001	0,008	3.454	0,603	9,608	354	0,062	1,268
Umbria	144.326	99,035	428,823	86	0,059	0,284	-	-	-	385	0,264	1,334	105	0,072	0,300
Marche	229.535	99,386	711,705	46	0,020	0,121	14	0,006	0,034	449	0,194	1,011	243	0,105	0,888
Lazio	927.295	96,718	2.549,890	11.323	1,181	45,327	98	0,010	0,225	5.949	0,620	14,894	5.254	0,548	16,404
Abruzzo	205.251	99,106	608,001	568	0,274	1,964	9	0,004	0,016	439	0,212	1,124	68	0,033	0,158
Molise	60.094	99,113	163,241	9	0,015	0,017	21	0,035	0,022	106	0,175	0,191	4	0,007	0,032
Campania	976.688	97,851	2.284,083	5.005	0,501	14,314	-	-	-	4.397	0,441	6,223	6.813	0,683	14,401
Puglia	642.544	97,149	1.725,809	14.778	2,234	52,014	183	0,028	0,775	1.073	0,162	2,694	533	0,081	1,087
Basilicata	78.088	99,596	231,253	52	0,066	0,161	33	0,042	0,200	3	0,004	0,004	23	0,029	0,089
Calabria	254.853	98,991	663,217	1.359	0,528	3,057	71	0,028	0,235	17	0,007	0,075	5	0,002	0,009
Sicilia	766.771	97,628	2.091,171	6.463	0,823	22,043	504	0,064	1,372	4.698	0,598	6,064	449	0,057	1,232
Sardegna	268.323	99,309	700,606	379	0,140	0,874	-	-	-	893	0,331	2,184	56	0,021	0,131
Italia	9.089.513	97,500	26.589,400	57.175	0,600	191,100	1.106	0,000	3,300	82.136	0,900	178,100	20.313	0,200	55,400

relativo valore economico

In convenzione con libera professione e con differenza alberghiera			Stranieri da Paesi convenzionati a carico del Ssn			Stranieri indigenti a carico del Ssn			Stranieri indigenti a carico del ministero dell'Interno			Altro e non attribuibile			Totale	Valore (in mln)
Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)	Numero	%	Valore (in mln)		
1.203	0,190	3,051	546	0,086	2,504	812	0,128	1,477	1.871	0,296	5,854	217	0,034	0,501	632.005	1.994,137
1	0,005	0,003	71	0,323	0,148	2	0,009	0,003	-	-	-	6	0,027	0,010	21.990	63,230
3.115	0,220	10,486	2.125	0,150	8,053	3.578	0,253	6,708	4.879	0,345	17,642	83	0,006	0,172	1.414.617	4.564,326
1	0,001	0,004	1.695	1,962	5,230	26	0,030	0,066	13	0,015	0,175	32	0,037	0,074	86.410	237,226
1	0,001	0,002	163	0,202	0,438	31	0,038	0,064	35	0,043	0,091	318	0,394	1,460	80.642	227,459
988	0,157	4,370	1.416	0,225	5,115	723	0,115	1,660	580	0,092	2,199	1.107	0,176	2,289	630.718	2.011,032
22	0,011	0,058	474	0,242	1,977	70	0,036	0,141	-	-	-	240	0,123	0,795	195.822	601,225
261	0,091	0,771	673	0,234	1,967	707	0,246	1,593	778	0,270	2,595	468	0,163	2,069	287.862	828,943
1.835	0,247	6,464	1.386	0,186	5,000	878	0,118	1,785	-	-	-	2.187	0,294	7,660	744.247	2.377,385
3.292	0,575	9,291	1.189	0,208	4,737	1.276	0,223	2,336	1.227	0,214	4,851	590	0,103	2,002	572.390	1.876,822
11	0,008	0,040	374	0,257	1,110	113	0,078	0,268	75	0,051	0,243	258	0,177	0,471	145.733	432,872
13	0,006	0,038	322	0,139	1,116	104	0,045	0,252	107	0,046	0,366	121	0,052	0,815	230.954	716,344
-	-	-	987	0,103	3,710	6.005	0,626	16,710	1.849	0,193	7,281	2	0,0002	0,009	958.762	2.654,450
3	0,001	0,007	251	0,121	0,608	41	0,020	0,063	54	0,026	0,242	419	0,202	0,685	207.103	612,868
-	-	-	203	0,335	0,404	71	0,117	0,190	-	-	-	124	0,205	0,251	60.632	164,349
1.332	0,133	3,143	390	0,039	0,992	1.773	0,178	4,116	1.739	0,174	4,499	-	-	-	998.137	2.331,770
90	0,014	0,266	861	0,130	2,519	663	0,100	1,706	578	0,087	2,127	96	0,015	0,359	661.399	1.789,357
10	0,013	0,027	37	0,047	0,143	159	0,203	0,377	-	-	-	-	-	-	78.405	232,254
4	0,002	0,006	165	0,064	0,364	917	0,356	2,421	17	0,007	0,019	42	0,016	0,083	257.450	669,486
1.479	0,188	4,881	803	0,102	2,447	1.628	0,207	3,803	536	0,068	1,415	2.069	0,263	1,496	785.400	2.135,924
14	0,005	0,026	524	0,194	1,313	-	-	-	-	-	-	-	-	-	270.189	705,135
13.675	0,100	42,900	14.655	0,200	49,900	19.577	0,200	45,700	14.338	0,200	49,600	8.379	0,100	21,200	9.320.867	27.226,596



