

La ricerca di un figlio a ogni costo? Lui ha 72 anni, lei 58: genitori di due gemelli

di SIMONA RAVIZZA

Dopo 27 anni di tentativi si è realizzato il sogno di un figlio: il papà ha 72 anni e la mamma, che ieri a Milano ha dato alla luce due gemelli, ne ha 58. Le cartelle mediche raccontano di continui tentativi dalla metà degli anni 80 fino all'ultimo impianto di embrioni in un Paese dell'Est.

ALLE PAGINE 28-29 con il commento di Anna Oliverio Ferraris

Milano Nati al Buzzi, sono un maschio e una femmina e stanno bene. La «fecondazione» in un Paese dell'Est

Mamma di due gemelli a 58 anni

Il padre è un 72enne. Stavano provando ad avere un figlio dal 1984

Parti naturali e in provetta

31 anni L'età media delle donne italiane per il primo figlio. Sotto i 29 per le straniere

1,14 **dei parti** Quelli, ogni 100 gravidanze, in cui si ricorre alla procreazione assistita

34,5 **per cento** I casi di fecondazione in vitro con impianto di embrioni

I genitori

Sono entrambi di Milano: lui è un meccanico in pensione lei un'impiegata

La tecnica

L'ovodonazione in Italia è vietata. Sempre più coppie si rivolgono a cliniche estere

MILANO — Il sogno di un figlio (a ogni costo) li ha portati ieri a diventare mamma a 58 anni e papà a 72. È successo al Buzzi, tra gli ospedali più attrezzati della Lombardia per seguire gravidanze difficili. Sono nati due gemelli: un maschio di 2 chili e una femmina di 1,8.

Mentre l'Italia s'interroga sul caso della bimba di Mirabello Monferrato sottratta ai genitori di 58 e 70 anni dopo un mese e tre giorni («per ripetuti casi di abbandono»), un'altra coppia praticamente della stessa età a Milano brinda al giorno più felice della vita. Le cartelle mediche raccon-

tano di 27 anni di tentativi, la prima fecondazione assistita provata a metà degli anni Ottanta, cure di ormoni ed ecografie accompagnate da speranze e delusioni. E, infine, il desiderio realizzato grazie all'ultimo fortunato impianto di embrioni in un Paese dell'Est.

È una storia senza Vip: non c'è la rockstar Gianna Nannini madre a 54 anni e neppure la donna in carriera che ha ritardato la maternità senza fare i conti con l'orologio biologico. Qui ci sono un'impiegata e un meccanico in pensione che non si sono mai arresi davanti alle difficoltà di diventare genitori. I due hanno sfidato la legge, si sono spinti fuori dall'Italia, dove sono vietate tecniche di fecondazione assistita di questo tipo: la donazione di ovuli da parte di un'estranea è stata l'unica chance per avere figli.

È stata una lotta fino all'ultimo, anche contro il pericolo

di un parto prematuro. Per non rischiare di dare alla luce i bambini con troppo anticipo, la futura madre è rimasta ricoverata a letto per settimane. Senza mai avere un ripensamento per quell'ovodonazione andata a buon fine oltre ogni tempo massimo per una maternità naturale. In ultimo, per non rischiare di mettere in pericolo né la vita della donna né quella dei bambini, i ginecologi del Buzzi hanno deciso di anticipare il parto di sette settimane.

Moglie e marito ieri mattina sono entrati in sala operatoria insieme, l'attesa durata 27 anni è finita con un taglio cesareo e i vagiti dei due neonati. I gemelli sono venuti al mondo alla 33ª settimana e stanno bene. Al contrario di numerosi bambini nati pretermine non hanno avuto neppure bisogno della ventilazione artificiale. I genitori li hanno abbracciati tra lacrime di gioia e commozione.



Maternità in menopausa, fino a ieri impensabili, oggi ricercate con ostinazione. È una sfida (egoistica) al destino oppure una dimostrazione di coraggio nell'inseguire il proprio sogno di felicità? In Italia partorire oltre i 30 è diventato ormai la normalità: l'età media al primo figlio delle madri italiane è di 31 anni (il 65% delle mamme ha tra i 30 e i 39 anni). Anche attrici come Monica Bellucci, Julia Roberts e Nicole Kidman hanno contribuito, poi, a sdoganare i figli messi al mondo superati i 40. E, con la Nannini e Heather Parisi, hanno fatto discutere le maternità over 50.

Ora la cronaca racconta di gravidanze che infrangono le barriere biologiche, con madri 60enni. La prima è stata Liliana Cantadori, che nel 1993 ha dato alla luce un figlio a 63 anni. Ma adesso nel giro di una sola settimana ci troviamo di fronte a tre casi. I genitori (disperati) di Mirabello Monferrato accusati di essere troppo anziani, quelli felici di Milano e la coppia di medici di Salerno. Lì, pochi giorni fa, Silvana Sofia, 57 anni, ha partorito due gemelline al San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona. Sono Karola Pia (2 chili) e Adriana Cristina (1 chilo e 360 grammi), hanno bisogno di assistenza respiratoria, la più piccola è in terapia intensiva.

A Milano ostetriche e infermieri non si lasciano sfuggire commenti, tranne uno: «Abbiamo avuto davanti agli occhi l'immagine di una grandissima felicità».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

Il medico**«Negli occhi dei genitori ho visto la felicità»**

MILANO — «Come medico conosco le difficoltà che la coppia di neogenitori ha affrontato per avere figli. Sicuramente i problemi non sono finiti. Come uomo, però, ieri ho visto solo la loro felicità». Così Enrico Ferrazzi, primario di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Buzzi di Milano, 3.700 parti in un anno e ieri la nascita di due gemelli con la mamma di 58 anni e il papà di 72.

È un parto, però, che suscita numerose perplessità dal punto di vista etico e anche pratico.

«Lo capisco, sono le stesse che abbiamo avuto noi medici quando ci siamo trovati davanti al caso. Ma, poi, i dubbi sono stati superati quando abbiamo conosciuto meglio i genitori». **Siete stati contagiati dalla felicità dei neogenitori?**

«Ci è venuto spontaneo dare loro aiuto e assistenza, sospendendo il giudizio».

S. Rav.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La psicologa

Le difficoltà di quei bimbi

La crescita

Il periodo più critico sarà con l'arrivo dell'adolescenza quando potrebbero anche vergognarsi

di ANNA OLIVERIO FERRARIS

All'inizio della vita di questi bambini il problema principale lo avranno i genitori.

Rispetto a quelli giovani avranno difficoltà nei movimenti e rischiano di stancarsi più facilmente. Saranno meno disponibili a seguirli nelle loro attività quotidiane. Nella tenera età i bimbi vogliono muoversi di continuo. Invece, i figli potrebbero iniziare ad avvertire problemi appena frequenteranno la scuola e paragoneranno i loro genitori con quelli degli altri compagni. Potrebbero «vergognarsi» di averli anziani.

Le difficoltà maggiori potrebbero presentarsi, però, nell'età dell'adolescenza perché il divario di mentalità si farà più pesante. È davvero difficile seguire un ragazzo per genitori anziani che tendono a dimenticare quella fase ormai lontana della propria vita. Genitori giovani, di converso, sono molto più «vicini» alla «vita» di un giovane e la distanza anagrafica emerge meno. Certamente, tutto può essere rimediato con la comprensione e l'affetto. Però, si parte con degli handicap che richiedono un impegno superiore da parte dei genitori anziani. E poi non si valuta il rischio di poter morire lasciando il figlio in una fase della vita in cui la presenza di una figura paterna e materna è ancora importante. Se c'è una famiglia giovane alle spalle che fa da supporto può essere superato, ma se i parenti hanno la stessa età dei genitori il problema si ripropone.

Altra difficoltà per un figlio con genitori anziani è che questi tendono a essere troppo protettivi. Hanno paura per aver vissuto tante situazioni di pericolo e potrebbero trasmettere ansie eccessive. Non ci sono regole fisse e immutabili e ogni caso è diverso dall'altro. Ad esempio, un parto gemellare richiede ancora più energie. O si fanno aiutare moltissimo o è difficile farcela. Per esempio, in questo caso, per il padre che ha varcato i 70 anni ci sono gli acciacchi inevitabili da superare e avere una serie di preoccupazioni da genitore giovane è dispendioso mentalmente. I ginecologi dovrebbero farsi l'esame di coscienza con persone così anziane. Gli faccio il mio in bocca al lupo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ministero Salute

Per gli enti della sanità tagli in arrivo

■ Arrivano tagli a personale e consulenze, risparmi di spesa e riorganizzazione funzionale per Istituto superiore di sanità (Iss), Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), Istituti zooprofilattici sperimentali (Izs) e Lega italiana per la lotta ai tumori.

