



LE NORME

La mamma del neonato lasciato alla "ruota" della Mangiagalli di Milano avrà tre mesi di tempo per cambiare idea



NUOVI AFFETTI

Dopo 90 giorni il piccolo sarà dichiarato adottabile dal Tribunale dei minori e avrà una famiglia e un nome



NEL MONDO

Le "ruote" si moltiplicano in Italia, Germania, Polonia. Ma una risoluzione Onu del 2010 le mette in discussione

Tornano i figli della ruota abbandoni in aumento "Così la legge tutela i neonati" *Pioggia di richieste per adottare il piccolo Mario*

VERA SCHIAVAZZI

ROMA — Un gesto d'amore estremo, preparato con cura, con le tute piegate e il latte della mamma nel biberon. Chi ha abbandonato il piccolo trovato venerdì sera nella "culla per la vita" della Mangiagalli non è un criminale, né una madre degenerare, ma, probabilmente, una donna che dopo aver dato alla luce il suo bambino e averlo allattato e curato per almeno 6 giorni ha scelto quel che riteneva meglio per lui. Una clinica dove verrà curato (il piccolo Mario è sottopeso, forse perché nato prematuro) e accompagnato verso la sua nuova vita. Presto, prestissimo, per lui arriverà anche una famiglia: già ieri il centralino della Mangiagalli è stato preso d'assalto da aspiranti genitori adottivi, una reazione emotiva a una storia commovente, che contiene però una grande verità. Mario, e la coppia che lo adotterà, sono un caso fortunato, uno dei pochi che consentono a dei giovani genitori giudicati idonei all'adozione di accogliere un neonato di poche settimane. Come il piccolo milanese, altri 400 bambini vengono dichiarati adottabili ogni anno in Italia poco dopo la nascita. Sono i bambini nati da donne che, pur senza far ricorso alle "ruote" sistematiche in vari ospedali, partoriscono e scelgono di non essere nominate,

come prevede una legge tra le più avanzate del mondo. «Nelle grandi metropoli l'abbandono è ormai una routine — spiega Melita Cavallo, presidente del Tribunale dei minori di Roma — Ma quando abbiamo a che fare con casi di grande precarietà sociale e morale, la scelta dell'abbandono va vista come una scelta responsabile. È il modo per evitare che il figlio finisca nel baratro, concedendogli la possibilità di trovare una nuova famiglia che gli dia amore».

Le statistiche dicono che le donne che non riconoscono il proprio figlio alla nascita sono spesso straniere (70 per cento), giovani alla prima gravidanza, prive di un compagno e di un lavoro stabile, o timorose di perderlo se dovessero tenere il bambino. «Soprattutto nelle grandi città dove l'immigrazione raggiunge livelli altissimi, i casi di abbandono raggiungono anche le cinquanta unità in un anno — conferma Cavallo — Non condivido la condanna morale verso queste donne. Quando mi capitano casi di abbandono dovuti a storie di alcolismo, tossicodipendenza o di maltrattamenti invito la persona a riflettere sul gesto responsabile legato all'abbandono. E poi, non siamo ipocriti: una mamma senza casa e lavoro come potrebbe garantire un futuro sereno al proprio figlio? Il ge-

sto di abbandono dunque è dettato dalla responsabilità, dalla volontà di non trascinare nel baratro il bambino. Piuttosto, sarebbe giusto offrire anche a queste persone la possibilità di lasciare i propri dati in un fascicolo accessibile al figlio una volta maggiorenne».

Il dibattito è aperto. Chi lascia un bimbo in ospedale subito dopo il parto ha tempo tre mesi per ripensarci. Una possibilità che la mamma del piccolo Mario quasi certamente non avrà, anche se, come prevede la legge, la questura di Milano è allavoro per ricostruire la vicenda. «Non credo che la rivedremo», dice Basilio Tiso, direttore sanitario alla Mangiagalli. «Quella madre, chiunque sia, ha fatto la sua scelta, ora tocca a noi prenderci cura del bambino in attesa delle decisioni del Tribunale. Come facciamo ogni anno in 7 o 8 casi». Che, con ogni probabilità, troverà per il piccolo una prima famiglia "di emergenza", scelta tra coppie già sperimentate che hanno dato la loro disponibilità ad accogliere bambini anche piccolissimi, e poi dichiarerà il piccolo adottabile: a 90 giorni, Mario Mangiagalli potrebbe cambiare nome e cominciare la sua nuova vita lontano dai riflettori. Non ci sono reati dietro il suo abbandono, dato che non è stato esposto ad alcun pericolo, non ci sono delinquenti da assicurare alla

giustizia, solo una storia disperata che forse non si potrà mai ricostruire del tutto.

«Quello di Mario è il primo caso dal 2007, ma speriamo che serva a far conoscere meglio questa possibilità e dunque a prevenire abbandoni ben più crudeli, che mettono a rischio la vita del neonato», dice Giulio Boscagli, l'assessore alla famiglia della Regione Lombardia. Non è d'accordo il presidente dei Radicali italiani, il ginecologo Silvio Viale: «A dover essere conosciuta meglio è la legge che consente alle donne di partorire con sicurezza

in ospedale pur mantenendo l'anonimato». È una proposta di legge che prevede "ruote degli innocenti" in tutti gli ospedali è già stata depositata dalla Lega Nord a Palazzo Madama. Per essere efficaci, le "culle della vita" devono essere monitorate 24 ore su 24, proprio come è successo alla Mangiagalli, dove la chiusura dello sportello fa scattare l'allarme, e come avviene in altri Paesi, primo fra tutti la Germania, seguita, in Europa, da Romania e Polonia, mentre in Ungheria esistono 26 "baby box". Non tutti sono d'accordo, però: secondo

una risoluzione delle Nazioni Unite del 2010, le "ruote" possono trasmettere un messaggio negativo, incoraggiando le donne agli abbandoni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il giudice Melita Cavallo: "Nessuna condanna morale" Ma sulle culle della vita è polemica

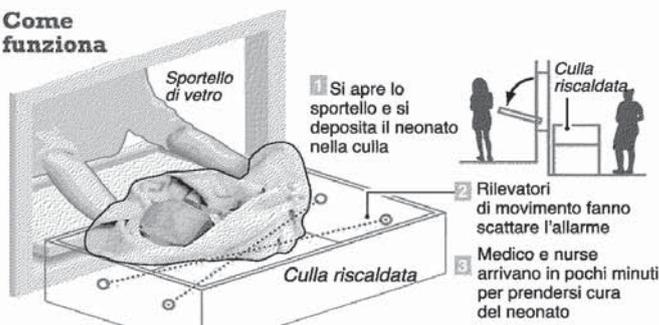
La storia

- **1188**
la prima Ruota degli Esposti viene creata a Marsiglia
- **1198**
nasce la prima ruota italiana, a Roma, all'ospedale Santo Spirito
- **1975**
la riforma del diritto di famiglia stabilisce il diritto della madre a non riconoscere il figlio
- **2000**
un decreto rafforza la tutela della madre "che non vuole essere nominata"

I numeri in Italia

- 400** ogni anno i casi di bambini **non riconosciuti** alla nascita
- 60** casi a Roma nel 2010 con un **aumento del 20%** rispetto al 2009

Come funziona

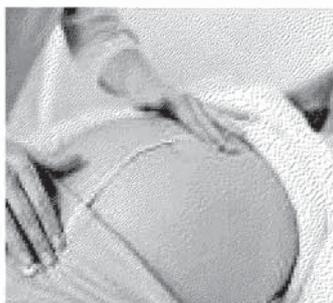


70% delle donne che decidono di non riconoscere il figlio sono **straniere**



82% la percentuale di donne alla **prima gravidanza**

700 mila secondo l'Istat i piccoli tra **0 e 3 anni a rischio di malnutrizione e malattie**



Basterà l'esame del sangue Gravidanza senza amniocentesi

Uno studio americano: il semplice test ematico può individuare eventuali mutazioni del feto

Fabio Di Todaro A PAGINA 21

Gravidanza senza amniocentesi Basterà l'esame del sangue

I ricercatori su Nature: il semplice test individuerà eventuali mutazioni del feto

il caso

FABIO DI TODARO
ROMA

In attesa di conferme, richieste anche dagli studiosi, la notizia ha comunque aperto una breccia nel campo della diagnosi prenatale, oltre a essere rimbalzata sui social network. Tra qualche anno l'amniocentesi, il prelievo di liquido amniotico dalla cavità uterina della donna in gravidanza, potrebbe non essere più necessaria per riscontrare eventuali difetti del corredo cromosomico del feto. «Ma per escluderla definitivamente occorreranno altre verifiche», hanno sottolineato i ricercatori dell'università statunitense di Stanford che, guidati dai professori Christina Fan e Wei Gu, hanno mappato per la prima volta il genoma di un nascituro usando un solo campione di sangue materno senza ricorrere a rischiose tecniche invasive. Gli studiosi hanno mostrato che un semplice test ematico può individuare le mutazioni del feto che sono alla base di circa 3mila disordini ereditari: sindrome di Down e fibrosi cistica, i più frequenti. «Siamo interessati a individuare le condizioni

che possono essere trattate

IL RISCHIO

Con l'odierno metodo invasivo abortisce una donna ogni 400

LA DIAGNOSI PRENATALE

Tra i disordini ereditari riscontrabili c'è anche la sindrome di Down

prima della nascita o subito dopo», ha osservato Stephan Quake, coordinatore del team di ricerca. «Senza tali diagnosi, i neonati con problemi metabolici o disturbi del sistema immunitario non possono essere trattati fino a quando non manifestano i loro disturbi».

