

Stato-Regioni, la resa dei conti è sulla sanità

di **Massimo Bordignon** ▶ pagina 5

L'ANALISI

Tra Stato e Regioni la resa dei conti è sulla sanità

La manovra di bilancio ha creato uno scontro al calor bianco tra Stato e Regioni, con tutti i governatori in trincea e quelli del Lombardia e Veneto che minacciano perfino il ricorso alla Corte costituzionale. Ma è giustificato questo conflitto? Guardando i numeri, è difficile crederlo.

La spesa complessiva delle Regioni, compresa la sanità, nel 2013 è stata pari a circa 160 miliardi; il Governo almeno stando alle slides circolate sulla legge di stabilità (non c'è ancora un testo finale), chiede di ridurla di 4 miliardi. Ma il taglio è rispetto all'andamento e in questo sono già inclusi i 2 miliardi in più previsti dal Patto sulla salute per il finanziamento della sanità nel 2015. Si tratterebbe dunque di una riduzione netta di soli circa 2 miliardi, cioè l'1,3% della spesa complessiva. Certo, molta di questa spesa è incompressibile nel breve periodo; stipendi del personale, contratti in essere, co-finanziamento fondi europei e quant'altro. Ma ridurre la spesa del 1,3% in un anno sembrerebbe comunque rientrare nell'ambito delle cose possibili; è circa la metà della riduzione che in media lo Stato chiede ai propri ministeri. Per un esempio dei risparmi possibili sulle Regioni, in un rapporto presentato a marzo per la spending review del commissario Cottarelli, e rimasto poi nel cassetto, avevamo valutato in circa il 17% il risparmio conseguibile sul miliardo utilizzato per finanziarie giunte e consigli regionali. E qui si parla di poco più dell'1% di risparmi, non del 17%.

Ma naturalmente il vero no-

do del contendere non è la spesa complessiva delle Regioni, ma la titolarità della gestione della sanità. Sulla sanità, Stato e Regioni sono da sempre impegnati in un complesso gioco strategico, con il primo che fa finta di credere che non ci sia rapporto tra i servizi che esso stesso chiede alle regioni di fornire (i livelli essenziali di assistenza) e le risorse per finanziarli; e le seconde che fanno finta di credere che le risorse messe a disposizione dallo Stato siano sempre insufficienti e comunque incompressibili. Nel caso in questione poi i governatori hanno ragione a denunciare la violazione di un accordo; solo pochi mesi fa, a luglio, è stato firmato un patto con il ministro Lorenzin, che prevedeva non solo che le risorse per la sanità sarebbero aumentate nei prossimi anni, ma anche che ogni risparmio sarebbe rimasto nella disponibilità delle Regioni e non sarebbe servito a finanziare una manovra di bilancio; esattamente l'opposto di quello che il Governo chiede adesso.

I governatori hanno ragione, ma il punto è che quel Patto non avrebbe mai dovuto essere firmato. In un processo di revisione complessiva della spesa pubblica, non si può enucleare a prescindere una componente da tutto il resto, soprattutto quando si tratta di una voce che conta da sola per oltre il 14% della spesa complessiva. Del resto, se è vero che la sanità italiana è complessivamente efficiente in un contesto internazionale, nel senso che costa po-

co rispetto ai servizi che rende, è anche vero che la sanità è stata negli anni della crisi più "protetta" di altre spese, proprio perché presidiata da figure politiche importanti come i governatori regionali. Nel 2007, ultimo anno pre-crisi, la spesa sanitaria era pari a 100 miliardi; nel 2013, a reddito nazionale nominale più o meno invariato, era salita a 110. In confronto, interventi molto più massicci sono stati fatti sull'istruzione o (in prospettiva) sulle pensioni, senza che ci sia mai stato un dibattito politico aperto sul fatto che la sanità sia, per dire, più importante della scuola.

Ma ammesso che tutti i tagli finiscano lì, ci sono 2 miliardi da risparmiare sulla sanità senza incidere sui servizi resi ai cittadini e senza aumentare tasse e tariffe? In prospettiva, sulla base delle stime disponibili sui livelli di efficienza del sistema sanitario italiano, la risposta è senz'altro affermativa. Un rapporto del Cerm di qualche anno fa stimava per esempio che se tutte le Regioni raggiungessero nella gestione dei servizi sanitari il livello di efficienza della migliore, si sarebbe potuto risparmiare fino al 20% della

spesa a parità di servizi. Ma proprio qui sta il problema. I risparmi maggiori sono possibili laddove i servizi sono più inefficienti; ma è proprio qui dove è più difficile raggiungere risultati ragionevoli in tempi brevi. Risparmiare nella sanità significa ristrutturare la rete ospedaliera, rivedere i contratti di servizio, aumentare l'assistenza territoriale, tutte cose che richiedono tempo e programmazione. Quasi metà delle Regioni sono già sottoposte a piani di rientro per aver violato i vincoli finanziari; ed è difficile immaginare che ulteriori accelerazio-

ni siano possibili in questo contesto. Il rischio è allora che i risparmi maggiori vengano richiesti alle Regioni già oggi più efficienti, con ovvi problemi in termini di equità ed efficienza.

Infine, non c'è dubbio che il conflitto in essere tra Governo e Regioni sia parte di un processo più complesso di ricentralizzazione del sistema dei governi italiani, dopo la sbornia federalista degli anni passati. Ma attenzione a non buttar via il bambino con l'acqua sporca. Proprio la sanità mostra i vantaggi potenziali di una ge-

stione decentralizzata, con almeno alcune Regioni che hanno saputo sfruttare gli spazi di autonomia per migliorare la qualità del servizio.

**Massimo
Bordignon**

IL PARADOSSO

Il rischio è che
i risparmi maggiori
siano richiesti alle
Regioni più efficienti,
con problemi di equità

quotidiano**sanità**.it

19 OTTOBRE 2014

Stabilità. Renzi: "Non taglieremo servizi e sanità. Regioni intervengano sugli sprechi"

Il premier intervenendo alla trasmissione Domenica Live, ha sottolineato come in questa Manovra per la prima volta si torna a ridurre le tasse. "Per 20 anni hanno sempre pagato le famiglie italiane, ora tocca ai ministeri e alle Regioni. Tagliare i servizi e la sanità sarebbe assurdo, sono molti gli sprechi che si possono e devono ridurre"

"Per la prima volta dopo anni, la legge di Stabilità prevede 18 miliardi di tasse in meno. Per vent'anni hanno sempre pagato le famiglie italiane, ora tocca ai ministeri e alle Regioni. Tagliare i servizi e la Sanità sarebbe assurdo, ma sono molti gli sprechi che si possono e devono ridurre". Così il presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**, è intervenuto alla trasmissione televisiva *Domenica Live* parlando della legge di Stabilità.

"Noi - ha aggiunto il premier - parliamo dei problemi dell'Italia: o si fanno le cose si perde l'occasione. Voglio sottolineare che io non ho la verità in tasca. Noi siamo al governo da 8 mesi e o tutti facciamo uno sforzo insieme restituendo i soldi ai cittadini o non c'è futuro". Chiosando poi sulle proteste sulle proteste dei governatori regionali, Renzi ha dichiarato: "Le Regioni sono arrabbiate? Gli passerà".

Giovanni Rodriquez

Ticket sui farmaci, chi paga di più

Il quadro aggiornato della compartecipazione dei cittadini alla spesa per i medicinali rivela una estrema variabilità da Regione a Regione

Revisione

Per assicurare equità nell'assistenza il sistema andrebbe reso più omogeneo

Chi abita nel Lazio paga un ticket di 8 euro per avere due confezioni di un antistaminico di fascia A prescritto dal dottore sulla "ricetta rossa", quindi a carico del Servizio sanitario nazionale; non paga nulla invece chi vive in Valle d'Aosta o in Sardegna. Ancora: il medesimo antiacido per lo stomaco — senza generico di riferimento e mutuabile — costa 4 euro a un assistito in Toscana o in Sicilia, pochi centesimi meno rispetto al prezzo del farmaco (4,78 euro) senza la ricetta del Servizio sanitario.