Il riordino degli «Enti vigilati dal ministero della Salute» è contenuto in uno schema di decreto legislativo approvato ieri in prima lettura dal Consiglio dei ministri e che dovrà ottenere i pareri di conferenza Unificata e commissioni parlamentari prima del via libera definitivo. Ma i tempi sono stretti: la delega scade il 20 novembre e solo se il provvedimento approderà alle commissioni parlamentari entro questo termine ci sarà una proroga di due mesi (24 gennaio 2012).

Il risparmio di spesa previsto per l'Iss è di 300mila euro con l'unificazione e la riduzione di almeno il 30% delle strutture di livello dirigenziale, tagli al personale e agli esperti che non potranno essere più di sei. Il consiglio di amministrazione passerà da otto a quattro membri e il co-

mitato scientifico da 18 a sette membri.

Per l'Agenas è prevista una rimodulazione della pianta organica in funzione dei suoi nuovi compiti, primo tra tutti quello dell'Educazione medica continua. Il risparmio di spesa è del 30% del budget (280mila euro) e anche qui si ridurranno gli esperti da dieci a sette. Ma per il supporto tecnico alle Regioni con piani di rientro, l'Agenas potrà reclutare fino a 30 collaboratori a progetto con contratti biennali rinnovabili una sola volta.

Per gli Izs è previsto il coordinamento con le ex facoltà di medicina veterinaria e le altre strutture del Ssn. Il personale potrà insegnare nei corsi di laurea in veterinaria, scuole di specializzazione e dottorati di ricerca.

Infine la Lega italiana per la lotta contro i tumori: sono soppressi comitato scientifico, collegio dei probiviri e comitati regionali per un risparmio di 280mila euro. Il consiglio direttivo sarà di soli cinque membri e il risparmio relativo di 21.854 euro.

P.D.Bu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

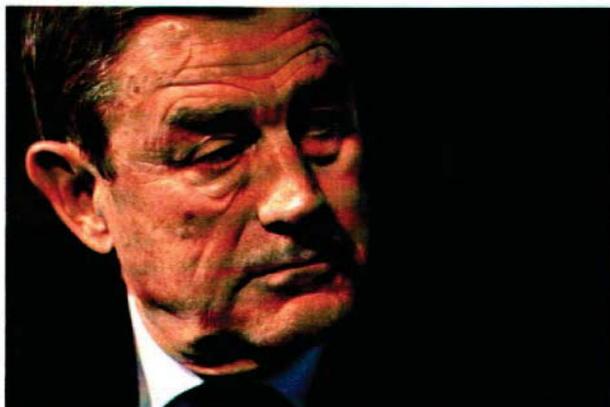


Attualità SANITÀ / DOPO I TAGLI

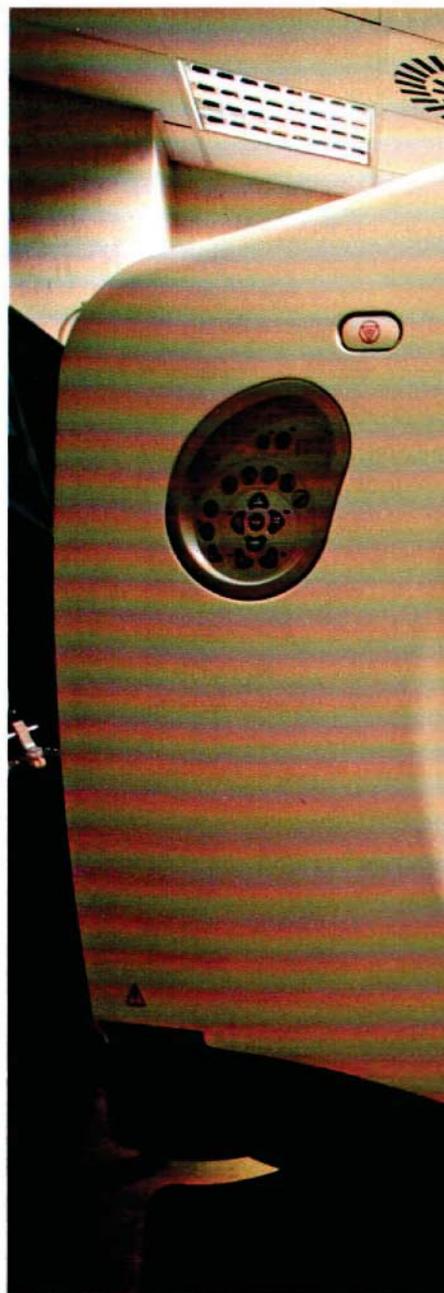
LA GUERRA DEI DOPPI OSPEDALI

Il caso Liguria: due centri a 12 km. Con costi che lievitano per pressioni politiche. Ma va così in mezza Italia

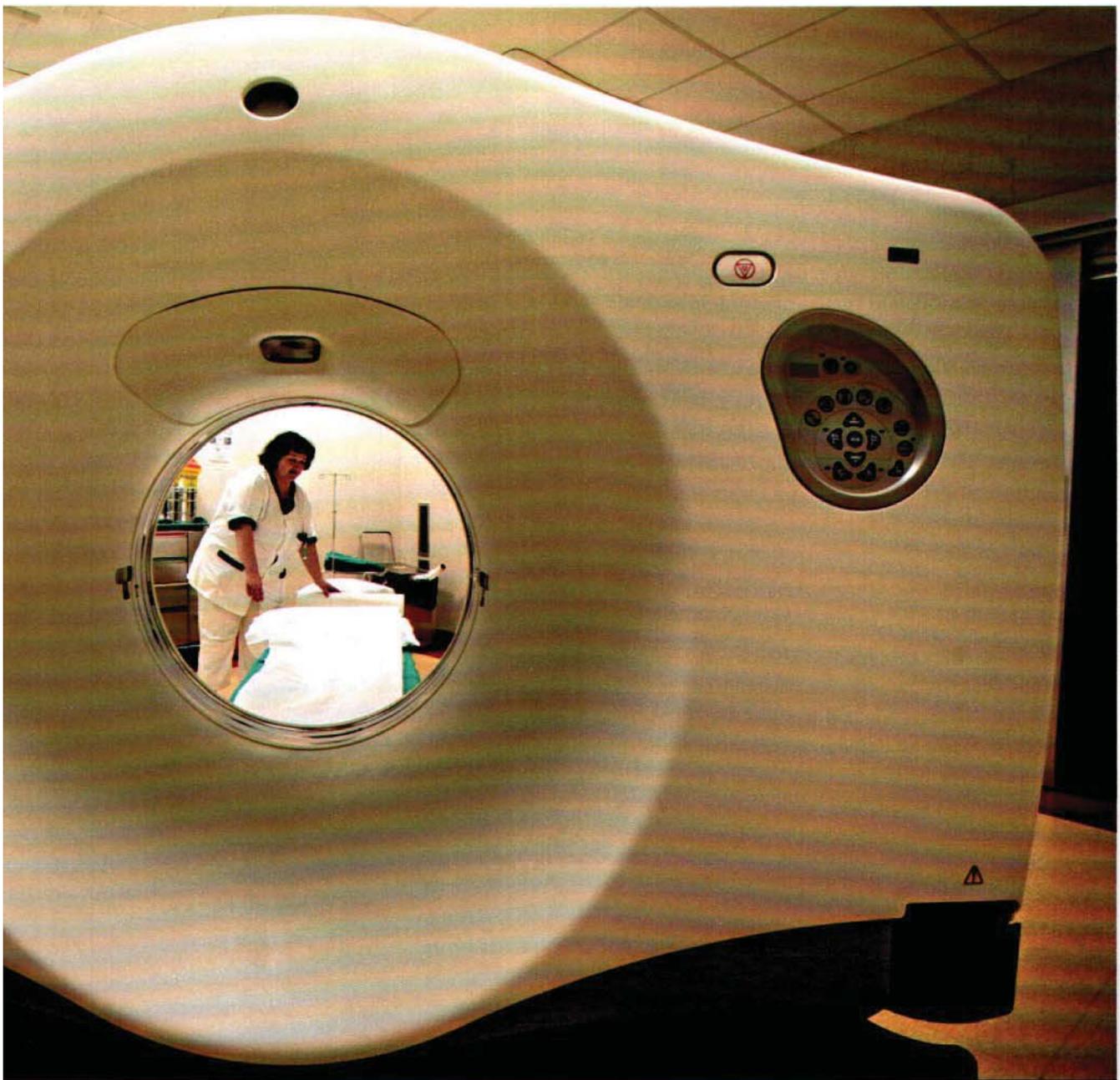
DI MARCO LIGNANA - FOTO DI MICHELE D'OTTAVIO PER L'ESPRESSO



IL MINISTRO DELLA SALUTE
FERRUCCIO FAZIO. IN ALTO:
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
ALL'OSPEDALE DI ALBENGA



Il pilota di Formula Uno Robert Kubica si schianta durante un rally vicino ad Andora lo scorso febbraio. L'elicottero del soccorso arriva presto. I medici fanno fatica a estrarre il corpo, avvolto dalle lamiere di una Skoda ormai distrutta. Appena riescono a tirarlo fuori, volano a una trentina di chilometri di distanza. Superano l'ospedale Nostra Signora di Misericordia di Albenga e atterrano sull'eliporto del Santa Corona di Pietra Ligure. Il pilota è svenuto; tendini, muscoli e nervi del braccio destro sono dilaniati. L'intervento dura sette ore, in sala operatoria



due squadre di chirurghi si alternano senza pausa. Ricostruiscono tutto, dalla spalla al polso. Due mesi e mezzo dopo Kubica lascia il Santa Corona per iniziare una lunga riabilitazione, che forse gli permetterà di correre ancora. Il manager del campione, Daniele Morelli, non risparmia lodi: «Non dimenticheremo mai l'aiuto e il sostegno che qui a Pietra ci hanno dato. Robert sarà ambasciatore internazionale di questo ospedale».

