



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



ISTAT: «NOI ITALIA»

L'Italia della salute secondo l'Istat

L'assistenza sanitaria, insieme alla previdenza, rappresenta un asse portante del welfare. Obiettivo dei sistemi sanitari nazionali è la promozione e il miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini, da attuarsi mediante iniziative di educazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Gli indicatori sanitari misurano una realtà che, oltre a rappresentare una voce centrale nel bilancio dello Stato, è soprattutto un elemento primario del sistema dell'assistenza sociale. Da oltre un decennio, in Italia e nell'Unione europea, il sistema sanitario è sottoposto a riforme che hanno come obiettivo la razionalizzazione delle risorse e il contenimento della spesa.

MORTALITÀ INFANTILE

La diminuzione del tasso di mortalità infantile rallenta, permangono le differenze territoriali

Il tasso di mortalità infantile, vista la correlazione negativa che lo lega alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche, si può interpretare come espressione del livello di sviluppo e di benessere di un Paese. A partire dal 2000 il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa, anche se negli anni più recenti si assiste a un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, differenze territoriali che vedono il Mezzogiorno penalizzato. Nel 2010, il tasso di mortalità infantile è di 3,3 decessi per mille nati vivi, valore di poco inferiore a quello osservato nel 2009 (3,4).

In tutta Europa si osserva una tendenza alla diminuzione della mortalità infantile, seppur con battute di arresto e oscillazioni. I processi di allargamento dell'Unione, infatti, almeno nel breve periodo, mettono in risalto le differenze nelle fasi e nei tempi dello sviluppo dei diversi Paesi. Il livello medio di mortalità infantile nei Paesi dell'Ue27 si attesta nel 2011 su un valore di 3,9 decessi per mille nati vivi. Emergono, tuttavia, ancora forti diver-

genze territoriali e la polarizzazione netta tra est e ovest. Tra i Paesi con tassi di mortalità elevati spiccano Romania (9,4), Bulgaria (8,5), Lettonia (6,6) e Malta (6,3). L'Italia presenta un valore sostanzialmente analogo a quelli di Belgio (3,3), Cipro, Spagna e Portogallo (3,1). I Paesi in cui si registrano i tassi più bassi sono Estonia, Finlandia e Svezia (uguale o inferiori a 2,5 per mille).

Sebbene il tasso di mortalità infantile italiano si attesti sui livelli dei Paesi più avanzati del mondo, non deve essere sottovalutata la forte variabilità territoriale, con un indubbio svantaggio del Mezzogiorno. Nel 2010, infatti, questa ripartizione nel suo complesso presenta un valore del tasso pari a 3,9. Negli ultimi anni si assiste, inoltre, a un lieve aumento del tasso nel Centro, con valori, nel 2010, superiori alla media nazionale in Toscana (3,5) e Lazio (3,9). Nelle ripartizioni Nord-ovest e Nord-est, fatta eccezione per la Liguria (3,8), la Provincia autonoma di Bolzano (3,7) e il Friuli-Venezia Giulia (3,4), in tutte le altre Regioni e nella Provincia autonoma di Trento i livelli di mortalità sono inferiori o pari a 3,0 per 1.000 nati vivi.

La mortalità nel primo mese di vita è responsabile di oltre il 70% della mortalità infantile totale. La geografia della mortalità neonatale è sostanzialmente analoga a quanto osservato per la mortalità infantile.

Tasso di mortalità nel primo mese di vita e tasso di mortalità infantile (anno 2010, x 1.000 nati vivi)

Regioni e ripartizioni geografiche	Tasso di mortalità nel primo mese di vita	Tasso di mortalità infantile
Piemonte	1,7	2,6
V. d'Aosta	0,0	0,9
Liguria	3,2	3,8
Lombardia	2,0	2,9
Trentino A.A.	1,7	2,4
Bolzano.	2,6	3,7
Trento	0,7	1,3
Veneto	1,8	2,7
Friuli V.G.	2,9	3,4
Emilia R.	2,3	3,0
Toscana	2,2	3,5
Umbria	1,3	2,0
Marche	1,2	2,5
Lazio	3,0	3,9

Regioni e ripartizioni geografiche	Tasso di mortalità nel primo mese di vita	Tasso di mortalità infantile
Abruzzo	2,9	3,7
Molise	1,6	2,0
Campania	2,8	4,1
Puglia	2,7	3,5
Basilicata	2,2	2,9
Calabria	2,8	3,2
Sicilia	3,5	4,8
Sardegna	2,1	3,2
Nord-Ovest	2,0	2,9
Nord-Est	2,1	2,8
Centro	2,4	3,5
Centro-Nord	2,2	3,0
Mezzogiorno	2,9	3,9
Italia	2,4	3,3

Fonte: Istat, Rilevazione sui decessi e le cause di morte; Health for All Italia

ISTAT: «NOI ITALIA»

SPESA SANITARIA PUBBLICA

La spesa sanitaria pubblica assorbe nel 2012 il 7,0% del Pil

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia risulta nel 2012 (dato provvisorio) di circa 111 miliardi di euro, pari al 7,0% del Pil e a 1.867 euro annui per abitante.

La spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti Paesi europei. A fronte dei circa 2.345 dollari per abitante, in parità di potere d'acquisto, spesi in Italia nel 2011, di poco inferiore alla spesa sostenuta dalla Finlandia (2.477 dollari pro capite) e poco più della Spagna (2.244 dollari pro capite), il Regno Unito spende quasi 2.821 dollari pro capite, mentre Francia e Germania superano i 3.000 dollari, con importi pro capite rispettivamente di 3.204 e 3.436 dollari. Il livello di spesa più alto si registra per i Paesi Bassi (4.055 dollari pro capite), quello più basso per la Polonia (1.021 dollari pro capite).

Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata di 1.849 euro per abitante, abbastanza in linea con quanto osservato per le ripartizioni del Nord-Ovest (1.873 euro per abitante) e del

Nord-Est (1.841 euro per abitante); nettamente al di sopra del valore medio nazionale si colloca la ripartizione del Centro (1.931 euro per abitante), mentre per il Mezzogiorno la spesa pro capite è decisamente inferiore alla media nazionale (1.788 euro); la Regione Valle d'Aosta registra la spesa pro capite più elevata (2.221 euro), seguita dalla Provincia autonoma di Bolzano (2.199 euro) e dal Molise (2.079 euro); la spesa per abitante risulta più contenuta nel Veneto (1.737 euro), Campania (1.748 euro) e Sicilia (1.755 euro). I livelli di spesa per abitante sono dunque molto variabili, a testimonianza sia di condizioni socio-economiche diversificate, sia di diversi modelli di gestione del sistema sanitario regionale.

Su base nazionale, il 36,4% della spesa sanitaria pubblica corrente è destinato a servizi in regime di convenzione, mentre ben oltre la metà (57,0%) riguarda la fornitura di servizi erogati direttamente. Anche a livello di singola Regione si riscontra una prevalenza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente, pur osservando una quota più elevata di spesa per servizi in regime di convenzione per le Regioni Lombardia (42,9%), Campania (42,0%) e Lazio (42,1%). In Italia, la spesa in convenzione è indirizzata in prevalenza verso l'assistenza farmaceutica (24,4%), l'assistenza medica di base e specialistica (28,4%) e le prestazioni fornite dalle case di cura private (23,5%).

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione economica e Regione (2011*) (€ a prezzi correnti)

Regioni e ripartizioni geografiche	Servizi sanitari forniti direttamente		Servizi sanitari in regime di convenzione		Altre spese		Spesa corrente totale	
	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante
Piemonte	4.936	1.120	2.829	642	542	123	8.307	1.885
V. d'Aosta	202	1.585	59	463	22	173	283	2.221
Liguria	1.983	1.245	1.062	667	223	140	3.268	2.052
Lombardia	9.217	940	7.711	786	1.064	108	17.992	1.834
Trentino A.A.	1.469	1.422	514	497	154	149	2.137	2.068
Bolzano	789	1.559	242	478	82	162	1.113	2.199
Trento	680	1.290	272	516	72	137	1.024	1.942
Veneto	4.889	999	3.010	615	604	123	8.503	1.737
Friuli V.G.	1.636	1.333	656	535	186	152	2.478	2.020
Emilia R.	5.092	1.161	2.414	550	625	142	8.131	1.854
Toscana	4.643	1.252	1.848	498	495	133	6.986	1.884
Umbria	1.080	1.207	438	489	129	144	1.647	1.840
Marche	1.828	1.177	780	502	190	122	2.798	1.802
Lazio	5.795	1.032	4.754	847	755	134	11.304	2.013
Abruzzo	1.388	1.048	832	628	161	122	2.381	1.798
Molise	348	1.100	272	860	38	120	658	2.079
Campania	5.253	906	4.246	732	637	110	10.136	1.748
Puglia	3.855	947	2.925	719	444	109	7.224	1.775
Basilicata	670	1.150	351	603	75	129	1.096	1.881
Calabria	1.977	996	1.284	647	229	115	3.490	1.758
Sicilia	4.842	963	3.437	684	543	108	8.822	1.755
Sardegna	2.097	1.266	984	594	227	137	3.308	1.997
Nord-Ovest	16.337	1.025	11.661	732	1.851	116	29.849	1.873
Nord-Est	13.086	1.134	6.594	571	1.569	136	21.249	1.841
Centro	13.345	1.134	7.820	664	1.569	133	22.734	1.931
Centro-Nord	42.769	1.090	26.075	664	4.989	127	73.833	1.881
Mezzogiorno	20.429	984	14.331	690	2.354	113	37.114	1.788
Italia	63.198	1.053	40.406	673	7.343	122	110.947	1.849
In % del Pil	4,0	-	2,6	-	0,5	-	7,0	-