Una vera giungla quella dei ticket sui farmaci, perché ogni Regione può deliberare autonomamente se introdurli o no, decidendo modalità di applicazione e importi diversi.

A sottolinearlo è un recente studio di Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, che ha analizzato i provvedimenti regionali sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, oltre che alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, aggiornati al primo ottobre.

«I ticket sui farmaci, laddove sono stati introdotti, cambiano da Regione a Regione: si va dalla quota fissa sulla ricetta o sulle confezioni erogate, ai ticket modulati in base alle fasce di reddito o al valore del medicinale — spiega Isabella Morandi, esperta di Agenas e coordinatrice dello studio —. La variabilità dei sistemi di compar-

tecipazione fa sì che i cittadini devono corrispondere cifre diverse per l'identico farmaco, a seconda della Regione di residenza». Ma ecco che cosa emerge dallo studio di Agenas.

Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia, Marche, Sardegna e la Provincia autonoma di Trento non prevedono alcun ticket sui farmaci di fascia A.

Tra le Regioni che prevedono misure di compartecipazione, in cinque — Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria e Provincia autonoma di Bolzano — si paga un importo fisso per confezione pari a 2 euro, associato a un costo massimo per ricetta (4 euro).

In Emilia Romagna, Toscana, Umbria, invece, il ticket varia a seconda di fasce di reddito ed è associato a un "tetto" per ricetta. Diversi, però, gli importi: la quota per confezione, modulata su quattro fasce di reddito, arriva a 3 euro in Emilia Romagna e Umbria, a 4 euro in Toscana. In Basilicata la quota per ricetta varia su due fasce di reddito e non va oltre i 2 euro.

Ci sono poi Regioni, come Lazio, Abruzzo e Sicilia, che calcolano il ticket per confezione in base al prezzo del farmaco. La compartecipazione, poi, è richiesta anche a chi ha diritto ad esenzioni (nel Lazio) o ad alcune categorie (in Abruzzo e Sicilia). Un esempio: in Sicilia, se il farmaco costa fino a 25 euro, i non esenti pagano 4 euro di ticket; se il prezzo è superiore, il ticket è 4,50 euro. E il ticket per confezione lo paga anche chi soffre di «patologie croniche e invalidanti e rare»: 1,5 euro a confezione se il costo del farmaco è fino a 25 euro, 2

euro se va oltre.

Altra modalità di compartecipazione in Molise, Campania, Puglia, Calabria: il ticket per confezione è associato a un ticket per ricetta. Per i non esenti, si va dagli 0,50 euro del Molise ai 2 euro in Campania. A questo ticket va aggiunta un'altra quota fissa, anch'essa variabile a seconda della Regione. E in queste Regioni, i ticket, anche se ridotti, li pagano pure gli esenti.

Aggiungiamo che, anche per l'acquisto di farmaci equivalenti, ci sono differenze, perché alcune Regioni chiedono la quota fissa per ricetta (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Puglia, Basilicata e Bolzano).

Avete perso il filo del discorso? Non stupitevi: è solo la riprova di quante (molti sostengono "troppe") variabili il censimento Agenas ha registrato.

«Per assicurare l'accesso ai Livelli essenziali di assistenza, secondo il principio di equità per tutti i cittadini — osserva Morandi —, il sistema della compartecipazione dovrebbe essere ridefinito, favorendo anche l'appropriatezza delle prestazioni». Il nuovo Patto per la salute, sottoscritto da Stato e Regioni l'estate scorsa, stabilisce che è «necessaria una revisione della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni» per evitare che i ticket siano una «barriera per l'accesso alle prestazioni». Un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti delle Regioni, dei ministeri della Salute e dell'Economia e di Agenas, dovrebbe definire i contenuti di questa revisione entro il 30 novembre.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Esenzioni

Differenze anche per i malati cronici e rari

Persone che hanno la stessa malattia cronica o rara sono esenti dal ticket sui **farmaci** mutuabili in alcune Regioni, mentre in altre devono pagarlo. «Anche nei sistemi di esenzione che le Regioni hanno adottato la variabilità è enorme», dice Isabella Morandi, che li sta esaminando per l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari. «Il diritto dei malati cronici e rari ad avere **farmaci** gratuiti non è uguale dappertutto — conferma Tonino Aceti,

coordinatore del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Una discriminazione che potrebbe aggravarsi se, come si ventila, la revisione delle esenzioni avverrà in base al reddito. Sarebbe un'ulteriore misura per battere cassa, recuperando cifre irrisorie, dimenticando che questi malati già spendono in media 650 euro l'anno per **farmaci** non rimborsati dalla Sanità e 950 euro per parafarmaci e simili.

M. G. F.

Tre casi rappresentativi

ANTIBIOTICO

L'esempio riguarda **un farmaco di marca** (inserito in fascia A), per il quale non c'è in commercio un farmaco equivalente. Il prezzo al pubblico è di 35,75 euro (acquisto senza ricetta del Servizio sanitario)

Per l'acquisto di **1 confezione** con ricetta del Servizio sanitario **a carico dell'assistito ci sono solo gli eventuali ticket**

QUANTO SI PAGA

- **0 euro**
Valle d'Aosta
P. A. Trento
Marche
Sardegna
Friuli
- **2 euro**
Piemonte
Lombardia
P. A. Bolzano
Veneto
Liguria
Abruzzo
- **2,50 euro**
Molise
- **3 euro**
Puglia
Calabria
- **3,50 euro**
Campania
- **4 euro**
Lazio
- **4,50 euro**
Sicilia

PER FASCE DI REDDITO

- **Da 0 a 3 euro**
Emilia Romagna
Umbria
- **Da 0 a 4 euro**
Toscana
- **Da 1 a 2 euro**
Basilicata

ANTINFIAMMATORIO

L'esempio riguarda **un farmaco generico**, con prezzo al pubblico di 4,49 euro (per l'acquisto senza ricetta del Servizio sanitario)

Per l'acquisto di **1 confezione** con ricetta del Servizio sanitario, la Sanità rimborsa 3,72 euro (prezzo di riferimento)

La differenza (0,77 euro) è a carico dell'assistito oltre agli eventuali ticket

QUANTO SI PAGA

- **0,77 euro**
Valle d'Aosta
Piemonte
P. A. Trento
Friuli Venezia Giulia
Marche
Lazio
Calabria
Sardegna
- **1,27 euro**
Abruzzo
Molise
- **1,77 euro**
Puglia
- **2 euro**
Sicilia
- **2,77 euro**
Lombardia
P. A. Bolzano
Veneto
Liguria
Campania

PER FASCE DI REDDITO

- **Da 0,77 a 3,77 euro**
Emilia Romagna
Umbria
- **Da 0,77 a 4,77 euro**
Toscana
- **Da 1,77 a 2,77 euro**
Basilicata

ANTISTAMINICO

L'esempio riguarda **un farmaco di marca**, (inserito in fascia A), per il quale non c'è in commercio un farmaco equivalente.

Il prezzo al pubblico è di 13,26 euro (acquisto senza ricetta del Servizio sanitario)

Per l'acquisto di **2 confezioni** con ricetta del Servizio sanitario **a carico dell'assistito ci sono solo gli eventuali ticket**

QUANTO SI PAGA

- **0 euro**
Valle d'Aosta
P. A. Trento
Friuli
Marche
Sardegna
- **4 euro**
Piemonte
Lombardia
P. A. Bolzano
Veneto
Liguria
- **4,50 euro**
Molise
- **5 euro**
Campania
Puglia
Calabria
- **6 euro**
Abruzzo
- **8 euro**
Lazio
Sicilia

PER FASCE DI REDDITO

- **Da 0 a 6 euro**
Emilia Romagna
Umbria
- **Da 0 a 8 euro**
Toscana
- **Da 2 a 4 euro**
Basilicata

Controlli anti Ebola negli scali francesi: primo caso sospetto

Castro: Cuba e Usa unite per fermare l'epidemia

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE

PARIGI La Francia risponde all'invito del presidente americano Barack Obama, che aveva chiesto maggiore impegno degli europei contro Ebola, e da ieri monitora i passeggeri in arrivo dalle zone a rischio (una misura già presa da Stati Uniti, Gran Bretagna, Repubblica Ceca e Macedonia).