A chiunque conosca questa fetta d'Italia intorno al savonese, in estate affollata di piemontesi e lombardi in ferie, la corsa a Pietra Ligure è persa l'unica soluzione pos-

sibile. Perché tutti i casi più disperati, dal confine francese alla provincia di Savona, finiscono lì. Dove c'è un Trauma Center di assoluta avanguardia. Non dovrebbe nemmeno esistere competizione con il pur moderno e pulito, ma piccolo ospedale di Albenga. Eppure fra le due strutture, distanti la miseria di 12 chilometri e 20 minuti di macchina, è in atto una guerra infinita. Una delle tante faide di campanile scatenate in tutta la Penisola dall'esigenza di razionalizzare la rete ospedaliera, aggravata oggi dai tagli alla sanità, una scure che dalla Sicilia al Veneto sta radendo al suolo 200 ospedali giudicati minori o am-

putandone alcuni reparti. E ha acceso la mobilitazione di comitati civici, padrini politici e medici più o meno di rango, pronti a difendere il loro nosocomio con motivazioni più o meno fondate. Proteste a volte clamorose, come le donne scese in piazza con il pancione a Domodossola per difendere la locale maternità o la folla di Torre del Greco che è arrivata a bloccare l'autostrada Salerno-Reggio Calabria per tutelare il nosocomio campano.

Ma il conflitto che oppone Albenga a Pietra Ligure è una vicenda che permette di leggere in filigrana la commedia degli equivoci e delle malafedi che va in scena in ▶

Attualità

In 160 sotto la scure

Con il rigore imposto dai Piani di rientro, la necessità di riorganizzare una rete ospedaliera sorta senza pianificazione e, ora, con l'ulteriore stangata imposta dalle manovre economiche, la sorte è segnata per 160 piccoli ospedali. Spesso monumenti all'inefficienza, ma a volte gli unici presidi sanitari in territori disagiati, sono oggetto di battaglie locali feroci. Eccole.

ABRUZZO. Sei piccoli ospedali sono in fase di trasformazione in Presidi Territoriali di Assistenza, super-ambulatori che offrono assistenza medica e infermieristica, attività ambulatoriale specialistica, prelievi e servizi di diagnostica. I cittadini protestano spalleggiati dall'opposizione al governatore di centrodestra Gianni Chiodi, in particolare mettendo l'accento sul fatto che in una regione montuosa con distanze importanti tra i piccoli paesi di montagna e i centri urbani e una pessima viabilità, i piccoli ospedali sono indispensabili. Ma gli interventi cominciano a produrre frutti e la sanità abruzzese si avvia più velocemente del previsto verso il risanamento economico, con i complimenti dello stesso ministro della Salute Ferruccio Fazio.

PUGLIA. Una cura da cavallo quella messa in atto dalla giunta Vendola. Venti piccoli ospedali interessati, 17 dei quali da disattivare. Finora, questo intervento (insieme agli altri previsti dal Piano di rientro) ha consentito di evitare il commissariamento della sanità, ma l'opposizione, anche all'interno della giunta Vendola, è tale che lo scorso aprile una legge regionale ha disposto un parziale salvataggio dei piccoli ospedali chiusi. Sarà possibile riconvertirli in residenze sanitarie assistenziali, strutture per la riabilitazione o hospice, nel rispetto dei vincoli di bilancio.

LAZIO. Per 26 piccoli ospedali è prevista la soppressione o il minimo mantenimento dell'attività per acuti. Si tratterebbe di super-ambulatori che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare nelle aree della cardiologia, pneumologia, diabetologia e geriatria. La giunta Polverini non può farne a meno, con oltre 2 mila miliardi di deficit l'alternativa sarebbe una nuova tassazione ad hoc, ma i laziali hanno già l'imposizione regionale più alta d'Italia e la governatrice è fermamente decisa a non aggiungere nemmeno un euro. Perciò è nel guado: le si stanno ribellando proprio i territori trazionale bacino elettorale del centrodestra.

PIEMONTE. Il Piano prevedeva per circa 30 strutture l'esclusione dal sistema dell'emergenza-urgenza o un loro declassamento a Punti di primo intervento, cioè pronto soccorso leggeri con il compito di stabilizzare il paziente e trasferirlo nel centro più idoneo. Un'altra decina di strutture conserverà il Ps, ma per i casi meno complessi.

Ma il governatore Cota ha più volte ripetuto che, mentre la sinistra voleva chiudere i piccoli ospedali, lui non lo avrebbe mai fatto. La Lega preferisce dire che saranno «inseriti in una rete dove si individua chiaramente chi fa che cosa». Il che significa mantenerli in vita.

SICILIA. Mentre restano stabilmente accreditate 1.500 strutture private, 30 ospedali sono in fase di dismissione (5) o riconversione (25) in Presidi Territoriali di Assistenza.

LIGURIA. È la prima regione ad essere riuscita a mettere in sesto i conti: una decina di piccoli ospedali hanno visto ridotte all'osso le proprie funzioni, il più delle volte in un'ottica di accorpamento delle aziende sanitarie e di specializzazione delle singole strutture. Ma il Consiglio regionale ha approvato una proposta di ulteriore ridimensionamento della rete che coinvolgerà circa 50 reparti. **Antonino Michienzi**

molte zone del Paese. Perché quello di Albenga è un ospedale nuovo di zecca, inaugurato solo tre anni fa, costato oltre 50 milioni di euro e voluto dal vecchio asse di potere regionale che univa il ministro Claudio Scajola al governatore Sandro Biasotti. Il tutto nonostante si trovasse a una manciata di chilometri - collegati da un'autostrada, una statale e una linea ferroviaria - dal munitissimo centro di Pietra Ligure. Appena un anno dopo l'apertura, è arrivato l'ordine di ridimensionarlo. Colpa del taglio di 142 milioni al fondo sanitario regionale nel biennio 2010-2011. Troppi soldi vengono così a mancare, in questa Liguria che nel ca-

pitolo "salute" ha conti in bilico. L'attuale giunta di centrosinistra guidata da Claudio Burlando ha cominciato la caccia ai risparmi. Ecco allora il primo passo, pensano il governatore e l'assessore alla sanità Claudio Montaldo: declassare il pronto soccorso di Albenga a punto di primo intervento. Il ragionamento pare logico: visto che i pazienti più gravi, come Kubica, già oggi finiscono a Pietra Ligure, tanto vale depotenziare il vicino pronto soccorso del Santa Misericordia, che come punto di primo intervento non avrebbe bisogno di medici specializzati, anestesisti e addetti alla diagnostica reperibili 24 ore su 24. Figure, tra



ROSY GUARNIERI, SINDACO DI ALBENGA.
A DESTRA, L'ATRIO DELL'OSPEDALE

A PIETRA LIGURE IL GRANDE OSPEDALE È PUNTO DI RIFERIMENTO DEL PONENTE. MA HANNO COSTRUITO UN DOPPIONE, A ALBENGA

l'altro, carenti ad Albenga. In realtà questa trasformazione è solo l'inizio di una riorganizzazione generale che vorrebbe trasformare radicalmente le due realtà, oggi unite sul piano amministrativo nel Presidio ospedaliero di Albenga - Pietra Ligure.

In Regione però non hanno fatto i conti con la reazione del territorio. L'agguerrita sindaco leghista di Albenga Rosy Guarnieri ha riunito i primi cittadini di altri 20 piccoli comuni del circondario e ha bloccato tutto fino all'autunno. Nessuno vuole dispiacere il proprio elettorato, né veder sparire personale dal proprio ospedale: la riorganizzazione sanitaria è diventata subito lotta di campanile. E intorno alla rivolta dei sindaci si è cementata una maggioranza trasversale forte del sostegno dei consiglieri regionali di centrosinistra eletti a Savona, Nino Miceli del Partito democratico e Stefano Quaini dell'Italia dei Valori. Tanto che la maggioranza di Burlando ha deciso di rinviare il provvedimento, usando come scusa l'emergenza estiva che decuplica il numero dei residenti. Ma in spiaggia gli ombrelloni non ci sono più mentre i due ospedali stanno lì, a 20 minuti l'uno dall'altro. Oltre al pronto soccorso, i reparti fotocopia sono tanti.