FARMACI: EMA, NEL 2013 VIA LIBERA A 81 NUOVI MEDICINALI =
ATTRAVERSO I PARERI DEL CHMP, NEL 2012 ERANO STATI 57

Roma, 20 gen. (Adnkronos Salute) - Nel 2013 il Comitato per i medicinali per uso umano (Chmp) dell' Agenzia europea del farmaco (Ema) ha raccomandato l' autorizzazione all' immissione in commercio per 81 prodotti, a fronte di 57 nel 2012. In linea con gli anni precedenti, il numero di medicinali contenenti una nuova sostanza attiva risulta abbastanza elevato, con 38 che non erano mai state utilizzate prima in medicina, rispetto a 35 nel 2012, 25 nel 2011 e 15 nel 2010. Il numero di farmaci generici è stabile rispetto al 2012, ma in generale risulta in diminuzione nel corso degli ultimi anni. Inoltre, nel 2013, il Chmp ha valutato un numero record di nuovi farmaci veterinari: 23, quasi il doppio rispetto al 2012.

Da segnalare, il via libera a 2 nuovi medicinali per terapie umane avanzate, che portano a 4 il numero totale dei farmaci di questo tipo raccomandati per l' approvazione da parte del Chmp da quando la normativa in materia è diventata operativa (il primo è stato approvato nel 2009 e il secondo nel 2012). Questi farmaci innovativi derivano dalla terapia genica, dalla terapia cellulare e dall' ingegneria dei tessuti e possono offrire opportunità innovative per il trattamento di malattie e lesioni. In costante aumento anche il numero di raccomandazioni per l' approvazione alla commercializzazione di medicinali destinati al trattamento delle malattie rare (11 nel 2013 contro 8 nel 2012 e 4 nel 2011), cosa che mostra il successo del regolamento europeo su questi prodotti, entrato in vigore nel 2000. Il 2013 ha visto anche i primi due pareri positivi per l' autorizzazione all' immissione in commercio di anticorpi monoclonali biosimilari.

Si segnalano le nuove opzioni di trattamento per il cancro e la tubercolosi: nel 2013 hanno ricevuto il ' disco verde' 16 nuovi farmaci per il trattamento del cancro, di cui 12 contengono una nuova sostanza attiva. La maggior parte di questi farmaci è considerata una terapia mirata, progettata per bloccare la crescita e la diffusione del cancro interferendo con molecole specifiche o agendo sul sistema immunitario del paziente. Particolarmente degna di nota nelle altre aree terapeutiche è la raccomandazione di 3 farmaci per il trattamento della tubercolosi multiresistente. Nel 2013, il Chmp ha infine raccomandato l' approvazione di quattro nuovi farmaci per l' uso in pazienti con Hiv, ognuno dei quali contiene una nuova sostanza attiva, e cinque farmaci per il trattamento del diabete di tipo 2, quattro dei quali contengono una nuova sostanza attiva.
(Bdc/Adnkronos Salute)

OSPEDALI, SPERIMENTAZIONE E LOTTIZZAZIONE

Caso Stamina, responsabilità politiche

di PAOLO BIANCO

Caro direttore, due cose assai importanti e giuste ha detto il ministro Beatrice Lorenzin in una recente intervista tv: la prima, è che bisogna che politica e scienza rimangano ognuna nel proprio ambito; la seconda, che si dovrà chiarire come e qualmente una cosa come Stamina sia penetrata così facilmente in un ospedale pubblico.