L'obiettivo è impedire la propagazione del virus in Occidente ma anche assicurare la popolazione: negli ultimi giorni si sono ripetuti gli allarmi e il trasferimento in ospedale di casi giudicati «probabili», anche se alle fine nessuna delle 11 persone sospette è risultata essere affetta dal virus.

Il primo volo per il quale sono state sperimentate le nuove procedure di sicurezza è stato l'Air France in provenienza da Conakry, capitale della Guinea, arrivato alle 5 e 30 del mattino di ieri all'aeroporto Charles De Gaulle di Parigi. Subito è stato trovato un nuovo caso sospetto, con il risultato che la psicosi invece di placarsi si è rafforza-

ta: se al primo tentativo è stato individuato un passeggero con sintomi preoccupanti, quanti altri devono essere passati inosservati nei giorni scorsi?

Una dottoressa 42enne, di nazionalità belga, in Guinea da inizio ottobre per una missione umanitaria contro Ebola, aveva la febbre a 38,5 gradi, abbastanza per fare scattare il piano di emergenza. Dopo un'ora però la sua temperatura era già scesa a 37,5, al di sotto della soglia giudicata pericolosa; i risultati definitivi dei test si avranno domani. Il ministro francese della Sanità, Marisol Touraine, ha spiegato che tutti i passeggeri vengono sottoposti al controllo della temperatura appena scesi dall'aereo, sulla passerella, prima ancora del loro ingresso in aeroporto. Durante il volo vengono pregati di compilare un questionario che punta a «rintracciare le persone qualora ce ne fosse bisogno una volta effettuato il test».

Per adesso, in Occidente più che il virus dilaga la paura, perché i casi confermati sono rarissimi e sotto controllo. Nei

Paesi africani più colpiti invece, Guinea, Liberia e Sierra Leone, la malattia ha fatto già 4.493 morti su un totale di 8.997 casi a partire da marzo, secondo le ultime cifre dell'Organizzazione mondiale della sanità, ed è in continua progressione. Per questo due giorni fa a Parigi, durante una conferenza dell'Ocse, il presidente della Banca mondiale Jim Yong Kim ha pronunciato una frase allarmante: «Stiamo perdendo la battaglia, non c'è abbastanza solidarietà internazionale». A questo proposito ieri l'ex leader cubano Fidel Castro, 88 anni, ha detto «collaboreremo con piacere con il personale americano» nella lotta contro il virus. Cuba è finora il Paese che ha inviato più personale medico: 165 tra dottori e infermieri in Sierra Leone, altri 296 sono attesi in Liberia e Guinea (europei e americani sono invece sul posto tramite le organizzazioni umanitarie). Il segretario di Stato John Kerry ha ringraziato Cuba, in un raro episodio di disgelo tra l'Avana e Washington.

Stefano Montefiori
@Stef_Montefiori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A Fiumicino

Dai consigli ai sintomi, i volantini informativi



A Fiumicino (foto Ansa) sono in distribuzione ai viaggiatori volantini informativi in italiano e inglese per informarli sul virus Ebola: dai sintomi da dichiarare ai comportamenti da adottare. Occorre richiedere assistenza per «febbre, debolezza, dolori muscolari e mal di gola seguiti da vomito, diarrea, eruzione cutanee e, in alcuni casi, sanguinamento».

4,5 **70** **1976**

Le migliaia di morti per l'Oms tra Liberia, Sierra Leone e Guinea	La percentuale di mortalità nei casi accertati di Ebola, secondo l'Oms	L'anno nel quale lo scienziato Peter Piot, ad Anversa, scoprì il virus di Ebola
---	--	---



Ebola, l'Oms ammette: «Commessi errori»

Fidel Castro a Obama: uniamoci contro il virus

L'Organizzazione mondiale della sanità sotto accusa per i ritardi. Il presidente Usa: «L'America non ceda all'isteria»

ELENA MOLINARI
NEW YORK

Di fronte a ebola non bisogna «cedere all'isteria», perché «sappiamo come combatterla», «abbiamo i protocolli». L'immagine pubblica, calma e rassicurante, che Barack Obama ha voluto trasmettere ieri con la sua chiacchierata del sabato mattina agli americani contrasta fortemente con la frustrazione e persino la rabbia che il presidente Usa avrebbe espresso durante le riunioni alla Casa Bianca. Le autorità sanitarie non hanno risposto efficacemente ai primi casi di contagio del virus negli Stati Uniti, ha detto Obama in incontri a porte chiuse, stando al *New York Times*. E ha definito «non abbastanza stringenti» gli stessi protocolli con i quali ieri cercava di far rientrare la paura condivisa da circa due terzi degli americani.

E non sono gli unici argini contro l'epidemia ad avere ceduto. Ieri anche l'Organizzazione mondiale della Sa-

nità (Oms) ha ammesso errori e promesso un'approfondita analisi interna sul perché non sia riuscita a fermare dall'inizio la diffusione di ebola. Dopo la pubblicazione di un documento interno, che doveva rimanere riservato, che descrive passi falsi nelle prime fasi dell'emergenza, l'Oms ha però invitato tutti alla pazienza. «Non possiamo dirottare le nostre limitate risorse dalla risposta alla crisi all'analisi dettagliata della nostra risposta passata – ha scritto in un comunicato –. Quell'analisi arriverà, ma solo quando la crisi sarà superata». E mentre il Canada ha fornito all'Oms 880 fiale di un vaccino sperimentale, un'inaspettata manna è arrivata invece a Obama dall'ex leader cubano Fidel Castro: l'Avana ha già inviato in Africa Occidentale 165 tra medici e infermieri. «Lavoreremo con piacere con il personale americano a questo compito», ha scritto lo stesso Castro, 88 anni, in un articolo sul quotidiano *Granma* intitolato «L'ora del dovere». «Sappiamo tutti che lo svolgimento di questo compito con la massima prontezza ed efficacia, proteggerà il nostro popolo e le nazioni sorelle dei Caraibi e dell'America Latina a prevenire l'epidemia che purtroppo è stata introdotta negli Stati Uniti e potrebbe estendersi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DOSSIER

Servizi, spese e potere: 44 anni di Regioni (finite nel mirino)

Roselli ▶ pag. 5

TANTI PICCOLI IMPERI

Servizi, sprechi e riforme I 44 anni delle Regioni

DALLA RIFORMA DEL TITOLO V, I GOVERNATORI SONO DIVENTATI DEI PICCOLI RE: SPESE AUMENTATE DI 89 MILIARDI, PIÙ RESPONSABILITÀ E TANTA CATTIVA GESTIONE

26,4 mld
REGIONI,
I TAGLI

+130%
TASSE
LOCALI

L'ALTRA VERITÀ

I dipendenti (costano un miliardo) sono cresciuti a dismisura, come la spesa sanitaria. Da nord a sud inchieste e ruberie

di Gianluca Roselli

Il braccio di ferro tra Stato e Regioni su risorse e denari va avanti da circa 13 anni, ovvero dalla riforma del Titolo V del 2001, che ha garantito a questi enti locali larga autonomia di spesa. Il taglio di 4 miliardi alle Regioni (inserite in Costituzione nel '48, ma create solo nel 1970) deciso da Matteo Renzi nella legge di Stabilità è dunque il vento che rinforza il fuoco di un incendio già in essere.