Quando nel 2003 si decise di far nascere il Santa Misericordia, o meglio di ricostruirlo da zero alle porte di Albenga (25 mila abitanti, il secondo Comune per ▶



A ogni paesino il suo padrino



LIGURIA

Claudio Scajola, in occasione della posa della prima pietra del Santa Misericordia di Albenga, disse: «Qui è stata fatta una scelta intelligente, non ci saranno dopploni né sprechi di risorse».



PIEMONTE

Non faremo come la sinistra, non chiuderemo i piccoli ospedali, ma li inseriremo in una rete dove si individua chiaramente chi fa che cosa: parola del presidente Roberto Cota.



LAZIO

Si sono scomodati anche big del Pd: il vice presidente del Senato Vannino Chiti, intervenuto in difesa dell'ospedale di Monterotondo e il deputato Ugo Sposetti (foto) contro la chiusura di Acquapendente



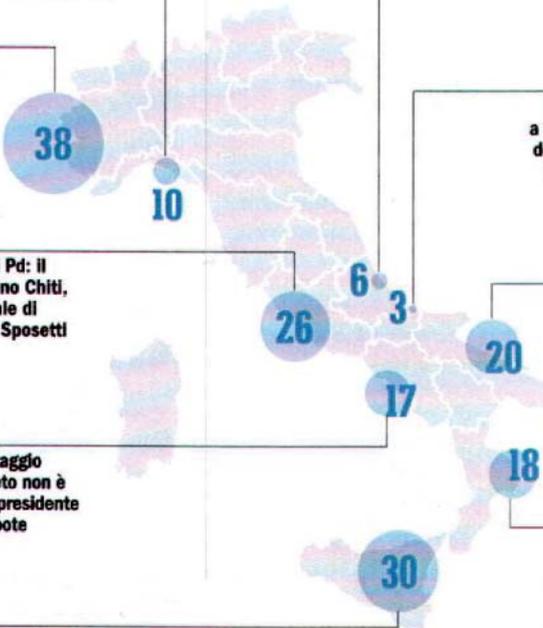
CAMPANIA

Ha promesso un decreto di salvataggio dell'ospedale di Bisaccia. Il decreto non è arrivato e Giuseppe De Mita, vicepresidente Pdl della Regione Campania e nipote di Ciriaco si è arrabbiato



SICILIA

A difesa dell'ospedale di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina) è sceso il Responsabile Domenico Scillipoti (foto). «Dobbiamo evitare un danno enorme al loro sacrosanto diritto all'assistenza»



Numero di ospedali da chiudere



ABRUZZO

È «la più pesante discriminazione dell'Abruzzo interno negli ultimi decenni». Così il senatore Pd Giovanni Legnini in campo per l'ospedale di Gissi



MOLISE

I piccoli ospedali «sono stati, fino a oggi, la salvezza per le popolazioni dell'entroterra», ha affermato Paolo Palomba, consigliere regionale Idv



PUGLIA

Concordi il deputato Pd Michele Bordo, intervenuto in difesa degli ospedali di Manfredonia e San Marco in Lamis, e il collega di partito, capogruppo alla regione, Antonio Decaro (foto)



CALABRIA

Ha affidato a un'interrogazione al ministro della Salute la sua preoccupazione per i tagli agli ospedali di montagna Il deputato Idv Antonio Palagiano

a cura di Antonino Michienzi

Fonte: nostra elaborazione su piani di rientro regionali

Attualità

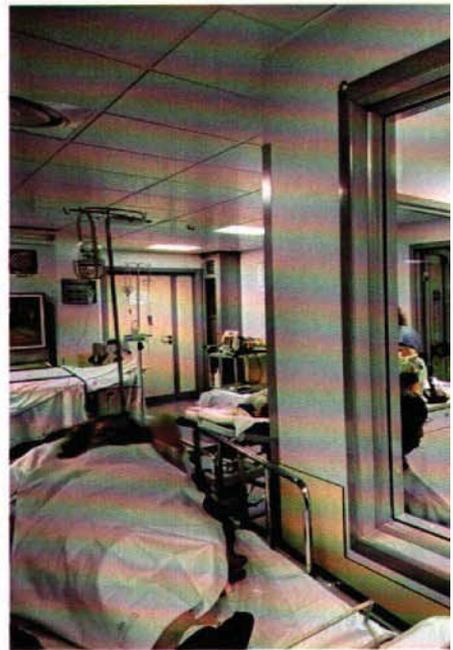
SPESI 50 MILIONI PER UN SUPERNOSOCOMIO INUTILE. MA VOLUTO DA SCAJOLA. E DOPO SOLI TRE ANNI DOVREBBE GIÀ ANDARE IN PENSIONE

popolazione nella provincia di Savona), più voci fecero presente l'inutilità di creare un duplicato del più dotato polo di Pietra. Ma Scajola e Biasotti andarono avanti, fino all'inaugurazione solenne dell'ottobre 2008.

Secondo gli ultimi dati diffusi dalla Asl locale (risalenti a luglio 2009), nei suoi moderni cinque piani, Albenga conta 123 posti letto più altri 34 posti "tecnici". È vero che negli anni scorsi tanti ortopedici

di fama si sono spostati in Piemonte e Lombardia, e che i cittadini li hanno seguiti, ma oggi la Regione ha fatto in modo che i medici rientrassero ad Albenga e conta che i pazienti li seguiranno a ruota. Non solo: il Santa Misericordia ha un costoso reparto di rianimazione 24 ore su 24 appena entrato in funzione. Secondo la Guarnieri, insomma, ha addirittura le cariche in regola per diventare l'ospedale unico del Ponente ligure.

Peccato che a 12 chilometri di distanza, percorribili su due strade diverse (autostrada A10 e via Aurelia) o con il treno, c'è il Santa Corona. Che è un grande ospedale, "hub" nel linguaggio tecnico che ricalca quello aeroportuale, con tutti i pregi e i difetti della vecchia impostazione fatta di padiglioni. Alcuni vecchi, sporchi e fatiscenti. È però l'unico in tutta la Liguria, insieme al San Martino di Genova, ad avere il massimo di attrezzature e personale che un



pronto soccorso possa offrire. E non solo: al Santa Corona oltre al Trauma Center c'è un moderno reparto di Malattie infettive e ortopedia settica (si occupa anche di infezioni causate da protesi), unico insieme all'ospedale pediatrico Gaslini di Genova capace di attirare il 50 per cento dei suoi pazienti da fuori regione. C'è il centro di neuroscienze, la medicina nucleare, la chirurgia vertebrale e l'unità spinale unipolare, dove vanno a fare la riabilitazione le perso-



Ignazio Marino

DIECI MOSSE PER ELIMINARE GLI SPRECHI

Per mantenere la qualità del nostro servizio pubblico è necessario intervenire con urgenza sui punti deboli perché senza interventi il sistema non si regge e in pochi decenni si arriverà a una sanità all'americana, basata sul censo: chi è più abbiente avrà assistenza tempestiva e cure all'avanguardia, tutti gli altri potranno solo sperare di non ammalarsi mai. Queste le priorità:

1. Chiudere tutti gli ospedali con meno di cento posti letto, iniziando da quelli sprovvisti di un servizio attivo H24 di anestesia e rianimazione. I piccoli ospedali non sono preparati per fare fronte alle emergenze, non sono sicuri per i pazienti, eppure sono costosissimi. Andrebbero sostituiti con una rete di soccorso stradale e di elisoccorso che risponda con interventi efficaci e rapidi. Inoltre, serve concentrare le competenze ultraspecialistiche nei grandi ospedali e realizzare tra questi una

collaborazione per affrontare tutte le urgenze delle vaste aree metropolitane. Ad esempio a Parigi un solo ospedale alla volta è di turno per le urgenze neurochirurgiche.

2. Incentivare la medicina di gruppo per i medici di medicina generale, con ambulatori tecnologicamente attrezzati, aperti dodici ore al giorno, sei giorni a settimana. I medici non sarebbero più solo dei prescrittori di ricette ma tornerebbero a svolgere un ruolo centrale. Diminuirebbe il ricorso al Pronto Soccorso e i costi generali degli interventi medici. I pazienti sarebbero più felici di essere assistiti per una colica renale in tempi rapidi e da un volto amico, piuttosto che essere abbandonati per ore su una sedia di una sala d'attesa di un Ps.

3. Eliminare reparti ospedaliери inutili e dopploni spesso creati per affidare un incarico a un nuovo primario più che per reali esigenze organizzative. Vanno chiusi

e accorpati quei reparti, costosi e inutili, in cui l'attività è minima, come per esempio i centri trapianto che non eseguono almeno 50 trapianti l'anno

o le strutture di emodinamica non attive H24. L'infarto non colpisce solo dalle nove alle diciassette dal lunedì al venerdì, mentre queste strutture costano somme enormi anche di notte e nei weekend, quando sono chiuse.