(*) Dati provvisori

Fonte: Istat, Health for All - Italia

Salute Un sito Internet per raccogliere le recensioni dei cittadini, dai giudizi sull'accoglienza ricevuta, a pasti, pulizia e cortesia del personale

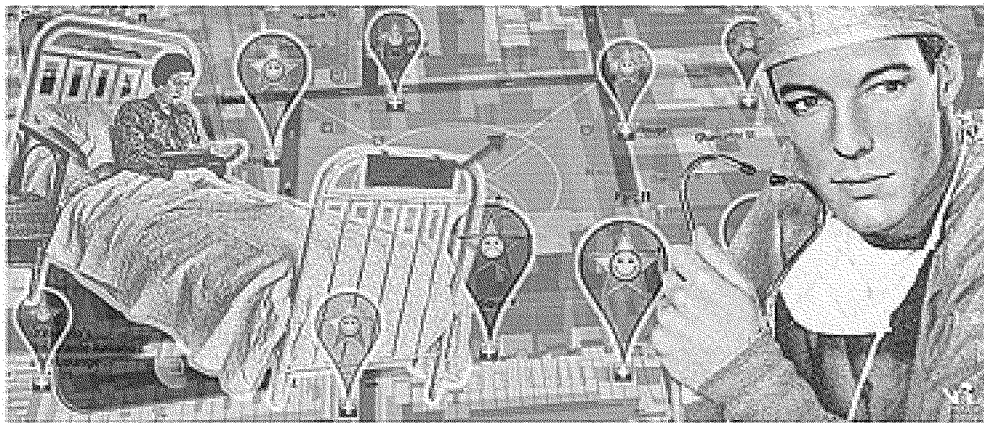
Parte il tripadvisor della Sanità: dai pazienti voti e stellette agli ospedali

C'è chi l'ha definito il *Tripadvisor* della sanità. Un sistema di voto, da una a cinque stelle, che consente al cittadino di esprimere un parere sull'accoglienza ricevuta presso le strutture sanitarie italiane. Per ora soltanto gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, i cosiddetti Irccs, che sono sotto il controllo diretto del ministero della Salute. Ospedali di eccellenza che, oltre a fare ricerca, hanno un'attività di ricovero e cura a 360 gradi. Dal pronto soccorso al laboratorio, dagli ambulatori al ricovero, dalla diagnostica più o meno sofisticata alla chirurgia anche super specialistica. Complessivamente: 49 istituti in tutta Italia, di cui soltanto 6 al sud.

Purtroppo la maggior parte delle strutture è sotto il governo regionale, ma il ministro Beatrice Lorenzin è ottimista: «Speriamo di poter allargare al più presto il censimento ai servizi sanitari delle Regioni, cui sarà sottoposta una specifica richiesta». Non solo. Una volta a regime, il portale non dovrà riguardare la sola assistenza ospedaliera, ma anche quella territoriale: farmacie, guardie mediche, medici di medicina generale. È l'obiettivo del ministro. Obiettivo trasparenza, obiettivo informazione-comunicazione, obiettivo controllo-valutazione. Anche la problematica meritocrazia può avere un'inizio dalla partecipazione in Rete. Meritocrazia di struttura all'inizio, liste d'attesa incluse. E verificare anche se il percepito si sovrappone al reale.

Un mantra per la Lorenzin: «Stiamo facendo degli Open data un mantra, per divulgare le informazioni ai cittadini e come incentivo a migliorare le prestazioni». Più trasparenti, più competitivi.

Informazioni a portata di click sul sito *dovesalute.gov.it*, portale del ministero battezzato ieri sul web e che ha subito calamitato commenti e prime stelle. Una mappatura dell'offerta? Sarebbe riduttivo. Il ministro Beatrice Lorenzin definisce questa novità in Rete una «rivoluzione copernicana» per quanto riguarda l'accesso alle informa-



zioni. E sottolinea la «trasparenza dei servizi sanitari e il «salto culturale». Un cambiamento che, in stile governo Renzi, sia rapido e — una volta tanto — efficace nello scovare i difetti burocratici del sistema salute. Ma anche premiare chi merita.

Il cittadino entra in *dovesalute.gov.it*, scrive la malattia e la città in cui lui vive e scopre dove c'è la cura e con che esiti. Scopre il numero posti letto, le unità operative, le apparecchiature


Beatrice Lorenzin

«Una rivoluzione in fatto di trasparenza e di partecipazione diretta dei cittadini alla valutazione»

diagnostiche disponibili dalla struttura. E scopre anche se può evitare un «viaggio della speranza» perché in casa ha ciò che serve. Può infine commentare e votare qualità dei pasti, pulizia, cortesia del personale. «E i commenti non andranno a vuoto», parola di Beatrice Lorenzin.

Italiano, inglese e spagnolo le lingue del portale. Scelta intelligente nell'ottica della sanità unica europea: attrarre pazienti da altri Paesi sarà fondamentale per l'Italia, ora che è in vigore la Direttiva sull'assistenza transfrontaliera. E se è vero che la nostra sanità è tra le migliori, il confronto sarà vincente. I fatti oltre le parole.