Lo studio è stato pubblicato sul numero di luglio di Nature e, oltre a esporre i vantaggi di un esame meno invasivo per la donna, ha reso noto come non sia più necessario il contributo del dna paterno: un vantaggio, quando la paternità di un bimbo non può essere conosciuta. Se riuscirà, con il tempo, a selezionare un sottogruppo di pazienti candidate necessariamente all'amniocentesi, calerà il numero di aborti correlati alla metodica invasiva: a oggi calcolabile in uno su 400 esami sostenuti. «Questo lavoro dà sostanza alla lettera-

tura in materia», spiega Fulvio Zullo, direttore della clinica ostetrica del policlinico Magna Grecia di Catanzaro. «La sfida, ora, è superare la soglia di affidabilità che permetta di utilizzare questi esami in ambito clinico. Ma non è il caso di criminalizzare l'amniocentesi che si continua a consigliare alle donne preoccupate per una possibile anomalia cromosomica».

Il nuovo metodo messo a punto dal gruppo di ricerca americano apre le porte a una nuova diagnosi prenatale di malattie genetiche.

«Attendiamo ulteriori conferme», ha commentato una mamma su Facebook, mentre tra le altre donne imperversava il botta e risposta a un quesito etico: il prelievo di sangue va bene, ma una volta note eventuali patologie come comportarsi? Per il momento non resta che augurarsi che il riscontro emerso negli Stati Uniti - esaminando la sequenza di un intero genoma, i ricercatori hanno potuto scoprire che un feto aveva ereditato la sindrome di Di George: dovuta a una microdelezione sul braccio lungo del cromosoma 22 - sia corroborato da ulteriori ricerche. «Di sicuro, un'anomalia riscontrata precocemente permette di ridurre gli aborti a vantaggio delle interruzioni volontarie di gravidanza», spiega Simona Fred-

dio, ostetrica all'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia.

Con il test genetico prenatale, i genitori potranno sapere dalla fine del primo trimestre (12 o 13 settimane di gestazio-

ne) se il feto ha dei difetti cromosomici o genetici e quindi, ad esempio, se necessita di particolari accortezze dietetiche.

Conseguenze potrebbero esserci anche per la villocentesi, effettuata nelle donne con età superiore ai 35 anni o che

hanno già avuto un figlio con disordini cromosomici. Determinato il cariotipo, chissà che quella puntura addominale non rimanga soltanto sui libri di storia della medicina.



Nei prossimi anni le donne potranno evitare l'invasiva amniocentesi per verificare la salute del feto

Le ricerche

- I PRIMI PASSI DELLA SCIENZA
- 1** Nel 1800 s'intuisce l'importanza del liquido amniotico
- L'APPLICAZIONE NEGLI ANNI 50
- 2** Grazie all'amniocentesi si esamina la salute del feto
- LA «FRONTIERA» DEL DUEMILA
- 3** Dal liquido amniotico si isolano le prime cellule staminali



Casertano, tumori sei volte la media

i dati

Recenti studi confermano la relazione tra illecito smaltimento e aumento di patologie cancerogene

DA NAPOLI

Appena tre settimane fa, il 13 giugno, la Campania ha varato il registro dei tumori. Un ritardo ingiustificabile in una regione con il più alto numero di siti inquinati e la più bassa aspettativa di vita. Con il coordinamento delle Asl e dell'Istituto Tumori Pascale, il registro permetterà di mettere in relazione, una volta di più, le impennate dei casi di cancro con l'esposizione ai fattori di rischio, come discariche illecite o smaltimento di liquidi tossici. Gli effetti sulla salute della scriteriata gestione dei rifiuti sono da tempo

oggetto di interesse e di allarme. Un primo studio, completato nel 2004, confermò la presenza di rischi elevati di mortalità per varie cause e di malformazioni congenite nelle province di Napoli e Caserta; quelli condotti in seguito, uno presentato nel 2009 e commissionato dalla Protezione Civile, hanno esaminato la correlazione di questi rischi con l'intensità dell'esposizione legata allo smaltimento dei rifiuti. Il giudice Donato Ceglie, in quel tempo alla Procura di Santa Maria Capua Vetere, nel 2006, durante delle indagini su crimini

ambientali e sversamenti di rifiuti tossici, ordinò una ricerca sul numero di richieste di esenzione ticket per malattie tumorali,

scoprendo che, a partire dal 1999, c'era stato un incremento fino al 400% dell'incidenza di tumori in alcuni comuni del Casertano fra cui Casapesenna,

Frignano, San Cipriano, San Marcellino, Villa di Briano e Villa Literno. Nei 196 comuni delle due province di Napoli e Caserta lo studio della Protezione

civile rilevava «numerose associazioni statisticamente significative fra salute e rifiuti». Trend di rischio in aumento al passaggio da

una delle cinque classi di rischio a quella superiore sono stati osservati per: mortalità generale (aumento medio del 2% per uomini e donne); tutti i tumori

(aumento dell'1%, uomini e donne); tumore del polmone (aumento del 2%, uomini); tumore del fegato (aumento 4% uomini, 7%

donne); tumore dello stomaco (5% uomini); malformazioni del sistema nervoso (trend 8%) e dell'apparato uro-genitale (14%). «I trend osservati - spiega il report - si traducono in differenze

marcate di rischio se si confrontano i comuni più a rischio con quelli poco o niente esposti: ad esempio la mortalità generale nei primi è 9% in eccesso rispetto ai secondi per gli uomini e 12% per le donne». Ricerche più recenti - tra cui quelle dell'Università Federico II - hanno confermato la relazione tra smaltimento illegale e aumento dei tumori e delle malformazioni soprattutto nelle zone rurali e nelle

periferie perché è qui che sono «trattati» i rifiuti industriali. Antonio Marfella, tossicologo dell'Istituto Pascale, conferma che i dati ufficiali indicano come, nella sola provincia di Napoli, i tumori siano in numero tre volte maggiore rispetto alla media nazionale. «Più drammatico il dato di Caserta. È la più giovane provincia d'Italia e in quanto tale dovrebbe essere anche la più sana, mentre riporta un aumento dei tumori sei volte la media».

Valeria Chianese



Balduzzi: salveremo i servizi

● **Intervista** al ministro della Sanità: «Più posti letto non vuol dire più qualità»

● **«Continuerò il confronto con le Regioni. Abbiamo un mese di tempo**

per modificare il decreto»

DI GIOVANNI A PAG. 2-3

Balduzzi: «La Sanità pubblica migliorerà»

BIANCA DI GIOVANNI

ROMA

L'unico momento in cui la sua voce tradisce nervosismo è quando replica a chi lo accusa di attaccare il sistema pubblico. «Ma vogliamo scherzare? Come governo stiamo facendo tutto questo proprio per salvare il pubblico, non lo stiamo riducendo. E quando dico pubblico - voglio dirlo in chiaro - intendo i dipendenti pubblici, sia nella loro generalità, sia quelli della Sanità, in cui è presente un alto senso del dovere». Per il resto il ministro Renato Balduzzi mantiene il suo stile sobrio, nonostante la bufera che si sta addensando intorno agli ultimi interventi della *spending review*. Regioni in trincea, medici sulle barricate. E pazienti preoccupati. «Sono certo che, con il contributo di tutti, riusciremo a raggiungere gli obiettivi mantenendo il modello che abbiamo, un modello che ci invidia tutto il mondo». Balduzzi non lo dice per ottimismo: ci crede come esperto riconosciuto da tutti del settore sanitario.