4. Sanzionare economicamente gli ospedali che ricoverano con anticipo i pazienti per gli interventi programmati.

I pazienti, infatti, rimangono spesso in ospedale per giorni senza motivo, in attesa di essere operati. Ogni giorno di ricovero non necessario costa circa mille euro e in Italia il tempo passato inutilmente in ospedale prima di un intervento chirurgico programmato va da un minimo di 0,7 giorni (Marche e Friuli-Venezia Giulia) a un massimo di oltre due giorni (Lazio e Molise).

5. Applicare la legge sull'attività libero-professionale per ridurre le liste d'attesa e obbligare i medici a eseguire nel privato



SOPRA E A SINISTRA: INGRESSO E DEGENZA DELL'OSPEDALE DI PIETRA LIGURE. NELLA PAGINA ACCANTO: IL GOVERNATORE DELLA LIGURIA CLAUDIO BURLANDO

ne con lesioni del midollo spinale. Sempre secondo i dati 2009 della Asl, conta 512 posti letto più 18 posti tecnici, oltre quattro volte il Santa Misericordia.

Insomma i due ospedali sono imparagonabili e la giunta Burlando ha scoperto le carte. Il Santa Corona dovrà diventare centro di emergenza/urgenza e allo stesso tempo punto di riferimento per interventi iper specializzati. Il Santa Misericordia sede per medici di base e opera-

Foto: L. Mistrulli - Imagoeconomica

zioni cosiddette d'elezione, cioè programmate. Prima tappa, il declassamento del pronto soccorso di Albenga. Dove, peraltro, il 25 per cento dei pazienti soccorsi è da codice bianco.

La lotta per il territorio, però, rischia di mandare tutto in fumo. Da una parte il sindaco leghista di Albenga e i piccoli, fedelissimi alleati, dall'altra la giunta regionale di sinistra alle prese con una misura fra le più impopolari. Non a caso l'Idv in Regione non vuole votare a favore del declassamento, oltre a tutta l'opposizione. In mezzo al guado il sindaco di Pietra Ligure (lista civica con maggio-

ranza di centrodestra) Luigi De Vincenzi, attento a difendere la posizione di vantaggio. Poi Franco Bonanni, direttore generale prima e ora commissario straordinario dell'influente agenzia regionale sanitaria della Liguria, ma anche ex direttore della Asl di Savona. E in mezzo gli interessi in termini di poltrone, posti da primario, dipendenti e forniture: insomma, una bella quantità di voti. Tanto che adesso la partita a scacchi tra gli schieramenti potrebbe chiudersi con lo stallo. I due ospedali fotocopia, seppur su scala ridotta, continuano ad andare avanti come al solito. ■

un numero di visite non superiore a quelle che svolgono nel pubblico. Al tempo stesso serve proibire la fatturazione separata, come avviene molto spesso oggi, e affidarla invece alla Asl. Tutti i medici, tecnici e infermieri dovrebbero avere la possibilità di svolgere la libera-professione, ma all'interno dell'ospedale e al di fuori dell'orario di servizio.

6. Intervenire su servizi che non trovano giustificazione terapeutica reale, per esempio, rimborsando i parti cesarei con la stessa cifra del vaginali. Con questa misura diminuirebbe la percentuale di cesarei che oggi, in alcune regioni, arrivano anche a superare il 50 per cento del totale dei parti. Al risparmio si aggiungerebbe una maggiore qualità nell'assistenza al parto.

7. Serve istituire agenzie regionali per gli acquisti del materiale di consumo da utilizzare negli ospedali e nelle strutture accreditate con il Ssn. Le agenzie dovrebbero avallarsi del supporto delle società scientifiche per la scelta del materiale migliore, scongiurando anche il rischio di conflitti d'interesse tra i produttori

e i medici. Anche sul versante delle assicurazioni è necessario intervenire: un ospedale di 600 posti letto arriva a spendere tre milioni l'anno di polizza assicurativa, gare regionali accentrate per l'assicurazione comporterebbe enormi risparmi.

8. Sostenere l'adeguamento tecnologico della sanità con la telemedicina e il teleconsulto per i medici di famiglia in modo da rinforzare l'assistenza sul territorio, aumentare la sicurezza dei pazienti e ridurre spostamenti e costi. La tecnologia dovrebbe essere utilizzata anche per il risparmio energetico, rendendo obbligatorie per i grandi complessi ospedalieri l'utilizzo di centrali di cogenerazione (energia elettrica e termica) e l'incentivazione dell'uso del fotovoltaico, dell'eolico e delle biomasse.

9. Contenere la crescita dei costi dei farmaci innovativi, con più rigore nell'autorizzazione all'entrata in commercio e monitorando l'efficacia delle nuove molecole. Si calcola che il 70 per cento dei farmaci cosiddetti innovativi

non siano in realtà tali. Per esempio, per curare un'infezione comune come quella per lo stafilococco aureo, esistono terapie tradizionali basate su farmaci generici che costano meno di dieci euro per l'intero



trattamento e altre che costano più di mille euro. Non può essere la novità a guidare la scelta dei medici ma l'efficacia del farmaco, l'indicazione clinica e il suo costo.

10. Rilanciare la medicina preventiva con lo scopo di evitare le malattie a elevato costo economico e sociale (cardiovascolari, tumorali, odontoiatriche). Serve l'insegnamento, anche nelle scuole, degli stili di vita sani che contribuiscono a evitare di incorrere in malattie gravi e spesso croniche.

WikiLeaks

Esclusivo

La lobby dei farmaci Usa

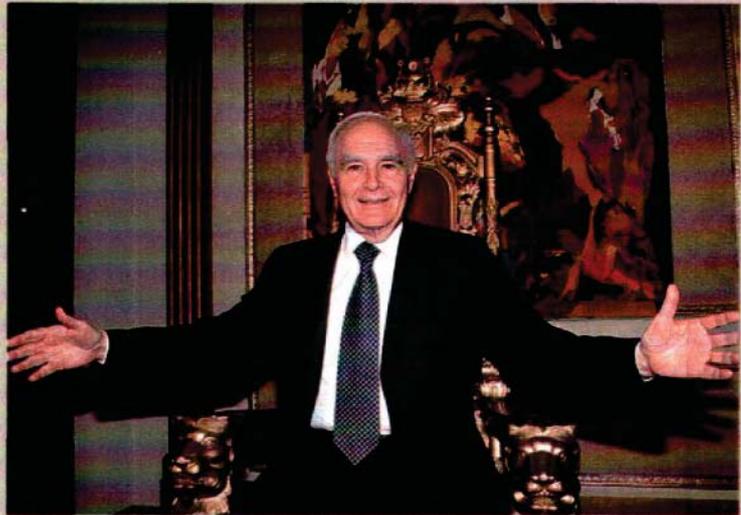
La missione da Sirchia dell'inviato del governo americano. Che scrive: l'Italia è l'unico paese dove le aziende possono avere «contatti utili» con il ministero

DI STEFANIA MAURIZI

Che tipo di pressioni esercitano le aziende farmaceutiche sul governo italiano? Un cablo di WikiLeaks permette di rivelare gli approcci "dietro le quinte" del gigante americano Eli Lilly, che fabbrica medicinali "best seller" come l'insulina (un salvavita), il Cialis, rivale del Viagra, e l'antipsicotico Zyprexa, finito nel 2007 al centro di una causa miliardaria intentata da oltre 28 mila pazienti statunitensi.

È il giugno del 2004, al governo c'è Berlusconi e ministro della Sanità è Girolamo Sirchia, poi coinvolto in alcuni procedimenti per corruzione: processi chiusi con l'assoluzione o la prescrizione. Per incontrare lui e gli altri rappresentanti dell'esecutivo, gli Usa inviano a Roma il vicesegretario per il Commercio, Eric Stewart. Scopo della missione sono i prezzi dei farmaci e della tutela della proprietà intellettuale ossia dei copyright, la parola magica che garantisce il mercato e gli interessi di aziende come quelle che producono medicine e software.