Mario Pappagallo

 @Mariopaps

© RIPRODUZIONE RISERVATA

l'agenda

CONVEGNO SIPREC

Poveri e a rischio salute. È il binomio che emerge dal documento Siprec "La prevenzione cardiovascolare in tempo di crisi", secondo cui le fasce più deboli hanno maggiori fattori di rischio per alcune patologie rispetto ai



gruppi che occupano il vertice della piramide sociale. Il documento sarà presentato al congresso nazionale della Società italiana prevenzione cardiovascolare, all'hotel Excelsior, dalle 14.30 di giovedì a sabato. Spiega il docente e presidente

Siprec Bruno Trimarco (foto a sinistra): «Si parla continuamente dell'impatto che la crisi ha sulle spese voluttuarie delle famiglie. Meno conosciuta è invece la ricaduta dell'attuale situazione economica su alcuni importanti fattori della

prevenzione cardiovascolare, come alimentazione, attività fisica e, soprattutto, attenzione dei cittadini al proprio stato di salute».

IGB CNR

L'Igb-Cnr, per il 52esimo anniversario della sua fondazione, ha ospitato due iniziative: "Graziella Persico lecture e Travel award" e il "Premio Rotary per giovani biologi". Madrina dell'iniziativa è stata la biologa Janet Rossant, famosa per i suoi studi in biologia dello sviluppo e delle cellule staminali.



REGIONI ON LINE

Tra miglioramento delle prestazioni, crescita e sostenibilità: performance sanitarie a confronto per la costruzione di un network metropolitano. Sono i temi del convegno, organizzato dalla Asl Napoli 1, che si è concluso ieri. Sono

state messe a confronto le prestazioni sanitarie di diverse realtà regionali alla luce di uno studio della Scuola superiore di perfezionamento Sant'Anna di Pisa. Hanno partecipato alla tavola rotonda, moderata da Laura Viggiano, il manager

Ernesto Esposito (a sinistra), Angelo Colasanto, Ferdinando Romano, Fulvio Moirano, Franco Bonanni, Giacomo Milillo, Francesco Bevere.

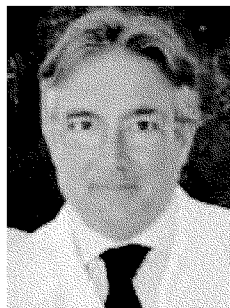
FEDERFARMA

Michele Di Iorio è stato eletto presidente di Federfarma Campania. La votazione, conclusa venerdì, ha nominato anche i componenti della giunta esecutiva: Generoso Iodice, Mario Flovilla, Francesco Lupo, Giovanni Vallone.

OCULISTICA

Inizia giovedì nell'aula magna della Federico II in via Partenope, il convegno "Il glaucoma neurovascolare. La malattia dell'abbandono". L'incontro — organizzato da Mario Sbordone (a destra), responsabile di Oculistica a Pozzuoli, vedrà il

confronto tra oculisti ospedalieri e territoriali e diabetologi. «Vediamo spesso pazienti con glaucoma neovascolare per abbandono di terapia — dice Sbordone — Questo glaucoma è una complicanza severa di altre patologie».



L'assistenza/2

**LA CEFALEA NELLA LISTA
DELLE MALATTIE SOCIALI**

Colmare i vuoti di cura di 6 milioni
di adulti e bambini
con mal di testa cronico
È l'obiettivo del primo Social
Manifesto nato a difesa dei diritti
dei pazienti, firmato
dalle associazioni dei pazienti
dalle società scientifiche
e da Federfarma nell'ambito
dell'Italian Migraine Project
Il documento chiede
il riconoscimento come malattia
sociale della cefalea primaria
cronica (mp. s.)



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Asl Napoli 1, ora i conti tornano

Una sanità campana che ha ancora strada da fare, ma che ha intrapreso la direzione giusta e che, per alcuni aspetti, è già in linea con le regioni virtuose del Centro-Nord. È il quadro che emerge dai dati relativi all'Asl Napoli 1 per gli anni 2012 e 2013, confrontati con quelli di Basilicata, Liguria, Marche, Toscana, Umbria, Veneto e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Le cifre sono contenute nello studio del laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

«Siamo ancora — spiega il direttore generale dell'Asl Napoli 1 Ernesto Esposito (foto) — tra i principali consumatori di antibiotici e a un livello basso per le cure domiciliari; ma siamo anche in piena media sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri e sull'aumento delle prestazioni ambulatoriali». Esposito ha anche ricordato che la Asl Napoli 1 Centro ha ridotto notevolmente il deficit corrente. «Nel 2013



siamo arrivati a 65 milioni di deficit sul corrente e per il 2014 si prevede il pareggio di bilancio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STUDIO La sanità in Campania ha ancora molto cammino da fare ma i presupposti per uscire dalla fase critica ci sono