ORA I GOVERNATORI sono sul piede di guerra, ma il governo non sembra intenzionato a tornare indietro. Pezzi di verità stanno da entrambe le parti. Perché, se è vero che nelle ultime manovre finanziarie gli enti locali si sono già visti sfor-

biciare parecchio i finanziamenti dallo Stato, con ricaschi pesanti sui servizi ai cittadini, è anche vero che dal 2001, ovvero dall'approvazione del Titolo V, le spese regionali sono schizzate verso l'alto. Non solo per l'aumento dei costi, ma anche per sprechi e ruberie che in questi anni hanno riempito le cronache giudiziarie italiane, da Batman Fiorito nel Lazio alle mutande verdi di Roberto Cota in Piemonte.

Secondo uno studio della Cgia di Mestre, infatti, nel decennio 2000-2010 le spese delle venti regioni italiane sono aumentate di 89 miliardi di euro, di cui 49,1 solo per la sanità. La spesa totale di questi enti è di circa 200 miliardi annui, euro più euro meno, ovvero il 25 per cento dell'intera spesa pubblica italiana. 1 miliardo, per esempio, è il costo annuo dei consigli regionali, mentre 170 milioni se ne vanno solo in vitalizi. Insomma, dal 2001, da quando hanno autonomia finanziaria, le uscite sono lievitate a dismisura, come un ciambellone nel forno: più 45 per cento. Perché? Le cause sono molteplici: aumento assurdo del numero dei dipendenti, aumento delle spese sanitarie e del trasporto lo-

cale, invecchiamento della popolazione che ha portato a un più 154,4 per cento il costo per l'assistenza sociale, alzamento degli stipendi di consiglieri e assessori regionali. E sprechi. Una montagna di sprechi. Ogni regione, infatti, si comporta come un piccolo stato sovrano. Di cui il governatore è il monarca assoluto e va in giro per il mondo come un piccolo imperatore. Solo così si spiega il proliferare delle sedi all'estero. A Bruxelles sono presenti sedi istituzionali di ogni regione. Ma se ne aprono a casaccio un po' in tutto il globo, dalla Cina al Sud Est asiatico fino al Sudamerica.

Prendiamo la spesa sanitaria. Nel 2000, prima dell'entrata in vigore del Titolo V, ammontava a 70 miliardi (1.215 euro per ogni cittadino). Nel 2015 arriverà a 115 miliardi (1.941 pro capite). Anche gli organici han-



no subito un notevole gonfiamento, arrivando, esclusa la sanità, a 78.679 dipendenti (dati 2013). Su questi la Confartigianato ha calcolato esuberi per 24.396 unità, ovvero si potrebbe fare a meno del 31 per cento di loro, poco meno di un terzo, con un risparmio di circa 2 miliardi e mezzo. Il record spetta alla Sicilia, con 19.165 dipendenti. Ma in proporzione, a vincere è la Valle d'Aosta con 29,6 dipendenti ogni mille abitanti.

La parolina magica è autodichia. Tradotto: totale insindacabilità su come vengono spesi i soldi. Lo Stato centrale non può mettere becco. E tutto questo senza federalismo fiscale. Non vogliamo nemmeno immaginare cosa sarebbe accaduto se il cavallo di battaglia della Lega fosse diventato realtà. Nonostante questo, negli ultimi venti anni le imposte locali in Italia sono aumentate del 130 per cento. Poi ci sono le aziende partecipate (circa 10 mila), altra voragine mangiasoldi che ogni anno fa perdere un miliardo e 200 milioni allo Stato.

Naturalmente non si può fare di tutt'erba un fascio. Ci sono anche regioni virtuose, come la Lombardia, al netto degli scandali che hanno colpito la precedente giunta di Roberto Formigoni. Secondo una proiezione della Cgia, se tutte le Regioni fossero amministrate come il Pirellone, si potrebbe arrivare a un risparmio di 82,3 miliardi annui.

DETTO QUESTO, anche i governatori hanno la loro parte di ragione. Perché negli ultimi anni tutte le manovre finanziarie hanno drasticamente stretto i cordoni della borsa alle Regioni. Che dal 2011 hanno subito tagli per 26 miliardi e 400 milioni: 4 miliardi nel 2011; 4,5 nel 2012; 5,3 nel 2013; 6,1 nell'ultima, quella del 2014. Più 6,5 miliardi di tagli complessivi alle Regioni a statuto speciale. Sempre meno denari, dunque. A fronte di spese sempre più elevate. Anche per la gestione dell'emergenza immigrati. Ora, infine, la stangata di Renzi di altri 4 miliardi, pari al 2 per cento del bilancio totale. E il braccio di ferro continua.

Servono risparmi drastici sugli esami

Risorse carenti

Pure in questo campo bisogna fare i conti con la crisi e la *spending review*

Parlamo delle lancette che servono per pungere il dito dei pazienti diabetici e ottenere quella goccia di sangue utile per misurare il controllo della glicemia e valutare l'effetto delle terapie.

In Italia esistono 21 prezzi differenti per il loro rimborso nelle diverse Regioni e se ci si uniformasse a quello della Toscana (il più basso) si risparmierebbero 132 milioni di euro da destinare ai farmaci innovativi, più costosi di quelli classici, ma più utili al paziente.

Anche il diabete deve fare i conti con la crisi e la *spending review* e ragionare sui risparmi.

«Nel nostro Paese — denuncia Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia, a Vienna in occasione dell'Easd, il congresso europeo sul diabete — manca un prezzo unico di riferimento per certi dispositivi come le lancette e questo comporta uno spreco di risorse».

È un problema che presuppone soluzioni politiche (che si spera arrivino presto), ma c'è di più. E qui entrano in gioco i medici.

Succede che, di fronte a un paziente diabetico, si prescrivano alcuni test di laboratorio non indispensabili, anzi inutili. Con costi "evitabili": occorre, dunque, analizzare tutte le voci di spesa per separare quello che è strettamente necessario da quello che è di dubbia utilità o addirittura inutile.

Prendiamo la vitamina D. Dice Enzo Bonora, presidente dell'Associazione medici diabetologi (Amd): «È un fenomeno di moda. Negli ultimi anni si sono moltiplicati gli studi sull'associazione fra carenza di vitamina D, malattie cardiovascolari e diabete. Ma a tutt'oggi

Scelte appropriate

Occorre separare quello che è necessario da quello che è di dubbia utilità

mancano le prove (anche se ci sono studi in corso) che questo sia vero e che un supplemento di vitamina D possa essere utile. Però si continuano a prescrivere test e vitamina. Solo nell'ospedale di Verona, dove lavoro, si spendono ogni anno 200 mila euro per dosare la vitamina D. Una somma che, riferita al Veneto, consiste in non meno di due milioni di euro l'anno ed estrapolata all'Italia a circa 20 milioni di euro l'anno».

Quello della vitamina D non è l'unico esempio di spesa "evitabile" nel capitolo "analisi di laboratorio per il diabete". Ce ne sono altri, che riguardano da vicino la malattia anche se spesso sono prescritti da non diabetologi, come i dosaggi dell'insulina.

Dice Giorgio Sesti, dell'Università di Catanzaro e presidente eletto della Società italiana di diabetologia: «Un terzo dei pazienti diabetici non sa di esserlo, ma per diagnosticare questa situazione basta una glicemia (che valuta la quantità di zuccheri nel sangue) a digiuno. Non serve l'emoglobina glicata (l'esame che dice quanto la glicemia ha superato i limiti normali nei precedenti due mesi), ma quest'ultima viene spesso richiesta. Ci sono poi medici che chiedono il dosaggio dell'insulina per valutare l'insulino-resistenza (cioè l'incapacità delle cellule a utilizzare il glucosio) che non serve a niente. Basterebbe un metro da sarta: misurare la circonferenza dell'addome è il metodo più utile per stabilire se c'è insulino-resistenza e ha un costo zero (il grasso addominale è, infatti, un indice predittivo del rischio di diabete, ndr)».

A. Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il commento

di **LUIGI RIPAMONTI**

UN PIANO NAZIONALE CHE VA ATTUATO

Un adagio molto popolare fra i diabetologi recita: «Non è il diabetico che costa, ma il diabetico con complicanze». È vero: un diabetico ben controllato costa al Servizio sanitario nazionale più o meno come una persona che il diabete non ce l'ha. E proprio perché i diabetici fossero ben controllati è stato emanato circa un anno fa il Piano nazionale sulla malattia diabetica. Un progetto ambizioso, che dovrebbe portare a un approccio più integrato alla malattia, con lo scopo di disegnare le terapie sempre più «su misura» rispetto alle esigenze dei singoli pazienti, terapie che possono essere anche sensibilmente diverse (si vedano gli articoli alle pagine successive).

Una cura personalizzata avrebbe il vantaggio di essere più efficace, meglio seguita e meglio tollerata, il che comporterebbe anche un vantaggio economico per l'intero sistema.

Ottime premesse e saggi obiettivi. Ma in quale misura il progetto è stato attuato? Dopo un anno la risposta è, come al solito nel nostro Paese: qui un po' di più, là un po' meno.

Insomma, siamo alla solita copertura «a macchia di leopardo». Con una variante sorprendente: stavolta alcune delle Regioni in genere «virtuose» risultano a prima vista più in ritardo di altre che di solito si guadagnano voti bassi nella pagella dell'efficienza.

Salvo scoprire che alcune di queste ultime, pur, sulla carta, prontissime a rispondere «sissignore», hanno in realtà fatto ancora meno delle altre.

Non che il Piano per il diabete sia di facile attuazione. La distribuzione dei ruoli e delle responsabilità fra specialisti, medici di medicina generale, ospedali, servizi territoriali, è oggetto di discussioni anche molto vivaci e ci vorrà del tempo per trovare la quadratura del cerchio.

Resta il fatto che una governance efficace del diabete è una priorità, non solo in Italia ma in tutto il mondo occidentale, perché i numeri della malattia sono in crescita costante e l'impatto economico importantissimo, specie in uno Stato con sistema sanitario solidaristico universale, come il nostro è (e vorremmo restasse). E, con un apparente paradosso, l'unica strategia possibile per sopportare l'urto dei costi è metterli in secondo piano rispetto all'attenzione alla salute del paziente.

Perché una buona medicina, lo dimostrano decine di studi economici, costa molto meno di una medicina non buona, che è quasi sempre una medicina che spreca risorse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Legge di Stabilità, malumori e polemiche anche nel Pd

E i governatori tornano sul piede di guerra

Il leghista Maroni guida la carica: «Non alzo le tasse, pronto alla rivolta fiscale»

Roma Roberto Maroni guida la rivolta dei governatori «virtuosi» che non ci stanno a farsi tagliare 4 miliardi dal governo. Il presidente della Regione Lombardia parla di «rivolta fiscale»: «Il governo ci costringe a chiudere ospedali o alzare le tasse. E non lo voglio fare. Lo dico a tutti i sindaci: siamo pronti a fare la rivolta fiscale».

Ma anche nel Pd c'è aria di maretta sulla legge di Stabilità. Il governatore del Piemonte e presidente della Conferenza Stato-Regioni, Sergio Ciamparino, prova ad attenuare i toni della polemica. «Non c'è niente di irreparabile - osserva - La nostra volontà è di trovare un accordo, non di fare Masaniello per avere visibilità politica». A innescare la miccia è Matteo Richetti, l'ex candidato alla Regione Emilia-Romagna az-zoppato da un'inchiesta della magistratura, che punta il dito contro l'intervento sul Tfr. «Un punto critico», denuncia. «La sola disponibilità per i privati - osserva - oltre ad essere ingiusta, rischia di porre anche un vizio di costituzionalità. Già in passato, di fronte a norme che indicavano una disparità tra lavoratori pubblici e lavoratori privati, la Corte ha fatto deirilevi». Questa differenza di trattamento - dice in un'intervista - non può trovare giustificazio-

ne in quanto se il Tfr degli statali finisce nella loro busta paga ci sarebbe un aumento della spesa. «Significherebbe ammettere candidamente che l'accantonamento del Tfr è fittizio», osserva Richetti.

Altra critica del parlamento riguarda la tassazione ordinaria. «Si stabilisce una disparità di fatto tra chi ha veramente bisogno di liquidità in più e chi invece può permettersi l'accantonamento con tassazione agevolata. Si rischia di penalizzare di più proprio chi non ce la fa».

Al suo fianco nel criticare la legge di Stabilità si schiera Francesco Boccia, presidente della Commissione Bilancio della Camera. Ad *Omnibus* su La7 commenta: «L'hanno scritta con i piedi consulti frettolosi». In modo particolare se la prende con Yoram Gutgeld, consigliere economico del presidente del Con-

siglio, parlamentare del Pd e con un passato alla McKinsey. Nell'occhio del ciclone, però, entra anche la misura che aumenta dall'11 al 20% la tassazione sui fondi pensione. Secondo Andrea Camporese, presidente dell'associazione delle casse private, il governo è inciampato in un caso di «gravissima miopia istituzionale». Meno discreto il commento del presidente della Cassa Commercialisti. Renzo Guffanti minaccia di liquidare l'intero portafoglio in titoli pubblici della cassa: 800 milioni di euro. Una vera e propria rappresaglia che al governo eliminerebbe l'arma di collocare presso le casse previdenziali private parte delle emissioni del debito pubblico. Senza contare che le stesse Casse vengono coinvolte dal ministero dell'Economia in tutte le operazioni finanziarie.

Che la confusione sul tema nel governo regni sovrana lo confermano anche le parole del sottosegretario all'Economia Pier Paolo Baretta, che ad *Avvenire* chiede di «correggere l'aumento della tassazione sui fondi-pensione che non ha senso, visto che sono fondi previdenziali». La palla ripassa a Renzi.



CAPOFILA DELLA PROTESTA
Roberto Maroni, presidente della Regione Lombardia



Sì ai tagli, ma c'è Regione e Regione

Risparmiare è doveroso ma la sforbiciata non può essere indiscriminata. Il governo controlli le spese di ogni Ente

LA SPESA E L'APPROSSIMAZIONE DEL GOVERNO

Tagliare va bene, ma c'è Regione e Regione

PRIVILEGIO SPECIALE

Sicilia, Sardegna, Friuli, Trentino e Val D'Aosta spendono più di tutti

GIUNTE ROSSE

Gli Enti governati dal centrosinistra sprecano oltre la media nazionale

di **Francesco Forte**

Tagliare 4 miliardi alle spese delle Regioni, di cui metà alla spesa sanitaria, è del tutto ragionevole. Infatti le Regioni spenderono, nel 2012, 170 miliardi. E su di essi 4 miliardi sono soltanto il 2,3%. Però c'è Regione e Regione. Per esempio, la spesa totale della Lombardia è 23,3 miliardi, quella del Lazio 17,5, ossia il 74%. Ma la popolazione del Lazio (5,8 milioni) è solo il 58% della Lombardia (9,9 milioni). Il governo Renzi però non ha fatto analisi di bilancio per misurare l'efficienza e l'efficacia (...)

(...) della spesa delle Regioni. Né ha applicato il criterio dei costi standard che aveva adottato il governo Berlusconi, con il sostegno della Lega Nord. Ha usato il metodo grossolano di togliere 4 miliardi all'insieme delle Regioni perché si spartiscano i tagli. E presumo che prevarranno le Regioni più influenti, non le più efficienti.

Una cosa che salta all'occhio è la enorme disparità di spesa per abitante delle Regioni autonome rispetto a quelle a statuto ordinario. Le Regioni autonome, ossia Sicilia e Sardegna più Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia e Aosta, hanno 9,2 milioni di abitanti sui 60 milioni dell'Italia, cioè il 15%, ma la spesa di queste Regioni è il 30% di quelle a statuto ordinario, ossia il doppio. E se si va a guardare fra i due gruppi di Regioni, ossia le due grandi isole del Sud (Sicilia e Sardegna) e le Regioni autonome del Nord, si vede che l'aumento della spesa è maggiore in quelle nordiche. Infatti esse hanno, nel complesso, il 4%

degli abitanti, ma il 14% della spesa regionale. Come Sicilia e Sardegna sommate insieme, che invece hanno il 9,4% degli abitanti.