Signor ministro, lei sostiene che non saranno tagliati servizi. Eppure saranno soppressi tra i 18mila e i 20mila posti letto equivalenti a un migliaio di unità operative complesse.

«Perché secondo lei i posti letto in abbondanza, o più unità operative garantiscono più servizi? La letteratura sanitaria moderna va in un altro senso. Per questo sappiamo che abbiamo margini di efficienza da sfruttare. Devo dire che il comparto sanitario ha già raggiunto alti standard di efficienza rispetto ad altri settori, ma c'è lo spazio per migliorare. Oggi abbiamo più dati, possiamo valutare meglio l'efficienza delle strutture. Se facciamo tutto questo, capiamo che ci sono ancora molte potenzialità. Non bisogna dimenticare il contesto dato, una situazione difficile che richiede molti sacrifici».

Ma se i risparmi sono dirottati altrove, dove vanno a finire gli investimenti per

le nuove tecnologie e per la ricerca?

«Quando si è trattato di ragionare sulla salute la prima cosa che ho chiesto è stata di distinguere la ricerca dagli interventi, sostenendo che non si tratta di spesa rivedibile, ma di investimenti. Inoltre stiamo preparando un provvedimento relativo alla Sanità con norme volte a tutelare meglio i brevetti e a sostenere i farmaci più innovativi, mantenendo comunque il livello di attenzione agli equilibri finanziari. So bene che sarebbe stato meglio destinare i risparmi nel comparto, ma l'ottimo spesso non ci è consentito. Sono consapevole della grande sfida che abbiamo di fronte, ma credo che abbiamo gli strumenti per vincerla».

Le Regioni contestano il fatto che il taglio sul 2012 (900 milioni) è deciso da Roma, con dubbi profili di costituzionalità. Potranno proporre misure diverse da quelle ipotizzate anche per quest'anno?

«Le Regioni sono preoccupate soprattutto dal cumulo di interventi che il comparto sta subendo. Voglio ricordare che il decreto è strutturalmente a invarianza di servizi. Se ci saranno ricadute negative, è detto espressamente nel testo che si ha un mese di tempo, di qui al 31 luglio, per arrivare a un accordo con le Regioni, che potrà comportare un nuovo menù di interventi. Fermi restando i saldi, su cui non c'è discussione. Questo percorso è particolarmente importante per le Regioni più virtuose, quelle che hanno fatto più sforzi e che credono nel nostro modello sanitario. Sono convinto che ci siano le condizioni per operare, pur in presenza di una situazione non facile».

Le misure proposte dalla Regioni saranno inserite nel testo del decreto?

«A questo punto il decreto è affidato al Parlamento: le ipotesi sono più d'una. Alcune rivisitazioni potrebbero essere presentate in Parlamento, è ancora presto per indicare percorsi precisi».

Le Regioni potranno intervenire per il biennio 2013-14, ma non sul 2012?

«Se si apre un tavolo di confronto, cioè un'interlocuzione governo-Regioni, e ci saranno proposte per il 2012, non vedo perché non dovremmo recepirle. Vorrei comunque ricordare che l'obiettivo del decreto è evitare l'aumento dell'Iva, che incide anche nel settore sanitario, in modo non indifferente. Per questo motivo il decreto si traduce in un sicuro vantaggio per i cittadini».

Cosa ha da dire ai medici che in questi giorni denunciano un migliaio di posizioni da primario in meno?

«Prima di dare i numeri, forse è meglio ponderare e studiare. So che in questi anni si è chiesto molto al personale medico. Invito gli utenti ad essere consapevoli del fatto che agli operatori sanitari già da tempo si stanno chiedendo molti sacrifici. La seconda cosa che vorrei dire è che noi oggi disponiamo di elementi attendibili per valutare la congruità del rapporto tra il volume di attività e il numero della popolazione. Basta calare i dati in tutte le realtà per valutare l'efficienza delle strutture. Se ci sono state duplicazioni, queste non si possono difendere. Sono aperto al confronto, ma dire a priori che c'è un taglio delle unità operative complesse non è giusto».

Non si rischia anche nella sanità una valanga di esodati?

«La sanità seguirà le stesse regole di tutta la pubblica amministrazione, in cui si sono studiati dei meccanismi per evitare difficoltà e sofferenze. Il decreto non prevede di ridurre i posti, ma le dotazioni organiche, che spesso non sono coperte già oggi. Questo servirà anche dal 2014 a far accedere nuove leve nella pubblica amministrazione. Immettere nuova linfa è importante. Ribadisco: noi puntiamo a salvaguardare e rafforzare il sistema pubblico».

A regime ci saranno 15 miliardi in meno per la sanità. Sono tutti sprechi?

«Il problema non c'è l'alternativa tagli-sprechi. Il ragionamento è un altro. Faccio un esempio: se chiedo di rinego-

ziare i prezzi se si scostano dal prezzo di riferimento medio di oltre il 20%, non si tratta di taglio ma di razionalizzazione. Quindi l'operazione che abbiamo fatto sulla farmaceutica serve per evitare sprechi di denaro e per ottenere migliore appropriatezza nell'uso dei

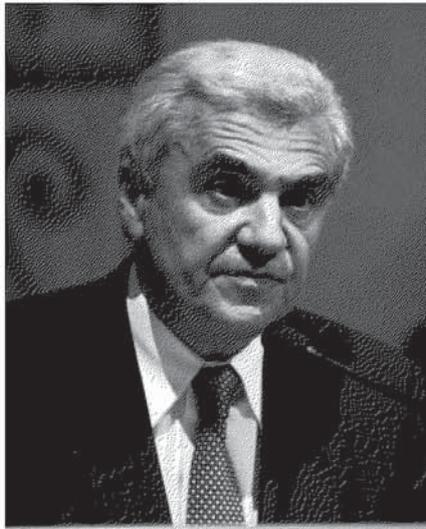
farmaci».

Torneranno i ticket?

«Gli unici ticket di cui si parla sono quelli stabiliti dalla manovra di luglio di Tremonti che scatteranno dal 2014. Io voglio modificarli nel senso di una migliore equità e per questo ho avviato una

discussione, anche se alla fine i soldi da reperire sono sempre 2 miliardi. Forse per me sarebbe più facile non fare nulla, visto che il governo finirà prima del 2014. Ma non credo proprio sia giusto far scattare quei ticket in quel modo».

**Il ministro: «Con le Regioni continuerò il confronto
Raggiungeremo insieme
gli obiettivi mantenendo
un modello che ci invidia
tutto il mondo»**



Ospedali, parte la sfida: meno reparti e più servizi domiciliari

L'obiettivo

Cinque miliardi in tre anni: da rivedere piante organiche ricoveri in corsia e day hospital

Barbara Corrao

ROMA. La manovra nella sanità dovrà consentire, complessivamente, risparmi pari a 4,7 miliardi in tre anni. Per questa metà del 2012, il target è di 900 milioni. Nel 2013 la cifra è invariata (1,8 miliardi sui dodici mesi) nel 2014 invece sale a 2 miliardi. Il decreto sulla spending review, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale conferma quindi nella sostanza le cifre che il governo aveva annunciato (circa 5 miliardi).

Sotto qualsiasi punto di vista la si voglia guardare, non sarà una cura indolore perché per evitare che impatti sui servizi resi ai cittadini, sarà necessaria una vera riorganizzazione, quasi una rivoluzione del Servizio sanitario nazionale

(Ssn). Le Regioni saranno in grado di realizzarla? È qui la vera sfida. Dovranno rivedere le piante organiche e chiudere reparti, spostare i servizi dai ricoveri in ospedale (o clinica convenzionata) al day hospital e dal ricovero diurno all'ambulatorio o all'assistenza domiciliare. Dovranno diventare efficienti o a pagare saranno inevitabilmente i pazienti e soprattutto quelli meno abbienti.