Asl Napoli 1, comincia il trend positivo

NAPOLI. Una sanità campana che ha ancora molta strada da compiere, ma che finalmente ha preso la direzione giusta e, per alcuni aspetti, già in linea con le regioni virtuose del Centro-Nord. È il quadro in controtendenza che emerge dai dati relativi all'Asl Napoli 1 per gli anni 2012 e 2013, confrontati con quelli delle regioni del centro-nord. Le cifre sono contenute nello studio del laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, finalizzato alla costituzione di un network che metta in luce le performance migliori per diffonderle sul territorio nazionale. Essendo la più grande azienda sanitaria d'Europa e la realtà su cui pesa maggiormente il deficit strutturale, l'adesione dell'Asl Na1 al circuito può offrire uno sguardo d'insieme sulla sanità cam-

ERNESTO ESPOSITO

«Stiamo rientrando nei parametri. Il cammino è lungo ma siamo molto fiduciosi»

pana. Il dato generale è incoraggiante, in quanto il 71,1% dei 45 indicatori presi in esame registrano un miglioramento tra il 2011 e il 2012, con un trend che si conferma nello scorso anno. «Notiamo dei progressi rispetto al passato - spiega Federico Vola del Mes - abbiamo indicatori per i quali la Campania è in linea con il CentroNord, come il consumo di antibiotici o le risonanze muscolo-scheletriche per i pazienti con oltre 65 anni». Resta ancora molto da fare sull'utilizzo appropriato della risorsa ospedaliera, aggiunge Vola, sottolineando che «da questo punto di vista siamo sopra la mediana nazionale per tutti i tassi di ospedalizzazione, anche se il trend è in miglioramento e, in alcuni casi, i progressi fatti sono superiori rispetto alle regioni virtuose, come quelle del

nord». Anche il direttore generale dell'Asl Na1, Ernesto Esposito (nella foto), riconosce il cammino ancora da compiere, ma mette in luce i passi in avanti evidenziati dallo studio. «Siamo ancora tra i principali consumatori di alcuni farmaci, come gli antibiotici - fa notare - e siamo a un livello basso per le cure domiciliari, ma siamo in piena media sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri o sull'aumento delle prestazioni ambulatoriali e la cosa più importante è che le nostre criticità sono del tutto sovrapponibili ad altre realtà come Genova o Bari». Un aspetto rimarcato anche dal direttore del laboratorio Mes, Sabina Nuti, che presentando i dati delle altre regioni mostra come non ci siano «realità che hanno esclusivamente punti di forza o debolezza» e come prevalga invece «un quadro più composito, che va analizzato negli ambiti specifici e senza generalizzare». In riferimento al Programma nazionale Esiti, che nella prima versione ha dato una valutazione negativa della sanità campana dal punto di vista dell'offerta di servizi al paziente, Esposito precisa che «il Pn si basa esclusivamente sulle schede di dimissione ospedaliera e non tiene conto dei fattori sociosanitari e ambientali e degli indicatori territoriali».



Il report La Napoli 1 giudicata da un team privato

La Asl taglia i ricoveri e punta all'assistenza

Gea Finelli

Capita talvolta che anche le aziende sanitarie pubbliche decidano di mettersi in discussione, di scendere in campo sottoponendosi ad un giudizio severo e accurato. Passando sotto la lente d'ingrandimento dei tecnici che, utilizzando 160 parametri, emettono alla fine un risultato che viene reso pubblico.

L'Asl Na 1, guidata dal manager Ernesto Esposito, ha deciso di sottoporsi alla valutazione delle performances, affidandosi al M.E.S., il labora-

torio di management e sanità della scuola superiore S. Anna dell'università di Pisa, diretto da Sabina Nuti. I risultati dello studio che ha coinvolto, oltre la Campania, le Asl di altre otto regioni italiane, sono stati presentati nel corso di un convegno svoltosi alla Colonia Geremicca di Posillipo.

Positiva la valutazione dell'operato dell'Asl Napoli 1, nonostante i sacrifici imposti in questi anni dal contenimento e dalla riduzione della spesa: «Volevamo una fotografia del reale stato del no-

Lo studio
Carenti
i servizi per
gli anziani,
obiettivo
migliorare
le cure a
domicilio