Stamina è penetrata in un ospedale pubblico, si apprende, per coperture, appoggi e contiguità «politiche», o meglio, di amministratori locali di sanità e ospedali pubblici. Convergenze «politiche» di più alto livello stavano poi per legalizzare Stamina, nell'aprile scorso. Il chiarimento che il ministro Lorenzin invoca, allora, può venire solo guardando alla realtà che un eccesso di gestione «politica» della Sanità, decentrata alle Regioni, ha prodotto. Riaffiorano le parole di un ministro della Salute di qualche anno fa, che rivendicava alla politica nientemeno che la «responsabilità di scegliere chi mettere a capo delle corsie ospedaliere», come se davvero la scelta di un primario fosse politica, e non professionale. Un assurdo che fa da sfondo al caso Stamina, e uno sfondo che il caso Stamina ora illumina della sua luce sinistra, mostrando che cosa può succedere se quella «responsabilità» si estende addirittura all'uso o alla scelta o alla definizione di una «terapia». Riaffiorano anche, più vicini, i surreali pronunciamenti di «apertura» a Stamina da parte di politici di quattro Regioni diverse (Abruzzo, Veneto, Sicilia, Friuli). Quell'apertura, si spera, non avverrà. Ma occorre chiedersi se lasciare la gestione di cose di medicina e scienza a una foltis-

sima periferia della politica non abbia davvero raggiunto il suo limite, e se non sia questo ciò che è necessario correggere. La Sanità, ivi compreso il commercio di farmaci, è un gigantesco volume di denaro pubblico. Ma è, ben prima, la più essenziale delle funzioni a cui provvedere socialmente. Oggi c'è una nuova industria farmaceutica mutante, che non è Big Pharma, ma una costellazione di micro-imprese affaristiche, con accesso privilegiato a burocrazie sottopolitiche, ma senza prodotti efficaci. Da tutto questo, si deve fare un passo indietro. Altrimenti, dopo aver forse (forse) evitato l'abuso di malati gravi da parte di chi, per la magistratura inquirente, è in odore di criminalità, ci ritroveremo a curare il cancro con omeopati ed erboristi, e la tubercolosi con le staminali. Una delle lezioni del caso Stamina è che poche cose sollecitano la revisione del titolo V della Costituzione come la gestione della Sanità.

Nel nominare in luglio la Commissione scientifica, il ministro Lorenzin aveva giustamente detto «la parola è alla scienza». Ora la parola è alla politica. Oltre 150 pagine di rapporti scientifici sono stati consegnati al ministero della Salute da quella commissione. In quelle pagine c'è di tutto: dosi da topi, la medicina di Wikipedia in copia-incolla, incompetenza annunciata, rischi per i malati, e molto altro, ma non cellule staminali. C'è anche uno sconcertante sberleffo al Paese e al Parlamento intero. Quel «metodo Stamina» delle foto plagiate e dei dati contraffatti (mostrati da *Nature* nel luglio 2013, ricordate?), il Parlamento intero voleva verificare, investendo 3 milioni di

euro pubblici in quello che si è poi rivelato un grottesco affare privato. Quel «metodo» segreto era usato a Brescia come fosse una terapia, in violazione oltre che della legge anche del codice deontologico del medico (ma nel silenzio degli Ordini dei Medici); quel metodo lì, dunque, nel protocollo consegnato all'Istituto superiore di sanità e alla Commissione scientifica, e da questa al ministero, semplicemente non c'è.

Di un nuovo comitato scientifico, insomma, non c'era bisogno. La sentenza del Tar Lazio ha confuso un «giudizio precedente» con un «pregiudizio ideologico», e scambiato una valutazione scientifica per un confronto «tra parti». Così facendo, però, ha identificato come «parti in causa» addirittura organi tecnici del Governo, cioè dello Stato, come Iss (Istituto superiore di sanità) e **Aifa** (Agenzia italiana del farmaco). Come dire, Stamina non è uno sperimentatore che sottopone la propria proposta al vaglio scientifico, è un antagonista dello Stato. Ma allora, non è un nuovo comitato scientifico quello che ci vuole. Anche la scienza deve infatti restare nel proprio ambito. Non è un compito politico o di comunicazione quello di un comitato scientifico. Non è «parlare con le famiglie» in trasmissioni tv quel compito. La comunicazione, e l'intervento sociale e assistenziale sono compito della politica, che la medicina deve sostenere e guidare.

Professore ordinario di Anatomia patologica, direttore del Laboratorio cellule staminali all'Università La Sapienza di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