La maggiore spesa fuori media della Sicilia è quella burocratica e politica del vertice, la spesa per organi istituzionali. Essa nelle Regioni a Statuto ordinario è 800 milioni e in Sicilia 336 milioni, ossia il 30 del totale nazionale, mentre la Sicilia ha l'8% della popolazione italiana. Aggiungo che le Regioni a statuto speciale hanno una gonfiatura di spesa soprattutto nel personale e nei conferimenti di capitale alle loro imprese. Ma il problema maggiore delle spese delle regioni non è quello delle Regioni a statuto speciale. Si trova nel settore sanitario, la cui spesa da un anno all'altro continua a lievitare. Si tratta di cifre enormi. Il costo del servizio sanitario nazionale, gestito dalle Regioni, nel 2012 è stato di 212 miliardi. Fatto 100 il 2001, nel 2012 siamo al 145%. Insomma in 11 anni c'è stato un aumento che non è molto lontano dal 50%. Con un aumento medio annuo quindi del 4,1%. Ce lo potremmo permettere solo se avessimo un tasso reale di crescita del Pil del 2,5 e dei prezzi dell'1,6. Invece purtroppo la situazione è ben diversa. E poi si deve notare che c'è una enorme sperequazione nelle diverse voci di spesa sanitaria nelle diverse Regioni. In una spesa pro capite di 1.900 euro, troviamo che Piemonte e Lombardia sono a quota 1.960 e 1.926 euro, mentre il Veneto è a quota 1.862 euro spesi per abi-

tante.

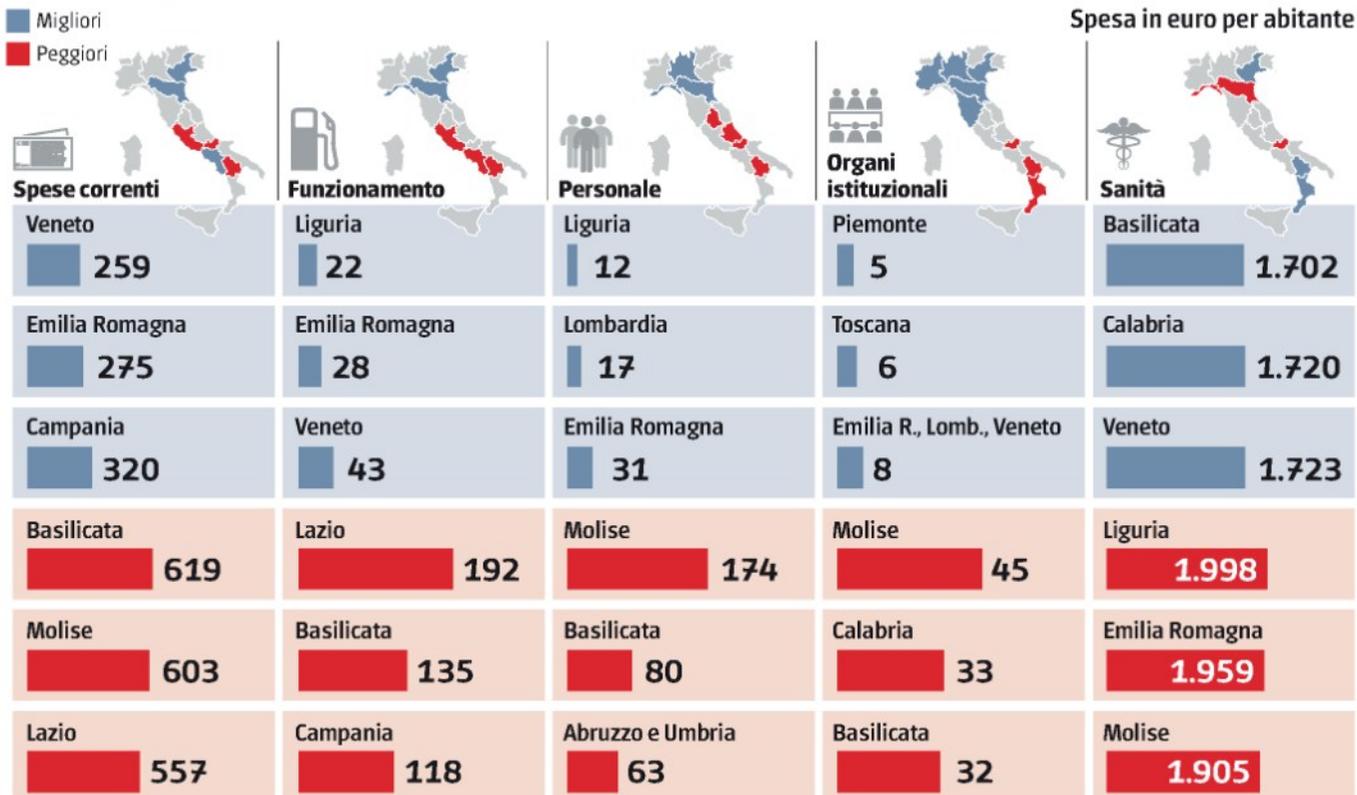
In sostanza queste tre Regioni, le più industrializzate, hanno nel complesso una spesa pro capite allineata alla media nazionale. La Liguria, dominata generalmente da giunte di sinistra, ha invece una media pro capite di 2.127 euro, molto superiore a quella nazionale. Anche le due Regioni rosse per eccellenza, ossia Emilia Romagna e Toscana, hanno una media superiore a quella nazionale, attorno ai 2.040 euro per abitante, e così pure il Lazio, che è a quota 2.050 euro pro capite. Il Molise arriva a 2.074 euro per abitante. Nelle Regioni autonome, che come si è visto sono molto dispendiose, però troviamo che mentre Bolzano detiene il record con quasi 2.300 euro, seguita da Trento che è a quota 2.270, la Sicilia invece dedica alla sanità solo 1.750 euro per abitante. A differenza della Sardegna, che ne dedica 2 mila: non conta solo se si spende tanto o poco, ma anche per cosa si spende.

Ma, a questo proposito, si deve notare che mentre la spesa **farmaceutica** del servizio sanitario nazionale rispetto al 2001 è stazionaria, quella per beni e servizi è aumentata del 210 per cento, ossia è più che raddoppiata, mentre quella per il personale è aumentata del 135%, meno dell'aumento medio della spesa complessiva. Insomma, se il governo andasse a fare analisi Regione per Regione, potrebbe fare una vera politica di controllo della spesa. Perché c'è Regione e Regione, e spesa e spesa.

Francesco Forte



SPRECHI, PROMOSSI E BOCCIATI



Il rappresentante opera al posto del chirurgo

A «Report» il caso di un venditore di pacemaker e dei legami tra Asl e aziende. «Non è un episodio isolato»

La denuncia

Verrà mostrato anche un bando di gara costruito su misura per un fornitore specifico

ROMA Sembra una di quelle scene di vita comune in cui il rappresentante di una ditta di aspirapolveri viene a casa per una dimostrazione sull'efficacia dell'elettrodomestico. E già che gli abbiamo aperto la porta, facciamo pulire al solerte venditore il nostro appartamento con la scusa del test. Stavolta però non si tratta di tappeti sporchi, bensì di cuori malati. Le porte che si aprono sono quelle di una sala operatoria e la persona che «approfitta» della dimostrazione del venditore è un cardiocirurgo. La variante sul tema è raccontata da un servizio di *Report* nella puntata di questa sera (21.45, Rai3). Non si tratterebbe di un caso isolato, ma di una pratica comune in molti ospedali.