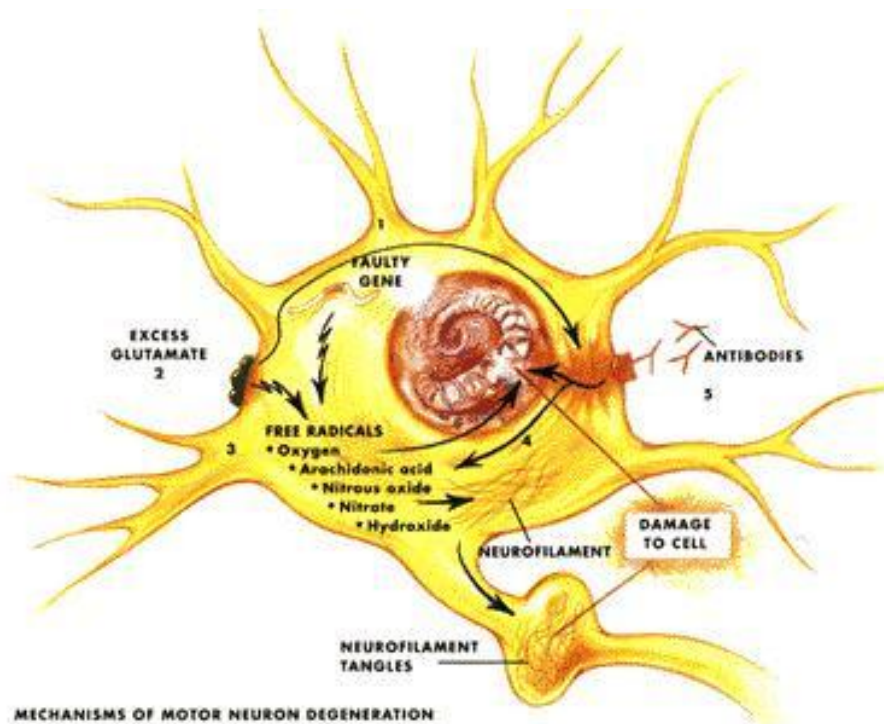
Pronto soccorso Pazienti
in attesa al Cardarelli

stro sistema sanitario aziendale - ha spiegato il manager Esposito - ed abbiamo scelto questo metodo di valutazione, che è aperto al confronto con le realtà regionali del centro-nord Italia, virtuose nell'assistenza sanitaria. Inserendoci in un network già esistente, abbiamo fornito i nostri dati sulla base di indicatori ospedalieri, distrettuali, socio-sanitari e ambientali e dopo otto mesi, oggi, abbiamo i risultati». Gli aspetti negativi emersi dal rapporto sono molto simili a città come Genova e Bari, grandi aree metropolitane: un eccessivo consumo di farmaci, in particolare antibiotici, un'assistenza territoriale non ancora pienamente sviluppata, una carenza di posti letto nelle strutture sanitarie per anziani. Tra i traguardi raggiunti: riduzione del tasso di ospedalizzazione, traslazione delle operazioni di day-surgery e day-hospital a livello ambulatoriale e una tendenza ad aumentare l'assistenza domiciliare. Ma Esposito non si ferma: «Puntiamo ancora ad un miglioramento dell'assistenza territoriale, per ridurre il flusso dei pazienti all'interno degli ospedali e garantire così il miglior funzionamento dell'assistenza domiciliare».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Scienza

La mutazione di un gene limita il diabete

C'è una mutazione genetica che abbassa il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 anche negli obesi. La scoperta è stata pubblicata sulla rivista *Nature Genetics* da un team internazionale guidato dal Mit di Boston. Lo studio è iniziato prima su un campione di 28 mila scandinavi tra cui sono stati scelti quelli che hanno sviluppato la malattia pur non avendo i fattori di rischio e quelli che l'hanno evitata pur essendo obesi e fumatori. L'analisi del Dna del secondo gruppo ha mostrato due soggetti che avevano una mutazione che distruggeva una copia di un gene chiamato «ZnT8». La ricerca è stata poi estesa a 18 mila svedesi e poi agli islandesi. Risultato: i soggetti con la mutazione hanno un rischio di diabete di tipo 2 più basso di due terzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TINA SIMONIELLO

Quasi 800 mila sono gli studenti stranieri in Italia. Trecentomila hanno tra i 6 e i 12 anni. Provergono da oltre 200 paesi, molti sono figli di lavoratori immigrati e usano in casa una lingua diversa da quella che parlano a scuola. «Sulla base di questi numeri e dato che in età pediatrica la prevalenza media dei disturbi del linguaggio è del 7%, possiamo ipotizzare che almeno 20 mila bambini stranieri potrebbero aver bisogno di un logopedista», dice Tiziana Rossetto, presidente della Fli, la Federazione italiana logopedisti, che con le federazioni di tutta Europa quest'anno dedica la Giornata europea della logopedia del 6 marzo a multilinguismo e multiculturalità. Info: 049/8647936, telefono attivo fino al 7 marzo dalle 10 alle 12.

«Il multilinguismo è una risorsa, una grande ricchezza che va incoraggiata. Apprendere due lingue apporta vantaggi cognitivi

Abbandonare la madrelingua non è più ritenuto un vantaggio. Anzi va imparata bene

culturale e sociali. Il problema si pone per i bambini stranieri che hanno disturbi del linguaggio: questi non vanno sottovalutati o confusi con le problematiche legate all'apprendimento della lingua del paese d'accoglienza, pena il rischio di posticipare un intervento logopedico ritardando un pieno inserimento scolastico e anche, in particolare proprio nel caso di piccoli stranieri, di acuire disagi di tipo relazionale».