Se la parte del decreto che più ha attirato l'attenzione è quella sulla riduzione dei posti letto, visto che si profila un taglio di non meno di 18.000 posti da definire entro il prossimo 30 novembre; se arrivano nuovi tagli sulla spesa farmaceutica e maggiori sconti chiesti a farmacie e industrie farmaceutiche, è forte l'impatto del decreto sui contratti di fornitura di beni e servizi: da qui dovranno venire 450 milioni nel 2012, la metà dell'intero risparmio per quest'anno. Non è solo il taglio del 5% su importi e prestazioni fino a fine anno. Il piatto

forte è la rinegoziazione dei contratti in caso di scostamenti «superiori al 20% rispetto al prezzo di riferimento» e la loro interruzione senza penali in caso di mancato accordo. È chiaro che il governo ritiene che qui si nascondano le maggiori inefficienze. «Se i prezzi sono

più cari del 20% ha dichiarato il **ministro della Salute Renato Balduzzi** nell'intervista di ieri al Messaggero vuol dire che c'è stato qualcosa di anomalo ed è giusto verificare». Quanta parte dell'anomalia è dovuta a incapacità, a mancanza di gare e di acquisti centralizzati e quanto a contratti poco trasparenti dietro i quali possono nascondersi fenomeni di corruzione? Le nuove norme hanno dunque un enorme potenziale. Sempre per l'acquisto di beni e servizi, gli enti locali dovranno passare dalla piattaforma Consip centralizzata pena la nullità dei contratti e l'illecito disciplinare con tanto di responsabilità amministrativa per il dirigente che ha firmato.

La dieta non riguarda solo il pubblico ma anche i privati convenzionati: cliniche, ambulatori, laboratori. Sono in arrivo tagli (0,5% quest'anno, poi 1 e 2 per cento nei due successivi) sui contratti. Non solo ma il **ministero della Salute**, d'intesa con l'Economia, stabilirà le tariffe massime che le Regioni potranno applicare alle strutture convenzionate.

Arriviamo al taglio dei posti letto. Si dovrà scendere ad un rapporto di 3,7 letti per mille abitanti (per la riabilitazione non si potrà andare sotto lo 0,7) dall'attuale 4,2. Ma ci si arriverà «assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti» e il 25% almeno dovrà essere in day hospital. Quindi le strutture dovranno essere utilizzate in modo più intensivo o dovranno chiudere (oggi i tassi di ospedalizzazione sono molto più bassi: la media nazionale è del 115%). Almeno il 40% dei posti da tagliare dovrà arrivare dalle strutture pubbliche ma il resto riguarderà cliniche e strutture convenzionate (31.551 posti nel 2006). Sotto la lente ci sono i 399 ospeda-

li sotto i 120 posti letto per i quali le Regioni sono obbligate ad una verifica di idoneità. Ma i posti letto dovranno diminuire nelle «strutture complesse» sottoutilizzate. Nell'attesa, «è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi». Addio reparti, addio primari ad hoc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La scure Colpite non solo le strutture pubbliche ma anche quelle private

Il piano
Addio a 18mila posti letto stangata sulla spesa farmaceutica a dieta anche le cliniche private



“Restano gli sprechi Servono interventi più equi e mirati”

Marino (Pd): va fatta una valutazione delle singole situazioni

FLAVIA AMABILE
ROMA

La sua spending review Ignazio Marino la presenterà a poco a poco nei prossimi mesi dopo aver segnalato per anni sprechi della Sanità come presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficienza del Servizio Sanitario nazionale. Domani darà il via al suo think-tank, un pensatoio di scienziati che è già al lavoro per offrire al governo ricette migliori nell'ambito della sanità.

Eppure stavolta il governo sembra chiedere quello che lei ha ripetuto per anni: evitare al massimo i ricoveri a favore dei day hospital. Che cosa non funziona nella spending review di Monti?

«Quello dei ricoveri su interventi programmati anche da mesi è uno scandalo, è giusto intervenire. In un Paese attento all'uso del denaro non è possibile che in una regione come la Calabria si entri in ospedale anche cinque-sei notti prima quando sono già state eseguite tutte le analisi e gli esami necessari. O che nel Lazio si entri in media 2,5 notti prima. Ma ogni intervento è inutile senza uno strumento di valutazione».

Insomma propone di valutare gli ospedali?

«Non solo. Va considerata anche la spesa sanitaria negli altri Paesi dell'Euro 15. Perché va sfatato il mito dell'Italia spendacciona. Se si prendono in esame le classifiche emerge una realtà ben diversa: come spesa sanitaria complessiva l'Italia è al penultimo posto, seguita solo dal Portogallo. Tutti gli altri Paesi investono più di noi. Come spesa nel settore della sanità pubblica siamo al quartultimo posto, meno di noi investono

solo Grecia, Spagna e Portogallo».

Probabilmente spendiamo male.

«Di sicuro è così ma non è certo con un taglio di posti letto privo di un sistema di valutazione che si risolvono i problemi della Sanità. Il messaggio che arriva dal governo è di un esecutivo con un disperato bisogno di soldi ma poiché è più facile recuperare denaro sui farmaci e sulla sanità lo fanno tagliando in questo settore. Ma gli interventi devono essere misurati ed equi. In Molise ci sono due neurochirurgie per 250 mila persone quando le direttive internazionali dicono che ne serve una ogni milione e mezzo di abitanti. In Sicilia ce ne sono 10. Lo stesso vale per i reparti di cardiocirurgia: 4 in Emilia Romagna, circa 20 in Lombardia. E poi perché cinque centri di trapianto di fegato a Roma quando a Torino ce n'è uno solo che esegue quasi il doppio dei trapianti?»

Che cosa dovrebbe fare il governo oltre a prevedere strumenti di valutazione?

«Assegnare maggiori fondi per l'ammodernamento degli ospedali. Non ne arrivano dal 2006. Dopo lo scandalo del pronto soccorso affollati il governo aveva promesso che i medici di base avrebbero dovuto lavorare 12 ore al giorno, sette giorni su sette. Ed invece a distanza di mesi l'unica novità è un taglio di 5 miliardi oltre ai 17 decisi dal governo Berlusconi nel 2011».

Le sue alter-

native?

«Domani presenterò la mia think-tank. Si chiamerà «I-think», ci lavoriamo già da un anno con scienziati che operano all'estero e in Italia. Il nostro obiettivo è partire dalla ricerca scientifica per proporre interventi concreti che la politica e chi ha responsabilità nel Paese possono e devono offrire. Devono essere scienza, tecnologia a dettare l'agenda su salute, ambiente, etica e diritti, ricerca. Altrimenti parole come crescita e sviluppo resteranno vuote».

Un esempio?

«Il primo evento, il 19 luglio sarà un convegno sul merito in Sanità, vale a dire la possibilità di trovare percorsi di eccellenza e virtuosi nella nostra sanità pubblica che segnaleremo al governo. Domani, invece, alla presentazione di «I-think», verrà Marco Mandelli, un giovane che ha inventato uno speciale inchiostro magnetico con un sistema in grado di svelare "buchi" nella catena del freddo garantendo una perfetta conservazione di farmaci ed alimenti. Farà risparmiare un'infinità di denaro. Ecco come la ricerca può ridurre i costi».

Trapianti

Il Policlinico è uno dei tre ospedali di Roma che eseguono



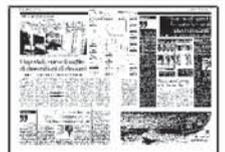
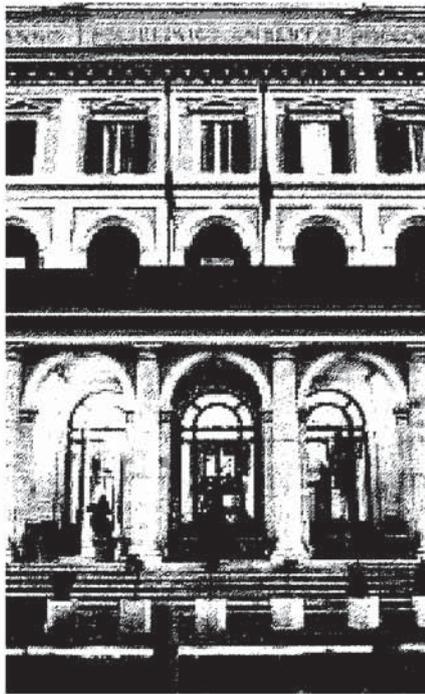
Ignazio Marino

Medico e senatore del Pd con il suo think-tank inizierà a lavorare alla sua spending review

trapianti di fegato: a Torino uno solo ne effettua il doppio

Neurochirurgia

In Molise (nella foto l'ospedale Cardarelli di Campobasso) ci sono due neurochirurgie per 250 mila persone



Il dossier

I tagli colpiscono gli scienziati del bosone

ELENA DUSI A PAGINA 4

A 24 ore dagli elogi di Napolitano ai nostri scienziati, il governo toglie 210 milioni agli enti di ricerca

Per l'Istituto nazionale di fisica nucleare esperimenti ridotti di un terzo e via 500 precari

IL DOSSIER. Le misure del governo

La ricerca

Spending, il bosone di Higgs non evita i tagli il 10% di risorse in meno ai suoi scopritori

ELENA DUSI

ISUCCESSI della ricerca scientifica "danno lustro all'Italia". E il governo li "premia" con un colpo d'ascia da 210 milioni nei finanziamenti dei prossimi tre anni. Neanche 24 ore prima il Presidente Giorgio Napolitano aveva scritto la sua lettera di ringraziamento agli scienziati italiani coinvolti nella scoperta del bosone di Higgs. Ed ecco apparire ieri in Gazzetta Ufficiale la tabella con tutti i tagli che gli enti di ricerca italiani subiranno nella spending review. Il più penalizzato è proprio quell'Istituto nazionale di fisica nucleare (Infn) che coordina l'attività dell'Italia al Cern, il laboratorio europeo che mercoledì ha annunciato la scoperta dell'ultima particella elementare che ancora sfuggiva alle nostre osservazioni. Dal budget del 2012 dell'Infn verranno decurtati 9 milioni di euro su un totale di 241. Ma dall'anno prossimo il taglio arriverà a 24,3 milioni: un 10% cento che potrebbe portare alla chiusura di un terzo degli esperimenti e al licenziamento di circa 500 precari.

Gli istituti di ricerca coinvolti nel taglio dei fondi sono in tutto 22. La maggior parte fa capo al Ministero dell'Istruzione e della ri-

cerca scientifica (Miur), che ogni anno finanzia la scienza svolta al di fuori degli atenei con 1,7 miliardi di euro. Gli enti perderanno 33,1 milioni nel 2012 e 88,4 sia nel 2013 che nel 2014, per un totale di 210 milioni. Per alcuni di essi, come l'Agenzia spaziale italiana, il ritocco è minimo (1 milione nel 2012, pari allo 0,56% dei fondi erogati dal Ministero). Ma per l'Infn si raggiungerà la percentuale record del 10% del budget. L'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) "è soppresso a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto". I dipendenti verranno assorbiti dal Consiglio per la ricerca in agricoltura (Cra), ente del Ministero per le politiche agricole. Le sue nuove funzioni e la sorte dei precari restano tutte da determinare. "L'Inran è un marchio che si occupa del made in Italy in agricoltura. Perderlo avrà un impatto economico sul secondo comparto italiano in termini di fatturato" spiega il presidente Mario Colombo.

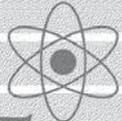
Il Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr), il maggiore ente pubblico di ricerca italiano, si vedrà tagliare 6 milioni di euro subito e 16 a partire dal 2013. La ridu-

zione inciderà per il 3,2% sui suoi fondi annuali. "Un paese sbaglia di grosso se pensa di poter trattare così la ricerca" dice il suo presidente Luigi Nicolais. "La scienza non è un settore della pubblica amministrazione. E' la variabile che determina lo sviluppo futuro di un paese. Non è un costo, ma un investimento". Luciano Maiani, che di Nicolais è stato il predecessore ed ha anche diretto il Cern, ribadisce: "Del bosone di Higgs abbiamo parlato per la sua importanza scientifica. Ma un'impresa di questa portata trascina dietro di sé uno sviluppo tecnologico enorme. E il nostro paese non può permettersi di rinunciarvi. L'Italia contribuisce al 13% del budget annuale del Cern, ma le nostre industrie hanno ottenuto il 17% delle commesse per la costruzione dell'acceleratore di particelle Lhc".

Per tutti i presidenti degli enti di ricerca gestiti dal Miur, l'appuntamento è ora il 12 luglio nella stanza del ministro Francesco Profumo. E che i tagli alla ricerca finiscano col prosciugare la ripresa è il timore condiviso anche da Alberto Silvestri, direttore generale dell'Istituto nazionale di ricerca metrologica (Inrim, meno

2,1 milioni in tre anni): "I precari da oggi non hanno più garanzie. Azzerando il ricambio generazionale, abbiamo sterilizzato ogni forma di sviluppo futuro. Stiamo ripetendo l'errore del primo governo d'unità d'Italia, che regalò il telegrafo di Marconi all'Inghilterra".

La riduzione dei trasferimenti agli enti di ricerca

Dati in euro		2012	2013*
■ Istituto nazionale di statistica - Istat (include ex ISAE)		1.125.210	3.000.561
■ Ente per le nuove tecnologie, l'energia e l'ambiente		2.460.716	6.561.910
■ Istituto per lo sviluppo della formazione professionale lavoratori (ISFOL)	π	1.936.505	5.164.013
■ Istituto prevenzione e sicurezza lavoro (ora Inail)		2.109.667	5.625.778
■ Agenzia spaziale italiana		1.060.503	2.828.009
■ Consiglio nazionale delle ricerche		6.045.453	16.121.207
■ Consorzio per l'area di ricerca scientifica e tecnologica di Trieste		740.952	1.975.872
■ Istituto italiano di studi germanici		20.855	55.612
■ Istituto nazionale di alta matematica		48.066	128.176
■ Istituto nazionale di astrofisica		389.331	1.038.216
■ Istituto nazionale di fisica nucleare		9.142.501	24.380.003
■ Istituto nazionale di geofisica e vulcanologia		611.435	1.630.493
■ Istituto nazionale di oceanografia e di geofisica sperimentale		486.903	1.298.408
■ Istituto nazionale di ricerca metrologica Inrim		330.362	880.966
■ Istituto nazionale per la valutazione del sistema dell'istruzione - Invalsi		10.891	29.042
■ Museo storico della fisica e centro studi e ricerche		70.982	189.284
■ Stazione zoologica "Antonio Dohrn" di Napoli		251.345	670.253
■ Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (ISPRA)		1.454.510	3.878.692
■ Consiglio per la ricerca e la sperimentazione in agricoltura (CRA)		962.445	2.566.521
■ Istituto nazionale della nutrizione		708.768	1.890.049
■ Istituto nazionale di economia agraria (INEA)		1.224.404	3.265.076
■ Istituto superiore di sanità		1.955.290	5.214.106
■ TOTALE		33.147.093	88.392.247

* Altrettanti tagli nel 2014 e anni seguenti

Fonte: Tesoro





**Statali
e sanità:
dove cala
la scure**

GRASSI e PALO ■ Alle pag. 6, 7 e 8

STANGATA BALDUZZI: «NESSUN TAGLIO ALLE CURE DEI PAZIENTI»

**Scure su reparti, ticket in aumento
Il risparmio sale a 5 miliardi**

Stefano Grassi
ROMA

SPENDING review, capitolo sanità: l'editto di Monti si sintetizza in una formula semplice ma con una ricaduta assai pesante in termini di posti di lavoro e di assistenza: entro il 30 novembre si dovrà raggiungere lo standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti. Il che vuol dire 18mila letti da tagliare. Il ministro della Salute Renato Balduzzi, naturalmente, mette subito le mani avanti spiegando a reti unificate che «parlare di tagli ai servizi sanitari è fuorviante: si tratta di risparmi di spesa nell'invarianza dei servizi alla collettività». Resta il fatto che la sanità contribuirà per il 20 per cento all'intera operazione di revisione della spesa. «La vera scommessa — rimarca Balduzzi — è imparare a spendere meglio perché dalle tasche dei cittadini dovranno arrivare per il 2014 almeno due miliardi in più». Ma «non ci sarà alcun taglio alle cure per i pazienti». Quanto alla chiusura degli ospedali più piccoli «si esaminerà caso per caso», considerato che «alcuni svolgono funzioni essenziali in zone difficili oppure sono specialistici». «Toccherà alle Regioni — conclude — avviare una verifica e chiudere chi non rientra negli standard, oppure lo faranno altri». Poi, una parola sull'aumento dei ticket dal 2014. Ipotesi che Balduzzi vorrebbe scongiurare: «devono essere rimodulati».

SI SALVANO dunque gli ospedali più piccoli, mentre viene anticipato il taglio del 5% sull'acquisto di beni e servizi che doveva entrare in vigore dal

2013, con la rinegoziazione dei contratti in essere, anche in deroga all'articolo 1171 del Codice civile. Sulla questione farmaci, il governo ha optato per l'aumento dello sconto obbligatorio di farmacie e aziende farmaceutiche nei confronti del Servizio sanitario cercando di uniformare a livello nazionale i costi per l'acquisto di beni e servizi (sanitari e non sanitari), di farmaci e di dispositivi medici. Lo sconto obbligatorio passa, per le farmacie, da 1,82% a 3,85%, mentre per le aziende farmaceutiche da 1,83% a 6,5%. Rideterminati al ribasso i tetti di spesa: 11,5% per la farmaceutica territoriale (prima

era il 13,3%) e 3,2% per la farmaceutica ospedaliera, con la condizione che in caso di sfondamento il ripiano è totalmente a carico della filiera farmaceutica e non più delle Regioni. Riduzione immediata del 5% anche per i dispositivi medici.

ALTRO CAPITOLO dolente, quello che riguarda le strutture private accreditate per le quali è previsto il taglio dell'1% per il 2012 e del 2% per il 2013. Il che vuol dire che a fronte di 8.482.665 ricoveri ospedalieri pubblici e di 2.785.366 ricoveri privati, non verranno più erogate oltre 200 mila prestazioni.

Chi rischia più di tutti sembrano però essere i 10.200 primari italiani, poiché il decreto governativo potrebbe portare alla chiusura di oltre mille reparti. Con i 5 miliardi di tagli alla spesa sanitaria operati oggi, che si aggiungono agli 8 della manovra precedente, sono in totale 22 miliardi i tagli cumulati nel triennio nel settore sanitario.

LE CIFRE

22

MILIARDI

Sono i tagli totali alla spesa sanitaria cumulati nel corso degli ultimi tre anni

3,7

POSTI LETTO

Ogni mille abitanti il numero dei posti letto in strutture sanitarie scenderà da 4 a 3,7

10 mila

CAMICI BIANCHI

Tanti sono i medici coinvolti dalla manovra sulla sanità prevista dalla spending review

OSPEDALI

Posti letto, 18 mila in meno

La manovra di spending review del governo prevede una revisione del rapporto tra abitanti e posti letto, che diminuiranno di 18mila (dopo i 12mila cancellati negli ultimi tre anni), tra ospedali pubblici e privati. Il rapporto cambierà quindi 3,7 posti letto per ogni mille abitanti, contro gli attuali 4. La decisione di ridurre spetterà ai singoli presidi ospedalieri, per una quota non inferiore al 40%.

L'ALLARME

Mille reparti sono a rischio di chiusura

Dopo il taglio di posti letto, il rischio è che vengano chiusi anche mille reparti ospedalieri e rischio allarme per altrettanti primari. Il rischio è soprattutto per medici di Molise, Lazio e del Trento. La Cgil parla di tagli che «compromettono i servizi per i cittadini» e denunciano il «rischio

affollamento del pronto soccorso».

PRESTAZIONI

La manovra colpisce anche ricoveri privati

Con la «dieta» pensata dal governo Monti, sono a rischio anche i ricoveri privati. Questo è dovuto alla riduzione del budget concesso alle singole strutture pari all'1% per il 2012 e del 2% per il 2013 rispetto al budget stanziato nel 2011. La conseguenza che ne deriva è di un taglio del 2 per cento delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali private. La previsione è di 56mila ricoveri in meno.

MEDICINE

Sconti in vista per i farmaci ospedalieri

Scure anche sulla spesa relativa ai farmaci di «fascia A», ovvero quelli rimborsabili. Il tetto di spesa passerà infatti dall'attuale 13,3 per cento al 13,1, mentre dal prossimo anno si scenderà ulteriormente, toccando quota 11,5%. Per quanto riguarda invece i farmaci

ospedalieri, la spesa aumenterà dal 2,4% al 3,2% a partire dal 2013. La quota di scostamento pari al 50% sarà a carico delle case farmaceutiche.

REGIONI

Fondo ridotto di 3 miliardi in tre anni

La manovra del supercommissario Enrico Bondi colpirà dunque il fondo sanitario nazionale. La conseguenza è di un taglio totale di 3 miliardi, divisi tra l'anno corrente e il prossimo: un miliardo in meno nel 2012 e due miliardi a partire dal 2013. I tagli saranno ripartiti tra le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

CONTRATTI

Stop a servizi e forniture alle strutture

Stop a fornitura di beni e servizi agli ospedali. E' anche questa una conseguenza della manovra elaborata nella lunga notte di giovedì dal consiglio dei ministri. Le prestazioni, stando al

testo, saranno ridotte del 5% dal decorrere della data di entrata in vigore.

Dall'anno prossimo, la revisione della spesa sarà fissata al 4,8%. E le Asl dovranno negoziare i contratti in caso di superamento.



BEPPE GRILLO (5 stelle): «Abbiamo centinaia di consiglieri in grado di verificare i bilanci degli enti locali e denunciare le possibili ruberie»

ROBERTO MARONI, segretario della Lega Nord
«Invece che colpire la spesa improduttiva del sud, il governo Dracula colpisce la buona sanità del nord»

PAOLA BINETTI (Udc): «L'operazione di "potatura" del ministro evidenzia le situazioni che hanno portato a sprechi nella sanità»



Innovazione. Il più colpito è Infn, l'istituto del bosone di Higgs

Stretta anche per la ricerca: tagli a 22 enti per 88 milioni

Marzio Bartoloni

La scure colpisce anche il pianeta degli enti di ricerca. Con una pioggia di tagli che si abbatte su ben 22 enti. E punisce, a sorpresa, più di tutti l'Istituto di fisica nucleare (Infn) che, dopo gli applausi ricevuti per aver contribuito alla recente scoperta del bosone di Higgs - compreso quelli del capo dello Stato, Giorgio Napolitano, che venerdì ha scritto una lettera per celebrare «il prestigio della scuola di fisica italiana» - ora si troverà a fare i conti con una mazzata che a regime vale 24 milioni, il 10% del suo bilancio.

La tagliola sulla ricerca - anticipata già ieri dal Sole 24 Ore - è contenuta nell'allegato 3 del decreto sulla spending review. Che prescrive una cura dimagrante che nei prossimi 5 mesi e mezzo vale 33 milioni. Ma dal 2013 sale, per tutti e 22 gli enti, a 88,392 milioni. I tagli, stavolta, non sono lineari come da tradizione, ma pesano dallo 0,5% al 10% sui bilanci e colpiscono in particolare i 13 enti "vigilati" dal ministero dell'Istruzione, Università e

Ricerca che pagano il conto più salato: 51 milioni sugli 88 totali. Con l'Infn a subire il colpo più duro. «È un amaro risveglio - spiega il presidente dell'Istituto, Fernando Ferroni -, abbiamo appena finito di celebrare il ruolo avuto dalla fisica italiana e dall'Infn nella scoperta del bosone di Higgs e ora riceviamo questo premio». Un taglio, il più alto di tutti, «che ci impedirà di continuare a essere protagonisti nel contesto internazionale», avverte Ferroni. Che non nasconde tutta la sua amarezza: «Distuggere l'eccellenza è semplice e lo si può fare con un decreto, ricrearla sarà un lavoro di molte generazioni».

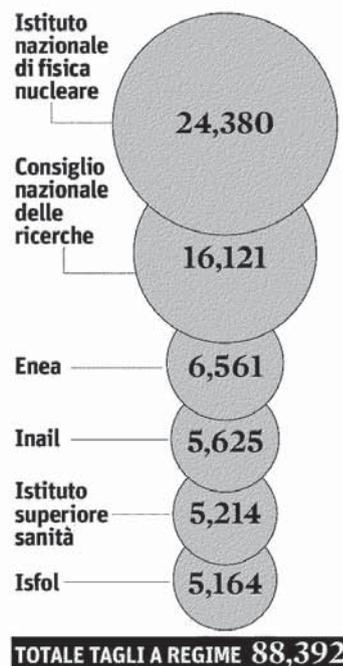
Per gli altri grandi enti controllati dal Miur la cura dimagrante sarà meno severa. In particolare l'Agenzia spaziale italiana per il 2012 perderà 1 milione che salirà a 2,8 dal 2013 (lo 0,56% sul bilancio). Il Cnr, il maggiore ente pubblico di ricerca italiano, si vedrà tagliare quest'anno 6 milioni di euro e 16 dal prossimo (il 3,2%) dei suoi fondi annuali. Tagli an-

che per l'Inaf: per l'Istituto di astrofisica ci saranno subito 389mila euro in meno e oltre 1 milione dal 2013 (1,2%). E ancora, l'Ingv, l'Istituto di geofisica e vulcanologia, perderà quest'anno circa 485mila euro, tagli che a regime saliranno a 1,6 milioni (3,5% in meno dei fondi pubblici sul bilancio). Si segnala infine anche la dieta per il Consorzio Area di Trieste (-740mila euro nel 2012 e -1,9 milioni nel 2013).

La mannaia cala anche sugli altri enti di ricerca vigilati dagli altri ministeri. I più colpiti sono l'Enea, controllato dal dicastero dello Sviluppo, che per i prossimi mesi del 2012 dovrà rinunciare a 2,4 milioni e poi a regime dovrà fare a meno di 6,5 milioni. L'Ispesl (ora confluito nell'Inail) con tagli subito da 2 milioni e poi a salire da 5,6 milioni. E anche l'Isfol (-1,9 milioni e poi 5,1 milioni). Nel mirino finisce infine anche l'Istituto superiore di Sanità, vigilato dal ministero della Salute, che perde 1,9 milioni nel 2012 per salire a 5,2 il prossimo anno.

La scure sugli enti

I più colpiti dai tagli
Valori in milioni di euro



Allarme dagli Usa Si espande tra i giovani la patologia di tipo 2, legata all'obesità

Il diabete dell'adulto ora è una malattia pediatrica

Anche il tipo 1, d'origine autoimmune, è in aumento

DAL NOSTRO INVIATO A PHILADELPHIA
Piccoli diabetici crescono. Se fino a qualche anno fa si ammalavano quasi sempre di diabete di tipo 1 (quello che si cura solo con l'insulina), oggi i giovani sono sempre più colpiti anche dal diabete di tipo 2, una volta chiamato "dell'adulto".

Il fenomeno è in aumento negli Stati Uniti e non ha ancora contagiato l'Italia, ma se è vero, come spesso accade, che l'America anticipa le tendenze in campo medico-sanitario, dovremmo cominciare a preoccuparci.

«Dal 2001 al 2009 la prevalenza del diabete di tipo 2 — ha precisato Giuseppina Imperatore, dei Centers for diseases control di Atlanta, all'Ada, il congresso dell'American diabetes association che si è tenuto a Philadelphia — è aumentata del 21 per cento fra i giovani americani sotto i 20 anni, sia maschi che femmine, con qualche differenza fra i diversi gruppi etnici (è più elevata fra gli indiani americani e fra i neri non ispanici). Attualmente si contano da noi circa 19 mila casi di malattia: sono dati che emergono dalla prima ricerca condotta negli Stati Uniti sul diabete nell'età giovanile. Anche il tipo 1 è in espansione: nello stesso periodo è aumentato del 23 per cento. In tutto il mondo il tasso di crescita del diabete 1 nei giovani è del 3 per cento l'anno».

Individuare le cause della nuova epidemiologia del diabete è facile nel primo caso, è più difficile nel secondo.

Uno dei fattori di rischio cruciali per diabete di tipo 2 è l'obesità: questa condizione comporta una ridotta sensibilità delle cellule all'insulina e, quindi, un

aumento della glicemia nel sangue. Si capisce, allora, come mai la malattia si stia diffondendo fra i giovani, sempre più obesi e in sovrappeso non solo negli Stati Uniti, ma anche in Italia: basti pensare che il 36 per cento dei bambini italiani di otto anni è obeso o in sovrappeso, un record in Europa. Non solo: la predisposizione può essere acquisita già nell'utero materno. Dice Dana Dabelea, pediatra all'University of Colorado: «Nascere da una madre obesa o diabetica aumenta la probabilità di sviluppare precocemente la malattia».

Per spiegare, invece, l'aumento del tipo 1, che non è legato allo stile di vita come il tipo 2, ma ha un'origine autoimmune (il sistema immunitario, cioè, aggredisce le cellule del pancreas che producono insulina e le distrugge), i ricercatori avanzano alcune ipotesi.

Una teoria è che i bambini, nella nostra società contemporanea, sono meno esposti a virus e batteri che stimolano il sistema immunitario a difendersi e quindi a maturare, così il sistema immunitario «rimane

Trend

Oggi il 36% dei bambini italiani di otto anni è quantomeno in sovrappeso

Rischio

Già nell'utero materno si può acquisire una predisposizione alla malattia

senza lavoro» e finisce per produrre anticorpi contro l'organismo stesso.

Secondo un'altra ipotesi, oggi i bambini crescono più rapidamente e acquisiscono peso più in fretta rispetto al passato: tutto questo comporta un'eccessiva stimolazione delle cellule beta del pancreas che diventano, quindi, più vulnerabili all'attacco del sistema immunitario. Altri ricercatori, infine, stanno cercando di capire se il tipo di alimenti che vengono via via introdotti durante lo svezzamento può avere qualche influenza. Chiarire i meccanismi di malattia significa anche trovare nuovi sistemi di prevenzione per il tipo 1; per il 2 i metodi si conoscono bene: dieta, esercizio fisico e riduzione delle ore trascorse davanti alla televisione (chi la guarda più di tre ore al giorno ha un minor controllo della glicemia).

E veniamo al trattamento. Quello per il tipo 1 è codificato: semmai si può discutere di tipi di insulina, di schemi e di modalità di trattamento. Per il tipo 2, invece, la terapia con ipoglicemizzanti orali è ancora da mettere a punto (per ora è approvata solo la metformina e i nuovi farmaci non sono ancora stati sperimentati in queste fasce di età) e dovrebbe tenere conto del diverso tipo di complicanze cui può andare incontro un bambino con diabete 2 rispetto all'1. I primi studi dicono che nel tipo 2 dei giovani c'è una maggiore presenza di proteine nelle urine rispetto all'1, il che fa ipotizzare un maggior rischio di complicanze renali. E sempre nel 2, già all'esordio della malattia, si possono evidenziare segnali di danni ai nervi,

in particolare a quelli del sistema nervoso del cuore, che potrebbero portare a malattie cardiovascolari.

Adriana Bazzi
 abazzi@corriere.it



” Dal 2001 al 2009 il diabete di tipo 2, fra i ragazzi americani, è cresciuto del 21 per cento, quello di tipo 1 del 23 per cento



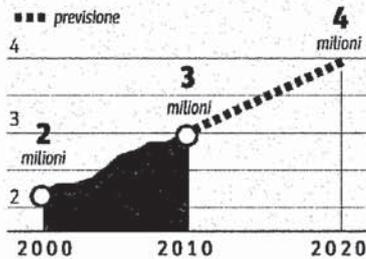
Chiedete all'esperto Un team di specialisti dell'Associazione italiana medici diabetologi risponde alle domande dei lettori sul diabete all'indirizzo Internet <http://forum.corriere.it/diabete/>

Il congresso

I nuovi scenari indicati dall'American diabetes association

Le cifre

Andamento della prevalenza del diabete in Italia 2000-2010*



I malati di diabete di tipo 1 e 2 nel mondo



Fonte: *Associazione Medici Diabetologi

Diabete di tipo 1

Si manifesta quando il sistema immunitario dell'organismo attacca le cellule beta del pancreas che producono insulina. Di solito riguarda bambini e giovani e richiede la terapia con insulina

Diabete di tipo 2

Rappresenta il 90% dei casi di diabete. L'organismo non riesce a produrre insulina in quantità sufficiente o le cellule diventano resistenti all'ormone. Il risultato è un aumento del glucosio nel sangue (glicemia)

LE COMPLICANZE DEL DIABETE

- Ictus**
rischio più che doppio del normale con diabete di tipo 2
- Vista**
i danni ai vasi della retina possono portare fino alla cecità
- Malattie cardiovascolari**
rischio 2-6 volte maggiore
- Sistema nervoso**
il danno ai nervi può comportare perdita di sensibilità, con comparsa di ulcere e ferite ai piedi. **Nei giovani altera il ritmo del cuore**
- Insufficienza renale**
è una delle complicanze più frequenti del diabete di tipo 2, **soprattutto nei giovani**



D'ANCO



Differenze I parametri metabolici controllati meno di quanto si faccia negli uomini Le donne hanno più complicanze

La donna che soffre di diabete ha una probabilità di incorrere

in un infarto 3-5 volte maggiore rispetto all'uomo diabetico

Soltanto l'1 per cento delle donne ha una misura di girovita inferiore agli 80 centimetri, cioè sotto la soglia di pericolo per le conseguenze cardiovascolari

Hanno pari opportunità di fronte alle cure, ma non riescono a controllare bene la malattia e hanno più complicanze cardiovascolari rispetto agli uomini: il diabete di tipo 2 discrimina le donne. Secondo dati Istat del 2011, in Italia le donne con diabete sono 1,5 milioni, più o meno come gli uomini, ma rispetto a loro, le connazionali sono meno giovani (il 30 per cento ha un'età superiore ai 75 anni contro il 20 per cento degli uomini) e convivono con la malattia da più tempo, 11 anni rispetto ai 10 dell'uomo. E quanto emerge dal Rapporto sulle differenze di genere nel diabete, redatto dal Gruppo donna dell'Associazione medici diabetologi e fanno riferimento ai pazienti seguiti in oltre 230 servizi di diabetologia (un terzo di quelli italiani) su tutto il territorio nazionale. «Il controllo metabolico della malattia nelle donne — spiega Valeria Manicardi, consigliere del Gruppo donna dell'Associazione medici diabetologi (Amd) — non è accurato nel 58 per cento dei casi, rispetto al 54 per cento degli uomini, e questo vuole dire che l'HbA1c (emoglobina glicosilata, parametro che valuta se la glicemia è sotto controllo) risulta superiore al 7 per cento. Anche colesterolo Ldl e pressione risultano più elevati».

È evidente che questo minor controllo aumenta il rischio di andare incontro alle complicanze della malattia. «Una donna con diabete ha una probabilità di infarto 3-5 volte

maggiore rispetto all'uomo diabetico — spiega Valeria Manicardi — e un rischio di malattie cardiache e disturbi della circolazione di tre volte superiore rispetto a una donna non diabetica di pari età e peso, mentre per l'uomo con diabete questi rischi aumentano "solo" di due volte».

Altri fattori che penalizzano le donne sono il sovrappeso e l'obesità, condizioni che non aiutano nella prevenzione delle complicanze. Il loro indice di massa corporea medio si aggira attorno a 30 contro il

29 degli uomini.

Tutti questi dati sono confermati anche da un altro studio chiamato Riace (*Renal insufficiency and cardiovascular events italian multicenter study*) presentato recentemente al Congresso della Società italiana di diabetologia (Sid).

«È sul girovita che si registrano le differenze più evidenti — aggiunge Stefano Del Prato, presidente della Sid —. Il 20 per cento dei diabetici maschi riesce a mantenere la circonferenza addominale al di sotto della prima soglia di rischio che è pari a 94 centimetri (il limite massimo è 102, oltre il quale il rischio aumenta a dismisura), mentre solo l'1 per cento delle donne ha un girovita inferiore a 80 (è cioè sotto la soglia di pericolo). Tutto questo indica che le diabetiche sono molto più distanti dall'obiettivo di controllo delle conseguenze cardiovascolari della malattia e sono più fragili e difficili da gestire».

Le donne hanno invece la meglio quando si parla di fumo, implicato nel danno ai piccoli vasi sanguigni e, quindi, nelle complicanze microvascolari: solo una su dieci ha questa abitudine, mentre fuma un uomo su cinque. Le donne, però, sono curate come gli uomini anche se fanno qualche esame del sangue in meno (per il colesterolo e trigliceridi, ad esempio, sempre secondo i dati del Gruppo donna).

Come spiegare allora il gap? «È possibile che questo possa dipendere da una diversa risposta di genere ai farmaci — spiega Titti Suraci, consigliere del Gruppo donna Amd —. Ci possono anche essere differenze biologiche nello sviluppo della malattia e delle sue complicanze. Non sembra invece da attribuire a una scarsa aderenza alla cura: le donne, di solito, sono attente a seguire le prescrizioni del medico».

Non è dello stesso parere Giuseppe Pugliese, coordinatore dello studio Riace che puntualizza: «Le donne hanno un ruolo sociale molto impegnativo e questo potrebbe far sì che le terapie, prescritte adeguatamente, non siano seguite accuratamente».

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MILANO A fine agosto il 14° Congresso mondiale

Seimila medici contro il dolore

La crisi acutizza numerose patologie come ulcere, coliti, cistiti, fibromialgie

Luigi Cucchi

■ Dal 27 al 31 agosto Milano ospiterà oltre seimila medici di tutto il mondo che parteciperanno al 14° congresso mondiale sul dolore. Sono attesi i maggiori esperti internazionali: ricercatori, medici, dentisti, psicologi, infermieri, fisioterapisti, farmacisti. Il congresso, organizzato dalla International Association for the study of pain (Iasp), segue l'incontro internazionale tenutosi a Montreal nel 2010.

Si ritorna in Italia: nel 1975 a Firenze si era tenuto il primo congresso mondiale sul dolore. L'Italia, in particolare Milano, ha grandi tradizioni nella ricerca e nella terapia del dolore. Proprio nel capoluogo lombardo è nato, infatti, all'inizio degli anni Settanta, con il professor Mario Tiengo, il primo insegnamento di terapia del dolore all'università Statale e sono state fondate le cure palliative all'Istituto dei Tumori dal professor Vittorio Ventafrida. Nel 1986 è stato aperto dal professor Giuseppe De Benedittis, il primo centro di terapia del dolore al Policlinico. Il dolore rappresenta una vera emergenza sociale e la prima voce di spesa sanitaria in Europa, precede anche i costi delle stesse malattie cardiovascolari, prima causa di decessi.

Presidente del comitato organizzativo del congresso è il professor Paolo Marchettini, responsabile del Centro di medicina del dolore dell'ospedale San Raffaele

e del Centro diagnostico italiano di Milano, dove è attivo il primo ambulatorio nazionale dedicato al riconoscimento e all'identificazione dei diversi tipi di dolore.

«Quelli più frequenti - afferma Marchettini - sono mal di schiena e mal di testa. La fascia di età maggiormente colpita è quella tra i 35 e i 50 anni. L'emicrania è un problema giovanile, che diventa più grave nei giovani adulti. Il mal di schiena ha picchi di intensità nell'età media, solo il dolore delle grandi articolazioni aumenta con gli anni. Una buona comunicazione medico-paziente è fondamentale per evitare una cronicizzazione del dolore che incide pesantemente sulla qualità di vita dei pazienti e sui costi pubblici della sanità. Durante il congresso mondiale lanceremo le linee guida sulla comunicazione medico-paziente. Va sviluppata la cultura dell'ascolto e quella del racconto. Il paziente deve chiedere assistenza sanitaria in modo corretto, indicando tre elementi: 1) il problema principale; 2) l'inizio dei dolori e quando sono diventati più gravi; 3) l'ordine e il nome di tutte le medicine assunte. Nelle università si deve far crescere la cultura medica insegnando l'attenzione ai sintomi ed al disagio avvertito dai pazienti».

Nel passato molti consideravano il dolore una sorta di espiazione. Girolamo Savo-

narola (messo al rogo nel 1498 ed ora in via di beatificazione) invitava i fiorentini a flagellarsi. Il corpo andava punito, non si doveva indulgere ai piaceri della vita. «L'approccio multidisciplinare consente oggi di capire i meccanismi legati al dolore e di sviluppare terapie mirate», afferma Eija Kalso, dell'università di Helsinki, presidente di Iasp. «Gli esperti - anticipa Irene Tracey, dell'università di Oxford - si confrontano sul brain imaging, ma anche sul dolore viscerale e sul suo collegamento allo stress». Quando si vivono situazioni continuative di tensioni, gravi preoccupazioni, rischio di perdita del posto di lavoro e del ruolo sociale, si acutizzano patologie, come ulcere allo stomaco, coliti, cistiti. L'attuale crisi economica provoca inoltre una maggiore incidenza delle fibromialgie. Il dolore cronico di lunga durata colpisce i distretti muscolari del corpo e si accompagna ad un senso di fatica, spossatezza, difficoltà nel riposo. L'aumento di questa condizione non è casuale in periodi di forte preoccupazione. «Assistiamo all'esplosione di quello che possiamo ribattezzare dolore da crisi, con un aumento dei casi di congestione dell'intestino e della vescica. Benché sia proprio lo stress psichico a causare questi danni, il dolore esiste davvero ed i pazienti non devono essere considerati malati immaginari», precisa Paolo Marchettini.