Teatro della scambio di ruoli nel filmato che andrà in onda è l'ospedale di Copertino, in provincia di Lecce. Le immagini — datate 11 novembre 2013 — mostrano Fabio Tridici, venditore di pacemaker per conto della casa statunitense Boston Scientific, praticare in prima persona un intervento di impianto di un dispositivo bi-ventricolare. Operazione estremamente delicata che si completa con l'inserimento di tre cateteri ventricolari. Uno dei quali viene applicato per stimolare elettronicamente quello sinistro che pompa il sangue in tutto il corpo e al quale si accede solo dalle arterie e dal ventricolo destro. Servono mani esperte e personale di massima preparazione, anche per fronteggiare eventuali complicazioni. E invece il primario del reparto di cardiocirurgia, Michele Me-

zio Galluccio, sembra ritagliarsi un ruolo di mero assistente di Tridici.

«Ho solo passato gli strumenti al chirurgo, su sua richiesta in una situazione di emergenza. Ho una lunga esperienza da infermiere», prova a sminuire Tridici. La Boston Scientific, venuta in possesso del video, lo ha licenziato al termine di una procedura disciplinare: «La nostra azienda fornisce al proprio personale chiare e perentorie istruzioni in merito ai divieti e alle regole che informano il legittimo esercizio di attività di supporto tecnico al personale sanitario», sottolinea la casa statunitense. La legge contempla la presenza di un tecnico in sala operatoria, ma non lo autorizza in nessun modo a toccare il paziente. L'Asl di Lecce dice di essere a conoscenza del caso, ma di non aver mai avuto prove per agire.

Come detto, però, le testimonianze raccolte da Sigfrido Ranucci, autore del servizio, raccontano di un episodio non isolato e di una pratica che coinvolgerebbe alcune delle più grandi case produttrici di pacemaker. In molti casi ai medici delle strutture pubbliche, unici detentori del potere di decisione su quali strumenti far comprare agli ospedali, verrebbe offerto il pacchetto completo: assieme al macchinario da impiantare, l'affiancamento del venditore/tecnico in grado di praticare l'intervento. Tra i documenti in possesso di *Report* c'è anche una bozza di bando di gara, tra i tanti, talmente dettagliato sul prodotto richiesto da sembrare ritagliato su misura per un unico possibile fornitore. Una farsa, insomma, con chiari profili penali e legittimi dubbi sulla trafia dei controlli.

Fulvio Fiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'équipe

● In sala operatoria ci sono l'anestesista, l'infermiera di sala (la cosiddetta ferrista), un'altra infermiera, il primo chirurgo, l'aiuto con l'assistente

● Il chirurgo è l'attore principale: l'aiuto deve assisterlo facendo tutto quello che il chirurgo, avendo due sole mani, non potrebbe fare, mentre l'assistente deve provvedere a mantenere le condizioni generali ideali del campo operatorio

● Sono ammessi altri medici/osservatori o tirocinanti: nel primo caso il paziente deve dare il consenso



Autismo e diagnosi precoce: nasce network per bambini ad alto rischio

Fratelli e sorelle minori di bambini che hanno già ricevuto la diagnosi vengono monitorati dalla gravidanza fino ai due anni di età. Coinvolte quattro regioni

di Redazione Salute Online



Autismo, prima si individua e meglio è. Questo il senso di [un progetto avviato nel 2011 dall'Istituto superiore di sanità per il riconoscimento tempestivo di disturbi dell'età evolutiva](#), che vedono impegnati i reparti di Neurotossicologia e Neuroendocrinologia dell'Iss insieme ad altre unità operative di quattro regioni: Lombardia (Unità operativa Medea), Toscana (Stella Maris), Lazio (Bambino Gesù, Campus Biomedico) e Sicilia. La sorveglianza per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico (Asd, *Autistic Spectrum Disorders*) inizia dalla gravidanza e continua fino ai due anni di età: dal 2011 a oggi sono stati reclutati e valutati 80 bambini di controllo e 25 bambini ad alto rischio, cioè fratelli e sorelle minori di bambini che hanno già ricevuto una diagnosi di autismo. A questi ultimi viene somministrato un protocollo di sorveglianza e di valutazione del neurosviluppo nei primi 18 mesi di vita. L'obiettivo: individuare bambini con Asd prima dei due anni e inserirli da subito in un programma di intervento terapeutico personalizzato. Al contrario di ciò che avviene normalmente: la diagnosi di autismo arriva solitamente dopo i 2 anni di età, e ciò rende meno efficaci (perché tardive) le possibili "cure". I primi risultati del progetto sono stati presentati alla conferenza internazionale "Non invasive tools for early detection of autism spectrum disorders", nella sede del Cnr, con i responsabili dei network sui bambini ad alto rischio di Asd di Stati Uniti, Regno Unito e Italia.

Cinque punti

Quello messo a punto dall'Iss è un percorso in cinque punti, che prevede: 1) il monitoraggio degli indici

di benessere del bambino attraverso registrazioni audio e video del pianto neonatale e della motricità spontanea a dieci giorni dalla nascita, a 6, 12, 18 e 24 settimane di vita; 2) la raccolta dei parametri auxometrici (di crescita) dalla nascita fino ai 18 mesi con particolare riferimento alla lunghezza, al peso e alla circonferenza cranica (misura fronto-occipitale), la cui curva di crescita anomala è stata associata all'insorgenza di Asd; 3) lo studio dell'interazione e della comunicazione sociale del bambino con un adulto nel suo ambiente naturale mediante brevi sequenze video (due al mese, di 5 minuti ciascuna, dai primissimi giorni di vita del bambino fino al raggiungimento del secondo anno di vita), registrate dai genitori; 4) la valutazione dello sviluppo cognitivo, linguistico, adattivo e socio-comunicativo a 6, 12 e 18 mesi, presso i centri di riferimento di Neuropsichiatria infantile degli enti partecipanti, attraverso strumenti di valutazione standardizzati e interviste ai genitori (nei casi di difficoltà i bambini sono indirizzati verso forme di intervento precoce); 5) lo screening genetico: campioni di sangue di tutti i bambini ad alto rischio e dei loro genitori vengono utilizzati per estrarre Dna genomico.

Il sito per genitori

Nell'ambito del progetto è stato istituito il network "Nida" (progettonida.it), che punta a individuare precocemente le anomalie evolutive in una popolazione a rischio di Asd. Il sito internet permette ai genitori di questi bambini di scaricare e compilare diversi questionari da consegnare agli operatori durante le visite di valutazione nelle Unità di Neuropsichiatria infantile. Sul sito c'è anche una pagina dedicata ai pediatri, fondamentali per il reclutamento, insieme ai centri di Neuropsichiatria infantile, dei bambini ad alto rischio. È poi in corso la creazione di un database accessibile agli operatori tramite il sito che consenta la gestione dell'iter di valutazione, di raccolta e analisi di dati clinici, fisiologici, genetici e comportamentali. Ogni utente può leggere esclusivamente i dati relativi alle proprie aree di competenza. «Il progetto avrà un impatto significativo sul Sistema sanitario - dice [Maria Luisa Scattoni](#), ricercatore del reparto di Neurotossicologia e Neuroendocrinologia dell'Iss e responsabile del lavoro -, in quanto consentirà il riconoscimento precoce di Asd tramite la validazione e standardizzazione di un protocollo di sorveglianza e di valutazione del neurosviluppo già attivo in alcune Unità operative (Lazio, Toscana, Lombardia e Sicilia) e che auspichiamo possa essere incrementato grazie all'inserimento delle altre regioni italiane. Verranno selezionati gli strumenti diagnostici con maggior valore predittivo per rendere il protocollo agile e ridurre il tempo necessario per il follow-up».

Intervento personalizzato

«Inoltre - prosegue Scattoni -, l'equipe multidisciplinare impiegata nel progetto (neurobiologi, neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e ingegneri biomedici), garantirà un intervento terapeutico individualizzato, riducendo così in modo significativo l'impatto del disturbo sullo sviluppo neurocomportamentale del bambino, sulla qualità della vita degli individui affetti, sul carico familiare e sul costo assistenziale per il Sistema sanitario». Numerosi studi, infatti, attestano la maggiore efficacia del trattamento precoce in termini di riduzione dei sintomi, di acquisizioni linguistiche e aumento dell'adattamento all'ambiente. «La validazione e standardizzazione di un protocollo di valutazione del neurosviluppo e il riconoscimento precoce dei bambini a rischio nelle quattro regioni coinvolte nello studio costituirà un modello operativo per lo studio delle popolazioni a rischio che potrà essere esteso all'intero territorio nazionale e trasferito ad altri contesti di studio di popolazioni a rischio» conclude la ricercatrice. Nell'ambito del progetto verrà anche potenziata la formazione dei neuropsichiatri infantili e psicologi delle Unità operative coinvolte, per ampliare le loro competenze nell'identificazione precoce dei bambini che stanno sviluppando un disturbo dello spettro autistico e uniformare i protocolli diagnostici tra le diverse regioni.

http://www.corriere.it/salute/pediatria/14_ottobre_16/autismo-diagnosi-precoce-nasce-network-bambini-ad-alto-rischio-c21a4030-554a-11e4-af0d-1d33fddfa710.shtml

Il diabete non è più uguale per tutti

di **Adriana Bazzi**

Gli ultimi studi hanno decretato che gli **obiettivi metabolici possono variare da persona a persona** e devono tenere conto della qualità complessiva della vita e dei potenziali effetti collaterali delle terapie. E anche gli aspetti psicologici della malattia sono considerati sempre più importanti

Con l'aumentare della sua diffusione il diabete si sta rivelando sempre più una patologia che presenta molte sfaccettature e **implicazioni sul piano psicologico e relazionale**, oltre che metabolico. E chiede, quindi, trattamenti che tengano conto delle differenze fra malato e malato

Cure davvero «personali» per chi ha la **glicemia alta**

50%

La quota di diabetici che percepisce un «distress», cioè il disagio psicologico di dover gestire una condizione che è cronica

Epidemiologia
Le previsioni degli esperti per il 2025 parlano di un aumento impressionante dei casi, soprattutto legati all'obesità

U

n anno fa il cinquantottenne attore americano Tom Hanks,

due volte premio Oscar per i film Philadelphia e Forrest Gump, ha confessato, nel salotto del David Letterman Show, di avere un diabete di tipo 2. A causa, forse, delle variazioni di peso cui è andato incontro per interpretare i diversi ruoli nei suoi film. I medici gli hanno suggerito di ritornare al peso che aveva al liceo per guarire. «Impossibile — ha scherzato lui —. A quell'epoca ero magrissimo, perciò mi rassegnò a essere diabetico».

La sua storia si aggiunge a quella dei 346 milioni di perso-

ne in tutto il mondo (52 milioni in Europa, 3 milioni in Italia) che soffrono della stessa malattia. Il diabete di tipo 2 è una vera e propria epidemia, anzi uno tsunami come l'ha definito il segretario generale dell'Onu Ban Ki-Moon. E le previsioni per il 2025 parlano di un aumento impressionante dei casi, soprattutto legati all'obesità, che potrebbero raggiungere il miliardo (sono due i tipi di diabete mellito: quello di tipo 2 che compare nell'adulto e quello di tipo 1 che colpisce invece



persone giovani: il primo rende conto del 90 per cento dei casi di malattia).

Quindi tantissime le persone colpite, ma ognuna diversa dall'altra, come sottolinea un recente articolo di *Lancet* intitolato: «Le molte facce del diabete: una malattia che rivela una sempre maggiore eterogeneità». C'è il paziente con un diabete lieve che può essere controllato con la sola dieta oppure con gli antidiabetici orali, c'è invece quello che deve ricorrere alle iniezioni di insulina anche più volte al giorno e monitorare la glicemia durante la giornata (cioè la quantità di zuccheri nel sangue che indica se la terapia funziona).

Tutti, ma in particolare questi ultimi, devono convivere con una malattia che può provocare disagio o, come dicono i ricercatori, «distress». L'impatto del diabete nella vita quotidiana è stato valutato da uno studio chiamato Dawn2 (che ha coinvolto 15 mila persone, soprattutto diabetici, ma anche i familiari e gli operatori sanitari di 17 Paesi di 4 continenti) che è stato presentato a Vienna in occasione del 50° congresso dell'Easd (European

Association for the Study of Diabetes).

«Il diabete non comporta solo il rischio di gravi complicanze a cuore, reni, occhi, quando non è tenuto adeguatamente sotto controllo — commenta Antonio Nicolucci, responsabile del Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della Fondazione Mario Negri Sud —, ma provoca, appunto, un distress che può essere definito come il peso psicologico che il malato percepisce nel dover gestire una patologia che è cronica e il proprio futuro. Nel nostro Paese un paziente su due lamenta questo disagio, legato alla gestione della cura e anche alla discriminazione di cui è oggetto. Un dato significativamente maggiore rispetto alla media europea, che si attesta attorno al 40 per cento. Tanto per fare un esempio, solo un olandese su cinque si lamenta».

I pazienti italiani intervistati nel corso dell'indagine riferiscono un impatto negativo della malattia sul benessere fisico (65 per cento) e su quello psicologico (48 per cento). In particolare pesa il dover seguire la terapia soprattutto se prevede

iniezioni di insulina e preoccupa il rischio di ipoglicemie, cioè di cali improvvisi degli zuccheri nel sangue. E il 18 per cento fra i malati presenta segni di lieve depressione.

«Con una differenza di genere a quest'ultimo proposito — continua Nicolucci —. Le donne ne soffrono di più».

Il peso della malattia ricade anche sui familiari: la metà degli intervistati si preoccupa molto per le condizioni del malato e molti si sentono frustrati perché non riescono ad aiutare il proprio congiunto e vorrebbero essere più coinvolti nella gestione delle cure.

Poi c'è il problema della discriminazione, nell'ambiente di lavoro per esempio, che segnala almeno il 19 per cento dei pazienti.

«Lo studio Dawn2 — commenta Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia — è il primo studio che pone particolare attenzione agli aspetti psicosociali della gestione del diabete e ha contribuito a modificare il modo in cui noi medici guardiamo alla malattia».

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sospetto

I dolcificanti artificiali potrebbero favorire la comparsa di un'intolleranza glucidica, l'anticamera del diabete. L'allarme arriva da una ricerca, pubblicata su *Nature*, che dimostrerebbe come i falsi zuccheri, almeno negli animali da esperimento (ma anche su volontari sani), aumentino i livelli di glicemia, attraverso un'alterazione della flora batterica intestinale.

Organi intracellulari: nuove frontiere nella lotta a tumori, diabete e Parkinson

NICOLA SIMONETTI

● Bari, capitale della ricerca. A testimoniarlo i più qualificati docenti europei, che si interessano di mitocondri, convenuti a Bari in convegno dedicato alla memoria del prof. Ernesto Quagliariello che, dei mitocondri, è stato uno dei massimi studiosi, innovatore e promotore di convegni mondali in Puglia. Nel convegno, concluso il 17 ottobre, sono stati esposti i risultati ottenuti utilizzando 13 milioni euro del progetto PON-a3 00395 bioscienze e salute.

Nell'ambito di questo progetto, che ha visto il rafforzamento infrastrutturale di 12 Dipartimenti e di un centro di eccellenza operanti nei settori delle Scienze Biologiche, Mediche e Neuroscienze, è stato svolto il «progetto di alta formazione in Bioscienze e Salute».

I vari relatori hanno dimostrato la mole enorme di studi in corso su questo organulo così importante le cui disfunzioni sono state associate a gravi malattie a livello del sistema neuromuscolare, a patologie neurodegenerative (Parkinson, Alzheimer, SLA) e malattie complesse come il diabete ed i tumori ecc. Sebbene la strada da percorrere sia ancora lunga, gli studi più recenti, discussi durante questo convegno, aprono consistenti spiragli verso interventi che mirano a curare gli effetti spesso devastanti di queste patologie.