Ma ci sono allarmi veri e falsi. «Quello falso è il cosiddetto code mixing: un bambino piccolo che apprende due lingue può tendere a mescolarle. È un fenomeno naturale e che si attenua con il tempo. Degno di attenzione invece se intorno ai 3 anni un bimbo bilingue non ha sviluppato un lessico adeguato né in italiano né nella lingua d'origine. Quando non è in grado di costruire frasi con verbi, preposizioni e pronomi: per esempio usa verbi all'infinito per evocare frasi intere. Se non riesce a rispondere alle domande e non produce quasi tutti i suoni. Se è in Italia da più di sei mesi e non par-

Logopedia

*Dedicata a multilinguismo e multiculturalità la Giornata europea del 6 marzo
Tantissimi ormai i bambini immigrati che imparano a parlare mentre sono
in Italia: l'importanza di cogliere e trattare subito eventuali disturbi*

LA SCHEDA

- INATI ALL'ESTERO**
Sono circa 800 mila i giovani nati all'estero che studiano in Italia, 300 mila di questi hanno tra i 6 e i 12 anni e se ne stimano molti di più sotto i 6 anni di età
- FIGLI DI IMMIGRATI**
Provergono da 200 paesi diversi. In genere sono figli di genitori venuti qui per lavorare. In casa usano una lingua diversa da quella che poi parlano a scuola
- CURE PER 20 MILA**
Dato che la prevalenza media dei disturbi del linguaggio in età pediatrica è del 7%, si calcola che questi affliggono almeno 20 mila bambini stranieri
- QUANDO PREOCCUPARSI**
Se intorno ai 3 anni un bimbo esposto a più lingue non ha un lessico adeguato né in italiano né nella lingua d'origine va sospettato un disturbo del linguaggio

Bimbi stranieri e linguaggio ecco quando scatta l'allarme

la per niente l'italiano». Ecco, in questi casi bisognerebbe rivolgersi a un logopedista «perché il problema non è il bilinguismo: quel bambino può nascondere un Dsl, un disturbo specifico del linguaggio, e un Dsl può evolvere in un Dsa, in disturbo specifico dell'apprendimento, ovvero in dislessia, disgrafia, ecc. da trattare precocemente», conclude Rossetto.

«La terapia logopedica – spiega Raffaella Citro, vicepresidente del Coordinamento europeo dei logopedisti, Cplol – andrebbe però effettuata nella lingua madre del bambino, ma mancano mediatori linguistici, non ci sono risorse. Alcuni si organizzano per

avere nelle sedute un adulto madrelingua».

Che non va abbandonata. «La lingua madre – dice Citro – crea un legame affettivo maggiore e con cui la comunicazione è più efficace e ricca. Con genitori di lingua diversa ognuno usi quella con la quale si sente più a suo agio». Oppure si possono separare i conte-

sti: usare la lingua minoritaria in casa, e quella del paese che accoglie fuori, a scuola, con gli amici. O ancora distinguere i momenti: a tavola una lingua, i cartoni un'altra. «Questo – conclude – perché il bambino abbia ambiti chiari, sicuri in cui praticare una lingua o l'altra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La chirurgia

Così si salvano
gli arti inferiori
dall'aggressione
del diabete

DEL BELLO

SALUTE

Piede diabetico

È una complicanza tra le più temibili e spesso rende necessaria l'amputazione. Fondamentali prevenzione e trattamenti tempestivi

Quando anche un piccolo taglio è un pericolo

Approccio farmacologico limitato. Da curare la toeletta

GIUSEPPE DEL BELLO

Un minuscolo taglio, una piccola lesione, un'unguia incarnita. Inizia così, in maniera subdola (e spesso sottovalutata) il percorso che di frequente sfocia nel piede diabetico. Eppure, oltre a essere una delle complicanze più temibili della patologia che nel mondo coinvolge circa 300 milioni di persone, rappresenta anche la causa principale di amputazione non traumatica degli arti inferiori: il 70% è proprio conseguenza del diabete. Secondo il ministero della Salute in alcune zone si sfiora anche il 90%. Soltanto negli Stati Uniti ogni anno più di 50mi-

la pazienti subiscono l'intervento demolitivo associato al diabete, mentre percentuali analoghe si registrano sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo. Un'evoluzione drammatica che parte da un'infezione e arriva all'ulcera, la condizione responsabile dell'amputazione nell'85% dei casi.

«Le componenti che caratterizzano il piede diabetico — spiega Giovanni Ghirlanda, docente nella scuola di Specializzazione di Medicina interna all'università Cattolica di Roma e fino a novembre primario di Diabetologia al Gemelli — possono essere di natura vascolare o neurologica, tanto che si parla di "piede vascolare" o neuropatico, a seconda dei casi. Nel primo prevale la complicanza ostruttiva vascolare (ischemia), mentre nel piede neuropatico si rivela un danno dei nervi periferici». La situazione poi si complica ulteriormente, se subentra un processo

infettivo a cui i diabetici sono maggiormente esposti.