Nella sua ricognizione, Stewart si vede con i vertici della Eli Lilly, che in Italia è presente con uno stabilimento a Sesto Fiorentino. I manager della multinazionale raccontano che «come altre imprese farmaceutiche Usa, la Lilly vorrebbe incrementare il suo dialogo con il governo italiano. Sebbene incontri regolarmente il ministero della Sanità, Eli Lilly ritiene necessario anche il contatto con il ministero dell'Economia e delle Finanze». I fattori di insoddisfazione per l'azienda in Italia sono numerosi: un regime fiscale sfavorevole, il rigido controllo dei prezzi dei farmaci «che limitano la capacità dell'azienda di reinvestire i proventi in ricerca e sviluppo e innovazione»; il fatto che i farmaci generici, che permetterebbero di tagliare i costi, non siano così popolari come in America. Stewart replica che l'Associazione delle aziende farmaceutiche americane «continua a esplorare insieme al governo degli Stati Uniti la possibilità di stabilire un gruppo bilaterale di lavoro che affronti questi problemi. Poi concorda di discutere con il governo italiano le preoccupazioni dell'industria». Infine incoraggia Eli Lilly «a impegnarsi con il Ministero della Sanità, notando che in molti altri paesi europei, tali contatti positivi con il ministero non sono possibili». Cosa intende dire? Perché nel resto d'Europa i responsabili della Sanità non permetterebbero «contatti positivi» con i fabbricanti di pillole?



GIROLAMO SIRCHIA, MINISTRO DELLA SANITÀ DEL VECCHIO GOVERNO BERLUSCONI

le? Il cable non fornisce spiegazioni sulla particolarità italiana.

L'inviato americano non incontra solo i vertici della Lilly, ma ha un appuntamento anche con Mauro Masi, l'ex direttore generale della Rai che allora si occupava di proprietà intellettuale. Nello spiegare perché in Italia la tutela di copyright e brevetti langue, Masi racconta che, sostanzialmente il problema è la magistratura: «L'indipendenza sistemica dei giudici è all'origine delle poche sentenze» per la violazione della proprietà intellettuale. Quanto alla preoccupazione degli americani per il limitato accesso delle aziende farmaceutiche alle agenzie governative, a parte il ministero della Sanità, Masi si mette a disposizione, dicendo, che lui «può essere contattato direttamente dalle imprese preoccupate e cercherà di facilitare il loro accesso agli altri ministeri», perché «è sensibile all'interesse delle aziende americane che investono in Italia».

www.espressonline.it

Prosegue la pubblicazione dei documenti originali ottenuti da WikiLeaks con le rivelazioni sulla lobby dei farmaci statunitensi. Un database esclusivo de l'Espresso e la Repubblica

Visti da lontano

di Massimo Gaggi



Emergenze sanitarie Le malattie «da ricchi»

**L'Onu avverte:
più pericolose
le patologie non
trasmissibili
che l'Aids**

Cambiano le priorità sanitarie del mondo: meno attenzione per l'Aids (malattia che si comincia a pensare di poter tenere sotto controllo) e per le «patologie africane» (dissenteria, tubercolosi, malaria), mentre la nuova emergenza è quella delle malattie non trasmissibili, legate allo stile di vita: diabete (spesso dovuto all'obesità), patologie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie indotte dal fumo o dall'inquinamento.

Come ogni anno attorno all'Assemblea generale dell'Onu, in corso in questi giorni a New York, sono fioriti negoziati e conferenze internazionali sui temi più disparati: Libia, antiterrorismo, trasparenza dei governi, Palestina, pirateria. Sepolta nel diluvio mediatico, la conferenza sanitaria dell'Onu, ingabbiata fin dal suo titolo in una sigla misteriosa (Ncd, acronimo inglese che sta per «malattie non trasmissibili»), non merita di essere archiviata come un'autocelebrazione della burocrazia del «palazzo di vetro».

Le 13 pagine della dichiarazione politica dell'Assemblea generale sulle malattie croniche sono una lettura poco attraente nella quale scarseggiano gli impegni concreti per una risposta internazionale coordinata. Ma è un fatto che con questa conferenza Onu — la prima sulla sanità dal 2001, quando governi e filantropi come Bill Gates si impegnarono a sconfiggere l'Aids — il mondo volta pagina: la nuova emergenza non è più quella di un virus o delle malattie che si diffondono in condizioni di povertà estrema ma, piuttosto, quella delle patologie «dei ricchi». Malattie originate in gran parte dall'alimentazione poco sana, dall'inquinamento, dalla scarsa attività fisica e dal consumo di al-

col e tabacco. Abitudini che, dall'Occidente, si stanno diffondendo sempre più anche nel Terzo mondo che aspira ai modelli di consumo dei Paesi ricchi.

L'Organizzazione mondiale della sanità calcola che 36 dei 57 milioni di morti che ogni anno si verificano nel mondo, dipendono da queste patologie «non trasmissibili». L'80% dei decessi avviene nei Paesi poveri e uno studio condotto dall'Università di Harvard e dal World Economic Forum stima in 47 mila miliardi di dollari il costo mondiale delle cure delle persone colpite da queste malattie nei prossimi vent'anni.

Azioni mirate dei governi per spingere i cittadini a fumare di meno e a ridurre i consumi di sale e grassi «trans», per l'Oms, non costerebbero più di 11 miliardi di dollari l'anno e arginerebbero in misura significativa la diffusione di queste malattie. Ma intervenire dall'alto sulle diete e lo stile di vita della gente solleva diffidenza e accuse di dirigismo. D'altro canto non far nulla significa lasciare che i costi sanitari si impennino ovunque, proprio mentre quasi tutti i Paesi avanzati sperimentano crisi drammatiche dovute al debito pubblico. Un altro problema «intrattabile» che l'Onu trasmette al G20 che si riunirà tra poco più di un mese in Francia.

massimo.gaggi@rcsnewyork.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute L'Ordine: qualità non garantita, i prezzi sono al di sotto dei costi di produzione. L'azienda: rispettate le regole

Sconti oltre l'80%, i medici denunciano Groupon

MILANO — Al ministro della Salute **Ferruccio Fazio** scrivono: «Francamente non ci riconosciamo in una prospettiva che intende regolare le dinamiche della domanda e dell'offerta secondo logiche da supermercato».

Ai carabinieri per la tutela della salute (ex Nas) denunciano: «Promuove l'acquisto di prestazioni mediche e odontoiatriche a tariffe irrisorie, indiscutibilmente inferiori ai costi di produzione. Quindi è ingannevole perché non consente il controllo del rispetto della promessa e suscita allarme, non essendo sostenibile un'offerta a costo inferiore agli stessi fattori di produzione».

Al garante della concorrenza segnalano: «L'intero mercato della salute subisce un danno poiché passa un messaggio che induce a credere che le prestazioni mediche abbiano costi vivi risibili e le stesse Aziende sanitarie speculino, considerati i costi dei ticket, superiori al costo delle prestazioni che loro offrono».

Se guerra dev'essere, che sia: la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri ha deciso di aprire tutti i fronti legali possibili contro i responsabili italiani di Groupon, società che offre online ai propri iscritti, a prezzi stracciati (fra il 50 e il 90% di sconto), una gamma infinita di prodotti e servizi. Registrazione senza pagamento e ogni giorno arrivano via email i lanci delle nuove promozioni. Si va dallo shampoo alle cene, dai controlli alla caldaia alla tinteggiatura di appartamenti, dalle lezioni di equitazione ai lavaggi dell'auto. E nelle «vetrine» del sito, divise per città, si trovano anche molte proposte mediche, soprattutto visite odontoiatri-

che, impianti, pulizia e sbiancamento dei denti. Ma anche consulenze dermatologiche, psicologiche, psichiatriche, visite cardiologiche o ginecologiche. La parola d'ordine è sempre la stessa: costi bassi che più bassi non si può. Ed è da questo che parte la Federazione nazionale di medici e odontoiatri, segnalando il caso al garante della concorrenza per primo, ma anche, appunto, al ministro Fazio, ai carabinieri e ai presidenti di Ordini e Commissioni per gli iscritti all'albo. Secondo le denunce, Groupon e «gli operatori sanitari che collaborano con la società» avrebbero messo a punto una «pratica commerciale scorretta e di grave rischio per la salute dei consumatori, indotti a credere che prestazioni mediche o odontoiatriche complesse possano essere acquistate a prezzo oggettivamente inferiore al costo di loro produzione». Un esempio: in una zona centrale di Milano uno studio dentistico ha venduto a 59 euro invece che a 450 (sconto 87%) trattamenti di pulizia e sbiancamento dei denti.

Sul web non è nuova la discussione sulle offerte iperscontate di Groupon, sulla sua affidabilità e sulla deontologia dei medici e dei dentisti che collaborano. Le pagine online dei siti specializzati in odontoiatria pubblicano la difesa della società: «Non vogliamo polemizzare con l'Ordine o le associazioni di categoria, diciamo solo che Groupon si attiene alle indicazioni di legge». Le stesse indicazioni che la Federazione chiede di verificare: idoneità, autorizzazione delle strutture, personale specialistico, regolarità fiscale delle attrezzature e delle norme sul lavoro dipendente.

Giusi Fasano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità. Ripiano del disavanzo 2010 - La spesa territoriale a sorpresa in rosso

Farmaci, altra tassa sulle imprese

CONTI IN BILICO

Regioni all'attacco per gli acquisti in ospedale in deficit per 2,4 miliardi. All'Aifa nuovo direttore generale: sarà Luca Pani

Roberto Turno

ROMA

■ Già bastonate dalla manovra estiva che ha scaricato sui loro bilanci il 35% dello sfondamento della spesa ospedaliera per l'acquisto di farmaci, le industrie farmaceutiche rischiano di essere prestissimo chiamate dall'Aifa (Agenzia del farmaco) a pagare una nuova e inattesa bolletta da 100 milioni. Tutta colpa della spesa territoriale 2010 per pillole e sciroppi, per la quale solo adesso è stato accertato che i conti sono andati in rosso. Di 100 milioni, appunto. Che in un documento all'esame del Cda di ieri dell'Aifa si chiede di ripianare. E toccherebbe alle imprese.

Resta sempre alta la tensione sulla spesa farmaceutica. Proprio mentre ieri davano il parere positivo (ma dietro precisi impegni chiesti al Governo) sulla nomina di Luca Pani come nuovo direttore generale dell'Aifa in sostituzione di Guido Rasi diretto al board dell'Emea (Agenzia europea del farmaco), le Regioni sono tornate all'attacco sui conti dei farmaci a carico dello Stato. Con una richiesta, in particolare, su cui i governatori continuano a insistere: rivedere le regole del gioco sulla farmaceutica ospedaliera, a partire dalla revisione dal budget annuo (2,4% dell'intera spesa sanitaria pubblica), giudicato assolutamente inadeguato.

Alle Regioni, che chiedono anche nuovi strumenti e nuove regole per il controllo della farmaceutica in ospedale, non ba-

sta insomma che le industrie siano appena state chiamate a partecipare anche al rosso dei farmaci ospedalieri. Che anche nei primi sei mesi dell'anno ha continuato a viaggiare a un ritmo pressoché doppio rispetto agli stanziamenti: a fine giugno è già stato quasi raggiunto il budget di tutto l'anno, con un deficit finale stimato intorno ai 2,4 miliardi.

Per le industrie farmaceutiche, e non certo solo per le Regioni, la partita della spesa ospedaliera sta così diventando sempre più spinosa. E la nuova stangata in arrivo dall'Aifa la renderà ancora più complicata. Il disavanzo da 100 milioni del 2010 nasce da una revisione della spesa per l'acquisto diretto di farmaci da parte di asl e ospedali, senza il passaggio attraverso la distribuzione intermedia e finale (farmacisti e grossisti). E per fare fronte a quei 100 milioni in più il Cda dell'Aifa ieri è stato chiamato ad attivarsi per mettere in moto «la conseguente procedura di ripiano» prevista obbligatoriamente per legge.

Facile immaginarsi a stretto giro di posta una reazione delle industrie, già alle prese con una difficilissima congiuntura internazionale e con riassetti organizzativi e produttivi che stanno avendo pesanti ripercussioni in Italia dove il tanto atteso piano di rilancio del settore continua a restare una chimera. «È corretto risanare i conti della finanza pubblica - ha detto ieri il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi - ma è altrettanto corretto pensare alla crescita, altrimenti il rischio è quello di una spirale negativa dalla quale poi è difficile uscire. E una spirale negativa non può non preoccupare chi si occupa di sanità, che rappresenta una parte importante del pil italiano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



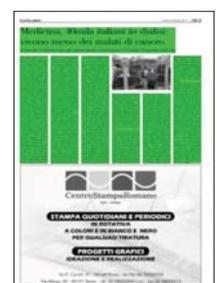
Medicina, 40mila italiani in dialisi: vivono meno dei malati di cancro

A lanciare l'allarme sono gli esperti riuniti a Genova per il 57esimo Congresso della Sin

L'8% degli italiani, circa 4,8 milioni di uomini e donne, soffrono di un danno renale cronico e circa 40mila sono in dialisi. 'Schiavi' di una macchina che pulisce il sangue, ma con un'attesa di vita inferiore a quella dei malati di cancro: rispetto alla popolazione generale, a 5 anni sopravvive solo il 55% dei dializzati, contro l'84% delle donne con un tumore al seno, il 70% dei pazienti con cancro al colon ed il 63% di quelli con carcinoma del rene. Le malattie renali, infatti, decuplicano il rischio di attacchi di cuore e, tuttavia, restano un problema sommerso. I sintomi spia vengono ignorati, ed esami veloci e 'low cost', che permetterebbero di scoprirle ed intervenire per tempo, vengono sottovalutati. Con il risultato che il 37% di chi inizia la dialisi, praticamente 2 pazienti su 5, prima di incominciare non aveva mai saputo di avere un danno renale cronico avanzato. A lanciare l'allarme sono gli esperti riuniti fino a domani a Genova per il 52esimo Congresso nazionale della Sin, la Società italiana di nefrologia. Attualizzando gli ultimi dati del Censis, gli specialisti calcolano che l'assistenza sanitaria per ogni dializzato costa al Ssn circa 35mila euro all'anno, e il dato può raddoppiare se si considerano anche le terapie mediche associate. Per contenere o comunque razionalizzare la spesa, soprattutto in tempo di crisi, l'imperativo è giocare d'anticipo. "Bisogna mirare ad una diagnosi precoce di malattia renale - è l'appello di Rosanna Coppo, presidente Sin - E' necessario agire quando i reni sono infiammati e sofferenti, perdono proteine o sangue nelle urine, ma hanno ancora la capacità di depurare l'organismo". Intervenire dopo è troppo tardi: "Al massimo si possono limitare

i danni e la velocità di perdita di funzione, ma non più guadagnare la guarigione". Dal Registro italiano dialisi, invece, risulta che oltre un quinto dei pazienti che cominciano la dialisi non ha alle spalle una diagnosi (22%) o ce l'ha troppo generica (23%).

Con le nuove analisi del sangue e delle urine, assicurano gli esperti, l'insufficienza renale può essere prevista prima che insorga. Gli ultimi biomarcatori individuati sono tre proteine (Ngal, cistatina C e Bnp) in grado di indicare la presenza di un danno renale prima che compaiano i sintomi, ma oggi vengono spesso sottovalutati anche esami facili, rapidi e poco costosi come il test delle urine e della creatinemia. Analisi che dovrebbero essere richieste ogni volta che un paziente presenta segni-sentinel-la come urine scure, occhi o caviglie gonfie, pressione alta, oppure in diabetici, cardiopatici e persone con casi di dialisi in famiglia. Test eseguiti in medicina dello sport per evidenziare anomalie o doping, precisano gli specialisti, dovrebbero essere utilizzati anche come strumento di diagnosi nefrologica. Fra gli esami utili a diagnosticare una nefrite, infiammazione renale che nel 20-30% dei casi e soprattutto negli under 40 porta alla dialisi, c'è poi la biopsia renale. Dati preliminari di uno studio Italia-Usa, che sarà completato nel 2012, infatti, indicano che una terapia precoce precoce può prevenire l'evoluzione della nefrite. Sempre sul fronte diagnostico, al congresso Sin si discuterà anche delle nuove frontiere aperte dalle cosiddette discipline 'omiche', già sbarcate in vari centri ospedalieri del nostro Paese. Genomica, trascrittomica (che lavora sugli Rna messaggeri che trasferiscono gli ordini scritti nei geni), proteomi-



ca e metabolomica hanno dato vita alla biologia sistemica, che studia le interazioni fra tutte le molecole dell'organismo. E proprio grazie ai test molecolari, in futuro si spera di arrivare ad avere per ognuno una sorta di 'impronta digitale'. In nefrologia questo significherebbe poter predire se una persona si ammalerà di una patologia renale, ma anche prevedere se, come e quanto reagirà ad una determinata terapia. "Grazie alla genomica - ha evidenziato Loreto Gesualdo, direttore della Nefrologia del Policlinico di Bari ed ordinario di nefrologia all'università del capoluogo pugliese - è possibile, ad esempio, effettuare diagnosi prenatali, cioè in utero, per conoscere le eventuali mutazioni genetiche del nascituro, utili nel caso in cui i genitori siano portatori sani di gravi malattie ai reni".

L'insufficienza renale, evidenziano gli specialisti in summit, può nascere nella prima infanzia e perfino in gravidanza. Studi scientifici internazionali hanno dimostrato che la durata della permanenza nel pancione di mamma è un fattore critico per la futura efficienza delle funzioni renali e cardiovascolari. Lo sviluppo renale, infatti, non si completa del tutto fino alla 36esima settimana di gravidanza e cioè alla fine della gestazione. Un bebè prematuro, anche se tenuto in incubatrice e sottoposto a terapie intensive neonatali, avrà una crescita della massa renale inferiore del 10% rispetto a quella che avrebbe restando in utero per il tempo necessario. Il rischio di scompenso renale cronico o di ipertensione aumenta addirittura del 70% nei bimbi che, alla nascita, pesano meno di 2 chili e mezzo. Per 'italianizzare' questi dati, è ai nastri di partenza uno studio nazionale su larga scala, frutto della collaborazione tra Società italiana di nefrologia ed Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). L'indagine, la prima del genere, incrocerà i dati raccolti negli ultimi 20 anni nei punti nascita con i

dati di mortalità cardiovascolare ed ingresso in dialisi. La ricerca sarà coordinata dalla presidente della Sin Rosanna Coppo, a capo della Struttura complessa di nefrologia, dialisi e trapianto dell'ospedale Regina Margherita di Torino, e si propone di indagare su fattori di rischio per malattia renale, ipertensione e patologie cardiovascolari, ulteriori a quelli già noti come fumo, obesità e diabete.

"L'origine pediatrica di alcune patologie nefrologiche dovrebbe indurre le madri ad effettuare controlli precoci", ha suggerito Coppo. Uno studio condotto da Sin e Simg (Società italiana di medicina generale) ha rilevato che in presenza di un danno renale, più si è giovani e più alto è il rischio di finire in dialisi. Tutti gli adulti dovrebbero essere quindi consapevoli del proprio rischio renale, ma "ad oggi - ha osservato la presidente - la maggior parte dei cittadini ignora la salute dei propri reni". Invece, ha avvertito Francesco Pizzarelli, segretario Sin e direttore del Reparto di nefrologia dell'ospedale S. M. Annunziata di Firenze, "si stima che una persona con il 40% della funzione renale ha un rischio di incidenti cardiovascolari 10 volte maggiore rispetto ad un soggetto con funzione renale normale. Inoltre, gli anziani, gli obesi e gli ipertesi con danno renale cronico presentano un rischio cardiovascolare ancora maggiore".

Cina, la strage dei bambini

Scarso accesso alle cure e povertà: 300mila morti all'anno

ALLARME INFANZIA

Pechino ha stanziato 850 miliardi di yuan (133 miliardi di euro) nel 2009 per garantire una copertura assicurativa che raggiunga almeno il 90 per cento dei suoi cittadini

il rapporto

Il 12% dei minori non riceve trattamenti medici. Resta alto il divario tra le zone urbane e quelle rurali. Ma non solo ombre: la mortalità infantile è diminuita del 62% dal 1996 al 2008

DI LUCA MIELE

La Cina che conquista il mondo con i suoi soldi e le sue imprese mostra il suo volto fragile. Un rapporto redatto dal **ministero della Salute** di Pechino e diffuso ieri dal *ChinaDaily*, rivela che circa 300mila bambini sotto i cinque anni muoiono ogni anno nel Paese. Il motivo? Per oltre il 36% dei casi, la causa della morte è legata all'impossibilità di avere accesso a cure mediche. Nel documento vengono citate le prime cinque cause di mortalità infantile: tra queste figurano anche la nascita prematura, i difetti cardiaci congeniti e l'asfissia accidentale. «La Cina – ha detto Qin Huaijin, direttore del dipartimento per la salute di donne e bambini del **Ministero della salute** – si trova ancora ad affrontare delle importanti sfide per cercare di ridurre i casi di mortalità infantile e per meglio garantire l'uguaglianza nella sanità». Nel 2010 il tasso di mortalità infantile, sotto i cinque anni di età, era dell'1,64%, più basso del 73,1% rispetto al 1991 e del 58,7% rispetto al 2000. Secondo il rapporto del Ministero cinese, circa il 12% dei bambini cinesi morti sotto i cinque anni non riceve nessun trattamento medico a causa di molteplici fattori, tra i quali «problemi economici, difficoltà nei trasporti e ignoranza delle

famiglie».

Il gap fra zone rurali e zone urbane resta elevato. Lo scorso anno nelle aree urbane sono morti in media 7,3% bambini sotto i cinque anni ogni mille, mentre nelle aree rurali la percentuale è stata di 20,1% decessi ogni mille. «La potenzialità di assistenza sanitaria nelle zone rurali – ha aggiunto Qin Huaijin – resta ancora molto limitata, specialmente per le donne e per i bambini, nonostante stiano facendo dei passi in avanti». Se i dati catturano l'immagine di un Paese ancora vulnerabile, che non ha saputo tradurre in benefici diffusi l'esplosione della nuova ricchezza, è anche vero che Pechino ha fatto passi da giganti nel campo sanitario. Secondo uno studio pubblicato dalla rivista scientifica inglese *Lancet*, la mortalità infantile nel Paese è diminuita del 62% dal 1996 al 2008. I risultati della ricerca – che ha analizzato 1,5 milioni di nascite tra il 1996 e il 2008 – hanno mostrato che la probabilità di perdere la vita per i bambini nati negli ospedali nelle zone rurali è quasi quattro volte più alta rispetto ai bambini nati negli ospedali nelle aree urbane. Secondo stime citate dal *Wall Street Journal*, il tasso di mortalità in Cina è oggi di 16 morti per ogni mille nascite: nella lista dei Paesi con tassi peggiori per la mortalità in-

fantile Pechino è oggi al 102esimo posto (la maglia nera spetta all'Angola). In Cina, come scrive ancora *Lancet*, è in atto uno sforzo considerevole per migliorare il sistema sanitario: nel 2009 sono stati stanziati 850 miliardi di yuan (133 miliardi di euro) per garantire una copertura assicurativa medica che raggiunga almeno il 90 per cento dei suoi cittadini. Secondo la rivista, nei due anni trascorsi dall'adozione del piano, sono stati raggiunti risultati «impressionanti». Nel 2003, secondo i dati del **ministero della Salute**, il 45 per cento dei residenti urbani e il 79 per cento dei residenti rurali mancava di copertura. Otto anni dopo, i dati diffusi da Pechino mostrano che oltre il 90% della popolazione è in possesso di un qualche tipo di copertura. Il regime assicurativo nelle zone rurali è «balzato» a 835 milioni di iscritti, «il programma di assicurazione più ampia sulla terra».



Relatività in crisi? Così potrebbe cambiare la concezione del cosmo

Reazioni

BARBARA GALLAVOTTI

GLI SCENARI

Nuove dimensioni e strane curvature dello spazio-tempo

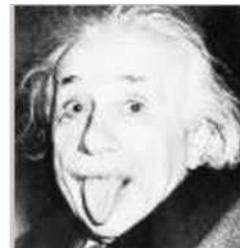
Non sono giorni normali per i fisici. Da qualche tempo si sussurrava di risultati importanti ottenuti dall'esperimento «Opera». L'attesa per la presentazione ufficiale dei dati era palpabile, ma il sentimento predominante era una sorta di entusiastico scetticismo. Nessuno si lasciava andare ad analisi tecniche, perché la collaborazione «Opera» non aveva ancora terminato di analizzare i dati e la prima comunicazione ufficiale è prevista per oggi. Ciò nonostante, poteva capitare che qualcuno accettasse di immaginare cosa avverrebbe della nostra visione dell'Universo, se i risultati fossero confermati e, dunque, si scoprisse che i neutrini possono viaggiare più veloci della luce.

Ad essere in gioco è uno degli assunti fondamentali della Relatività, quello secondo il quale nulla può viaggiare più veloce della luce, perché, se così fosse, cambiando il sistema di riferimento dell'osservatore, potrebbe avvenire di vedere un fenomeno prima del verificarsi delle sue cause (il che è assurdo). I neutrini sono particelle speciali, le uniche nel mondo dell'infinitamente piccolo ad essere dotate di massa, seppur minuscola, ma

prive di carica elettrica. Questa peculiarità non basta però a giustificare il risultato di «Opera» e dunque, se fosse confermato, bisognerebbe immaginare delle drastiche correzioni alla Relatività (cancellarla sembra

impossibile, perché sono troppe le prove a favore della sua validità). Si dovrebbe quindi pensare all'esistenza di nuove dimensioni o a strane curvature dello spazio-tempo che permettano ai neutrini di prendere inedite scorciatoie. Un po' come se, dovendo unire su un atlante L'Aquila e Ginevra, anziché tracciare una linea sulla carta si piegasse il foglio, portando le due città a coincidere, e poi le si congiungesse, forando il foglio con una matita.

Dopo la fuga di notizie, l'atmosfera fra i fisici è cambiata e ieri era praticamente impossibile trovare qualcuno che accettasse di toccare ufficialmente l'argomento della velocità dei neutrini prima del seminario di oggi. L'entusiasmo per una possibile scoperta che cambierebbe il volto della fisica è stato soverchiato dall'urgenza di non farsi travolgere dagli eventi e di procedere nel valutare con cura i dati. Del resto, anche se i fisici del Gran Sasso saranno convincenti, bisognerà attendere che altri analoghi esperimenti confermino l'esistenza del fenomeno. Negli Usa e in Giappone si stanno probabilmente attrezzando a ripetere la misura, ma occorrerà aspettare almeno un anno prima di sapere se l'Universo è tanto diverso da come pensavamo. La scienza ha tempi lunghi e anche a Stoccolma sono abituati ad attendere.



Einstein, padre della Relatività