«Per identificare il piede vascolare - continua lo specialista - si parte dalla verifica dei polsi periferici, poi si passa all'indice caviglia-braccio, cioè al rilevamento della pressione nelle due sedi anatomiche: se l'indice, che normalmente corrisponde a 1, risulta inferiore a 0,9, occorre approfondire lo studio con un doppler arterioso dei vasi della gamba. Nel soggetto neuropatico, si va a monitorare la sensibilità, sia attraverso l'esame clinico, sia utilizzando il monofilamento di

Semmes-Weinstein. Si tratta di un filo particolare, in nylon trattato, da appoggiare sulla pianta del piede e sull'alluce, fino a farlo piegare con una forza standard di 10 grammi: se il paziente non si sente toccato, vuol dire che c'è un deficit della sensibilità».

Ovviamente, i criteri di distinzione sono diversi. La cute del piede con patologia vascolare si presenta fredda, fragile e con pelirari, mentre nel soggetto neuropatico appare calda e spessa con la pianta frequentemente sede di ipercheratosi. «La neuropatia coinvolge anche i muscoli: diventando atrofici deformano il piede che, a sua volta, può assumere un aspetto equino, cavo o piatto, per alterato appoggio — precisa Ghirlanda — e perciò è utile un plantare che ridistribuisca il peso del corpo durante la deambulazione». Fondamentale, la prevenzione del piede diabetico va dal controllo podologico al monitoraggio metabolico della glicemia e fino alla valutazione dei fattori di rischio per la vasculopatia periferica, cioè dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia e del fumo. Le condizioni più importanti correlate allo sviluppo di ulcere si identificano nella neuropatia periferica, nei microtraumi del piede e nelle deformità.

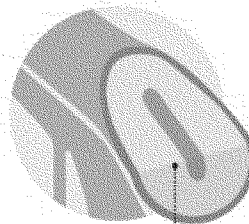
«Nel 90% dei casi l'amputazione è preceduta da un'ulcera, e qui entra in gioco l'educazione del paziente e, soprattutto, dei suoi familiari — conclude il docente — perché in genere, gli anziani che non vedono bene e con mobilità ridotta, hanno bisogno di essere assistiti anche per la semplice toilette dei piedi». Il versante terapeutico prevede un approccio farmacologico limitato, utile a migliorare la circolazione grazie agli antiaggreganti (l'ultimo arrivato è il ciclostazolo), mentre se ci si trova davanti a un'ischemia critica si può solo ipotizzare la rivascularizzazione: con by-pass oppure attraverso l'angioplastica con palloncino che consente la dilatazione del segmento arterioso ristretto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

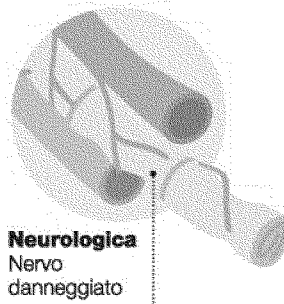
LE LESIONI

Possono essere di natura vascolare o neurologica:

Localizzazione frequente delle ulcere



Vascolare
Ostruzione vascolare (ischemia)

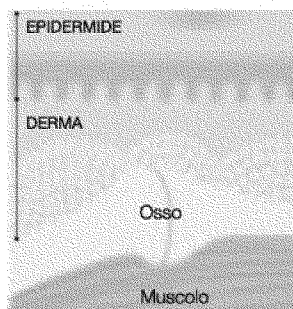


Neurologica
Nervo danneggiato

GLI STADI

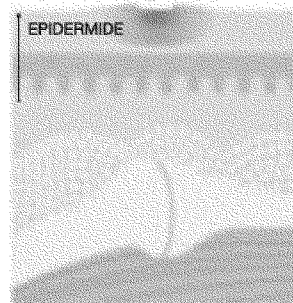
STADIO I

Cute arrossata, dolente al tatto, con temperatura aumentata



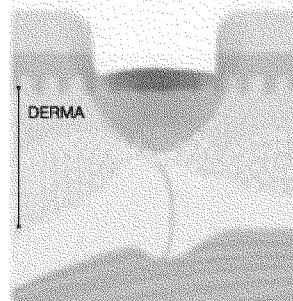
STADIO II

Ulcera nell'epidermide, non penetra nelle strutture più profonde del derma



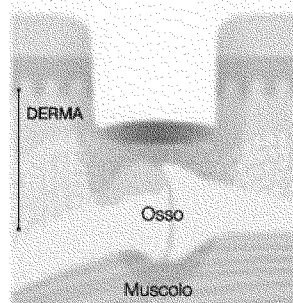
STADIO III

La lesione ha forma di cratere, il tessuto necrotico arriva al derma ed interessa anche i nervi e i capillari



STADIO IV

La lesione è molto grave, raggiunge i tessuti profondi, i piccoli vasi, i muscoli, i tendini, le articolazioni e le ossa



INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI