

Farmacie chiuse e sit in contro i tagli «Se non ci ascoltano la protesta continuerà»

Farmacie chiuse e sit-in in tutta Italia per dire no ai tagli previsti dal decreto sulla spending review. È stata superiore al 90%, secondo Federfarma, l'adesione alla serrata di ieri. Con qualche disagio per i cittadini che, in caso di necessità, hanno però potuto rivolgersi agli esercizi in turno obbligatorio rimasti aperte per garantire le urgenze. «Le farmacie – sottolinea la presidente di Federfarma, l'associazione che rappresenta le 18mila farmacie private italiane, Annarosa Racca – hanno aderito compatte alla iniziativa di protesta, si stima che l'adesione sia intorno al 93%. Questa elevata partecipazione allo sciopero dimostra chiaramente che le farmacie non possono tollerare ulteriori insostenibili tagli, che riducono il servizio ai cittadini, e pagare per gli sprechi e le inefficienze di altri». Ma la protesta non si esaurisce con la serrata di ieri: «Sciopereremo ancora. Questa è la prima di una serie di manifestazioni che i farma-

cisti faranno, finché la loro voce non sarà ascoltata», annuncia Racca. Neanche l'emendamento presentato in commissione Bilancio del Senato, che cancellerebbe le misure previste per le farmacie nel decreto, è servito a scongiurare la serrata: «È ancora in commissione. Non è comunque un emendamento salva-farmacie, ma servirebbe – aggiunge – a fare giustizia».

Abbandonato il bancone, i farmacisti ieri si sono trasferiti nelle piazze per spiegare ai cittadini le ragioni della protesta. Tantissime le iniziative: dalle manifestazioni ai sit-in davanti alle prefetture o agli assessorati alla Sanità, all'allestimento di gazebo informativi.

Per Federfarma l'adesione ha raggiunto il 93%. Qualche disagio ma erano aperti gli esercizi di turno

Manifestazioni in diverse città



Spending review, notte decisiva Miglioramenti sulla sanità

- **Al Senato si chiude sul testo che andrà in aula per la fiducia**
- **Accordo sulla spesa farmaceutica**

VALERIO RASPELLI
ROMA

Passi avanti sulla sanità e i tagli agli enti locali, poche possibilità di miglioramento su società *in house* e allargamento della platea degli esodati. Con le lobby all'attacco «che non passeranno», come promette direttamente Mario Monti, il decreto sulla spending review ha vissuto l'ultima notte di trattativa prima del voto e dell'arrivo in aula del Senato che, a meno di colpi di scena, è previsto per oggi. Il governo metterà poi la fiducia.

La lunga trattativa fra maggioranza, relatori e governo ha prodotto nuovi emendamenti soprattutto sul tema sanità e in particolare sulla spesa farmaceutica. In commissione Bilancio si è arrivati ad «un accordo che cambia profondamente il testo precedente distribuendo meglio gli oneri sull'intera filiera per evitare di appesantimenti eccessivi sulla finanza regionale», spiega il relatore Pd Paolo Giarretta. Sempre per venire incontro alle richieste delle Regioni, che mercoledì hanno deciso di non firmare il Patto sulla salute contestando il governo, la commissione ha approvato un emendamento del Pdl che prevede un aumento dell'Irpef nelle otto regioni con un debito della sanità da ripianare. Si è preferito dunque dare la possibilità alle regioni con extra-deficit sanitario (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia) di anticipare dal 2014 al 2013 la maggiora-

zione dell'aliquota addizionale regionale Irpef, dallo 0,5% all'1,1%.

Dai relatori giovedì notte era anche arrivata la riscrittura delle norme sulle società *in house*, le aziende di proprietà dei Comuni che offrono servizi ai cittadini, che il testo originario imponeva di vendere per fare cassa. Non saranno chiuse automaticamente ma ci sarà la possibilità di una selezione. «In questo modo si riconosce finalmente la legittimità delle tre forme di gestione ammesse dalla normativa comunitaria e ribadite anche dalla Corte costituzionale - sottolinea Raffaella Mariani e Alessandro Bratti, deputati Pd della commissione Ambiente - Importante è la valutazione nel merito della qualità della gestione e quindi anche la verifica puntuale dell'esistenza di elementi che possono giustificare la presenza di gestioni *in house*, senza far venir meno la trasparenza dei bilanci».

Sugli esodati invece il Pd si era mosso per allargare di 2mila unità la platea dei secondi 55mila salvaguardati nel decreto. Problemi di copertura finanziaria adottati dalla Ragioneria generale e dal ministero dell'Economia sembrano però aver reso impossibile l'operazione.

Tra le modifiche approvate una riguarda i Comuni, dopo le proteste dei sindaci dei gironi scorsi. Nelle loro casse arriveranno altri 800 milioni: 300 verranno girati loro dalle Regioni e altri 500 arriveranno dal Fondo per i rimborsi fiscali alle aziende. Quindi alle imprese verrà meno altra liquidità.

La commissione ha pure approvato un emendamento della Lega che pone un tetto di 300mila euro agli stipendi di dipendenti e manager della aziende a partecipazione pubblica, Rai compresa. Ma il nuovo si salverà perché le norme si applicheranno dal prossimo rinnovo del Consiglio.

«TAGLI PENALIZZANO ENTI LOCALI»

Proprio ieri è poi arrivata la denuncia della Corte dei Conti: lo Stato taglia le spese e riduce i trasferimenti, ma con un diverso trattamento tra centro e periferia. La scure si abbatte infatti con più forza sugli enti locali, che in due anni si sono visti ridurre le risorse trasferite dallo Stato di quasi del 20%.

Sempre ieri intanto è andata in scena la serrata dei farmacisti. Serrande abbassate e sit-in in tutta Italia per dire «No» ai tagli previsti dal decreto sulla spending review. Per Federfarma l'adesione «è stata alta, oltre il 90%». Con qualche disagio per i cittadini che, in

caso di necessità, hanno però potuto rivolgersi alle farmacie in turno obbligatorio rimaste aperte per garantire le urgenze. «Le farmacie - sottolinea la presidente di Federfarma, l'associazione che rappresenta le 18mila farmacie private italiane, Annarosa Racca - hanno aderito compatte alla iniziativa di protesta. L'elevata partecipazione allo sciopero dimostra chiaramente - afferma Racca - che le farmacie non possono tollerare ulteriori insostenibili tagli, che riducono il servizio ai cittadini, e pagare per gli sprechi e le inefficienze di altri». Il decreto accolla alle farmacie e alle aziende farmaceutiche una parte degli oneri per tagliare questo tipo di spesa, ma la maggioranza, specie il Pdl, sta cercando soluzioni diverse soprattutto per salvare le farmacie, un po' come era accadute per il decreto liberalizzazioni. Ma la protesta non si esaurisce con la serrata di ieri: «Sciopereremo ancora. Questa - annuncia Racca - è la prima di una serie di manifestazioni che i farmacisti faranno, finché la loro voce non sarà ascoltata».

Il Pd: bene il cambio della norma sulle società *in house*, quelle sane verranno salvate



SPENDING REVIEW
In 8 regioni aumento Irpef dal 2013
Meno tagli ai Comuni, fondi agli esodati
 Marco Rogari e Roberto Turno > pagina 12 e 13

In otto Regioni Irpef su dal 2013

Anticipato il possibile aumento all'1,1% per gli enti sotto piano di rientro

Tagli agli ospedali, cambia la tempistica
 Entro fine anno dovranno essere adottati
 i provvedimenti per ridurre i posti-letto

RITOCCHI AI BONUS

Verso la revisione al ribasso degli sconti che le industrie farmaceutiche dovranno praticare alle strutture sanitarie pubbliche

Roberto Turno

ROMA

■ Ospedali e Asl vanno in deficit e i cittadini con la sanità in default continuano a essere chiamati a pagare una bolletta sempre più alta per salvarli dal baratro. Ecco così in arrivo dal prossimo anno una nuova possibile stangata Irpef per i contribuenti di otto Regioni con i conti sanitari in rosso: Piemonte, Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia. Se vorranno, le amministrazioni potranno disporre con propria legge dal 2013 l'aumento dell'addizionale regionale dallo 0,5 all'1,1%, anticipando una misura che era già in cantiere, ma solo a partire dal 2014.

La novità, firmata con un emendamento di tre senatori del Pdl (Vicari, Bonfrisco, Tancredi), è stata inserita ieri dalla commissione Bilancio del Senato nel testo del decreto legge sulla spending review atteso in aula a palazzo Madama. Nel quale finirà anche l'emendamento dei relatori Paolo Giaretta (Pd) e Gilberto Pichetto Fratin (Pdl), già ieri sera all'esame della commissione, che contiene parecchie novità. A partire dai minori tagli, ma più leggeri di quanto previsto mercoledì, per farmacie e industrie farmaceutiche. E ancora: l'aumento

del tetto della **farmaceutica** ospedaliera e la diminuzione di quella territoriale, l'intesa sul «patto per la salute» fissata entro il 15 novembre 2012, la rimodulazione dei tempi per il taglio dei posti letto che almeno per la metà (non più il 40%) dovranno interessare gli ospedali pubblici. Infine una precisazione sull'applicazione a tutti gli enti del Ssn delle norme su certificazione e compensazione dei crediti.

Sel'emendamento che fa risalire lo spread delle addizionali regionali all'Irpef nelle Regioni sottoposte a piano di rientro dal deficit sanitario arriva come un fulmine a ciel sereno per i contribuenti, in qualche modo prevista era la nuova spalmatura dei tagli a carico di farmacisti e industrie farmaceutiche. L'emendamento dei relatori propone per i farmacisti l'aumento dello sconto al 2,25%, anziché il raddoppio fino al 3,65 indicato dal decreto: la misura varrà anche oltre il 2012. Per le industrie lo sconto scende invece dal 6,5 al 4,1%: ma vale solo per quest'anno. Con la norma iniziale il Governo calcolava risparmi totali fino al 2014 per 705 milioni, che a questo punto si riducono del 70% circa per le farmacie e della metà per le industrie. La copertura viene lasciata al pay back a carico della filiera in caso di sfioramento del tetto di spesa territoriale, come aveva indicato la Ragioneria generale. Il tetto per la **farmaceutica** territoriale scende intanto all'11,35% (dall'11,5 previsto dal decreto e dal 13,3 attuale), mentre l'asticella per la **farmaceu-**

ica ospedaliera sale al 3,5% (contro il 3,2 del decreto e il 2,4 attuale), lasciando inalterato il 50% di ripiano a carico delle industrie.

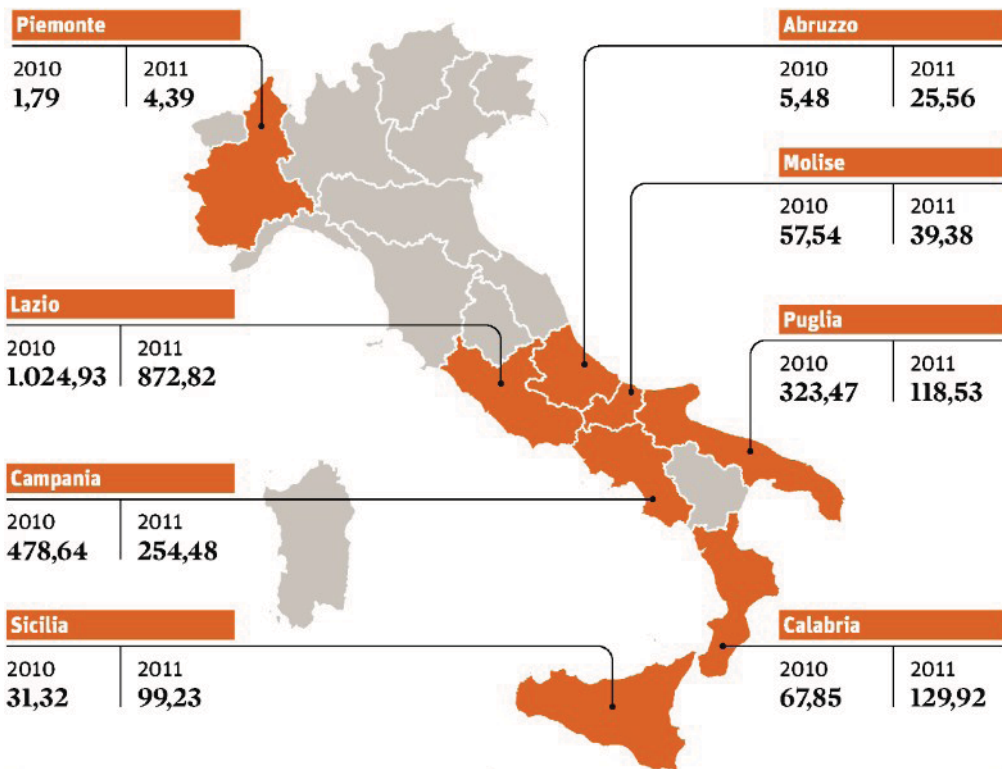
Ecco poi le modifiche concordate dei relatori sulla riduzione dei posti letto. Entro il 31 ottobre le Regioni dovranno fissare con regolamento gli standard «qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi» dell'assistenza ospedaliera e quindi adottare entro fine anno, con intesa in Stato-Regioni, i provvedimenti di riduzione dei posti-letto secondo i limiti già indicati dal decreto legge, che restano invariati (3,7 posti letto ogni mille abitanti, lo 0,7 per lungodegenza e riabilitazione). Con tanto di riduzione dei primari, reparti doppione o poco produttivi e di piccoli ospedali che non passeranno la verifica (assistenziale, funzionale e gestionale) e che dovranno cambiare mestiere promuovendo invece day hospital, assistenza ambulatoriale, domiciliare e residenziale. La verifica complessiva interesserà 399 piccoli ospedali (con 25.593 posti letto), inclusi quelli "articolati in più sedi". Sugli ospedali pubblici tra l'altro caleranno le forbici del taglio di almeno il 50% dei 18mila posti letto totali che saranno cancellati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il deficit delle regioni sotto osservazione

I risultati nelle regioni con piano di rientro. In milioni di euro



■ **Sanità**



*Cure palliative al via
Stabiliti farmaci
procedure e interventi*

LOZITO A PAGINA **11**

Cure palliative, una rete che aiuta

Documento dalla Conferenza Stato Regioni: «Obbligatorio assistere»

Dovere delle strutture è lenire le sofferenze dei malati offrendo loro anche «risposte spirituali», che se non trovano ascolto possono originare disagi. Stabiliti **farmaci**, procedure e interventi ambulatoriali

Nel testo – oltre alla collaborazione tra hospice, organizzazioni no profit e mondo sociale – si dispone la creazione di équipe multiprofessionali con medici, infermieri e psicologi dedicati

DI FRANCESCA LOZITO

Cure palliative e terapia del dolore, via libera della Conferenza Stato Regioni al documento che ne disegna il profilo nel nostro Paese. È stato infatti approvato un importante testo, che si prefigge di rispondere alla domanda fondamentale su questo tema: come devono essere praticate le due discipline? Nel documento sono contenuti i requisiti per l'organizzazione delle strutture residenziali e a domicilio sia di cure palliative che di terapia del dolore. In tempi di tagli alla sanità, ancora più utile, dunque, a mettere gli argini ad un possibile ribasso dell'offerta, imponendo alle regioni degli standard minimi, ma di certo di qualità, che devono essere rispettati da tutti. Il testo è, inoltre, una difesa dell'essenzialità di queste due terapie nel percorso di cura di

tanti cittadini, proprio nel nome di quel diritto sancito dalla legge 38 che le ha originate. E le regioni hanno l'obbligo di mettere in pratica quanto delineato nel documento, pena la perdita ai finanziamenti integrativi del Fondo sanitario nazionale. Frutto del percorso della Commissione nazionale sulle cure palliative (in cui esperti, tecnici del ministero e soggetti in campo nella cura dei malati si sono seduti attorno a un tavolo per mettere insieme conoscenze e bisogni) il documento ha una sua importanza fondamentale nel rendere pienamente operativa la legge 38 del 2010, che ha istituito in maniera definita e distinta le due reti delle cure palliative e della terapia del dolore. Quest'ultima infatti, è parte fondamentale delle cure palliative, ma non le esaurisce: la terapia del dolore può essere

infatti praticata anche per tutte quelle patologie croniche che non abbiano per forza un decorso ben definito verso la fine della vita, con lo scopo di migliorarne in generale la qualità. Integrazione e collaborazione tra struttura sanitaria, organizzazioni no profit, mondo sociale. Creazione di équipe multiprofessionali con personale dedicato: medici, infermieri, assistenti sociali. Collaborazione con i medici di medicina generale. Senza



dimenticare anche le risposte spirituali e sociali, che possono, se non trovano ascolto, originare una seria sofferenza. È questa l'ossatura portante della rete delle cure palliative, quella trama che va poi ad inserirsi nella relazione con la famiglia del malato, essenziale nel periodo di presa in carico. Continuità nei diversi ambiti di assistenza è la premessa essenziale perché tutto questi soggetti possano offrire il miglior servizio al malato. Per far questo, sono necessarie periodiche riunioni di équipe. La macchina della continuità assistenziale ha però bisogno, per funzionare bene, di lavorare sulle ventiquattro ore non solo in hospice, ma anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare: è questo un passaggio importante, senza il quale non è possibile dare il dovuto supporto nelle mura di casa al malato e al familiare che svolge le funzioni di care giver, grazie alla disponibilità di un medico che possa recarsi sul posto o rispondere a situazione meno complesse anche a distanza. Fin qui le cure palliative, dunque. Ma paletti importanti sono fissati dal documento della Conferenza Stato Regioni anche per quanto riguarda la rete della terapia del dolore. Tre le componenti in cui si articola: i già presenti ambulatori della medicina generale (con cui è prevista la stipulazione di specifici accordi con questo ambito), i centri "spoke" (ambulatori di terapia del dolore, ospedalieri o territoriali) e i centri "hub" (specificamente ospedalieri). In entrambi i casi viene garantito l'obiettivo di migliorare la qualità della vita con **farmaci**, strumenti specifici o chirurgia dedicata, qualsiasi sia la patologia del malato. Infine nel documento viene delineato come si devono strutturare anche le cure palliative pediatriche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

la svolta

Va a buon fine il lavoro della Commissione nazionale sulle cure palliative, che ha riunito per mesi esperti, tecnici del ministero e operatori sul campo: finalmente alle regioni vengono imposti standard minimi che devono essere rispettati da tutti, pena la perdita dei finanziamenti integrativi del Fondo sanitario nazionale

I NUMERI

SOLO 5 REGIONI IN REGOLA. E MANCANO GLI HOSPICE
Non ci sono più scuse: la rete delle cure palliative deve nascere ed al più presto. Le regioni sono stimolate a farlo, pena la perdita di specifici finanziamenti. In tempi di spending review non è una sollecitazione da poco. E di lavoro da fare ce n'è ancora tanto se si considera che la regione con più hospice è la Lombardia (23), seguita da Emilia Romagna (16), Toscana (13), Veneto (12), Piemonte (11). L'ultima relazione parlamentare, prevista dalla legge 38 e presentata lo scorso aprile sui dati del 2011, evidenzia come siano ancora poche le regioni con una struttura di coordinamento per le cure palliative: l'hanno attivata solo Piemonte, Sicilia, Liguria, Veneto, Lazio. Gli hospice attivati sono ancora inferiori rispetto al fabbisogno e a quanto previsto dalla legge: 166 invece dei 201 previsti negli ultimi due anni come un obiettivo possibile da raggiungere. Di queste 120 sono nate grazie a fondi statali e 46 con finanziamenti regionali o privati. Circa l'utilizzo dei finanziamenti, sebbene la percentuale totale di utilizzo sia dell'88,28% ci sono casi come la Sardegna che ne ha impiegati solo il 15,91%. La legge 38 prevede anche la semplificazione nella prescrizione degli oppioidi. Va dunque letto anche alla luce di questo aspetto il dato sull'aumento dei consumi: 1,17 euro pro capite. In Europa si consumano più che nel nostro Paese e fa riflettere che a chiederne maggiormente siano le donne rispetto agli uomini. **(Fra. Loz.)**

DA SAPERE

TERAPIE DEL DOLORE, UN DIRITTO DAL 2010

Una legge per affermare il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore nel nostro Paese. Il Parlamento italiano l'ha approvata il 9 marzo 2010 (la precedente legge sulle cure palliative, datata 1999, prevedeva l'istituzione dei soli hospice), ma la crisi economica e il cambio del governo hanno messo in stand by il risultato del lungo lavoro. Così la legge 38 – testo guida nell'affermazione di quella tutela della fase finale della vita che porta alla massima cura del malato e della famiglia – è rimasta lettera morta: dodici articoli che definiscono in modo distinto che cosa devono fare le due reti, cure palliative e terapia del dolore, ma anche per esempio che cosa devono essere le cure palliative per i bambini. In base alla norma, il Parlamento ogni anno deve elaborare una relazione sullo stato di salute delle due reti. E se dal 2010 queste relazioni parlano di progressi e di eccellenza sul campo, una rete globale e organizzata di assistenza su tutto il territorio resta ancora un'utopia. **(Fra. Loz.)**

Trasfusione sbagliata, raffica di interrogatori

Infermieri e medici davanti ai Nas. L'errore sarebbe stato scoperto dai parenti della vittima

LUCA SERRANÒ

INFERMIERI, specializzandi e medici della chirurgia vascolare di Careggi. Tutti davanti ai carabinieri che indagano sul caso del 69enne fiorentino morto undici giorni dopo una trasfusione della quale non aveva bisogno. Ieri mattina i carabinieri del Nas hanno interrogato quasi tutto il personale presente nel reparto durante la procedura. I militari, coordinati dal pm Christine Von Borries, puntano ad individuare chi avrebbe materialmente commesso lo sbaglio (le sacche di sangue erano destinate ad un altro paziente) e a chiarire eventuali responsabilità dei medici.

Per fare luce sul collegamento tra l'errore e la morte del paziente saranno invece fondamentali i risultati dell'autopsia, che sarà effettuata lunedì (dal medico legale e da un perito ematologo) all'istituto di medicina legale di Careggi.

L'uomo era stato ricoverato lo scorso 14 giugno con una diagnosi di ammissione di cancro ischemico dell'arto inferiore. Sottoposto ad am-

putazione e ricoverato in terapia intensiva, le sue condizioni (seppur gravi) si erano stabilizzate col passare dei giorni, tanto da essere trasferito di nuovo nel reparto di chirurgia vascolare. La trasfusione, di cui non aveva bisogno risale al 9 luglio.

Secondo indiscrezioni, sono stati i familiari del 69enne ad accorgersi del malore: il personale sanitario sarebbe intervenuto solo in un secondo tempo, proprio su richiesta della moglie. Un episodio che sarebbe finito sotto la lente d'ingrandimento degli inquirenti, impegnati in queste ore a risolvere una serie di inquietanti interrogativi. Ci si chiede, infatti, come sia stato possibile per un infermiere agire completamente da solo, in palese contrasto con il protocollo ministeriale previsto per il processo trasfusionale. Gli sbagli commessi in questo campo sono considerati molto gravi proprio perché evitabili seguendo le linee guida emanate nel 2008 dal ministero della salute. Tra queste, la necessaria presenza di medici e infermieri e una serie di verifiche strin-

genti sul gruppo sanguigno da iniettare. Previste anche procedure supplementari per la certa identificazione del paziente. Regole che se rispettate avrebbero evitato la reazione allergica nell'uomo e, sospettano i familiari, il suo peggioramento clinico.

Sul fatto va ora avanti anche l'inchiesta interna dell'ospedale di Careggi, aperta subito dopo l'episodio. La struttura, che non ha mai informato dell'errore la procura o il posto fisso di polizia, si è difesa spiegando che le cause della morte non sono da collegare alla trasfusione ma esclusivamente all'infarto che il 20 luglio scorso ha colpito l'uomo. Proprio nel tentativo di fare ulteriore luce sulla vicenda, l'assessore alla sanità regionale Luigi Maroni ha intanto deciso di avviare l'audit della commissione rischio clinico.

L'uomo non doveva ricevere sangue: lunedì è prevista l'autopsia



I punti



L'ERRORE

Il 9 luglio un uomo di 69 anni subisce una trasfusione senza averne bisogno. Undici giorni dopo muore per un attacco cardiaco



LA DENUNCIA

Subito dopo aver scoperto l'errore, quando ancora l'uomo era vivo, i familiari della vittima si rivolgono ai carabinieri che iniziano le indagini



L'INCHIESTA

Il pm Von Borries vuole chiarire le eventuali responsabilità. Sequestrate le cartelle cliniche e interrogato il personale



Proseguono le indagini sul caso della trasfusione sbagliata

Bimbo morto al S. Giovanni Un'infermiera «È colpa mia»

di G. DE SANTIS e C. SALVATORI

A PAGINA 4

Salgono a 25 gli indagati per la morte del piccolo Marcus

È slittata a oggi l'autopsia sul piccolo Marcus De Vega - il neonato morto al San Giovanni per uno scambio di flebo - che dovrà stabilire, alla presenza dei periti di parte (compreso Enrico Marinelli, per conto della mamma Jacqueline) e dei consulenti della Procura (Salvatore Potenza e Ugo Di Tondo), la causa della morte e se sia imputabile alla somministrazione di latte per via endovenosa. Sul fronte delle indagini il procuratore aggiunto

Leonardo Frisani ha ricevuto dal Nas la relazione degli ispettori del ministero della Sanità che parla di macchinari e incubatrici obsoleti a Neonatologia e di una possibile manomissione della cartella clinica. Lunedì inizierà in procura la «sfilata» dei 25 indagati: tra loro i vertici dell'ospedale, il direttore generale Gianluigi Bracciale e quello sanitario Salvatore Passafaro, i medici e gli infermieri presenti in reparto nei giorni dell'incidente (fra i quali il capo sala Andrea Ciani, l'ex

primaria Carolina De Carolis e l'attuale reggente di Neonatologia, Maria Cristina De Angelis). Sconvolta la «vigilatrice» che ha commesso l'errore: «Ho sbagliato io, è colpa mia - avrebbe detto ai colleghi -. Ma non sono l'unica. Mi sono fidata del medico che mi ha indicato uno dei due tubicini».

**Giulio De Santis
Clarida Salvatori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MALATTIE DEL FEGATO

In Italia ora serve un progetto unitario

Fabrizio Capecelatro

■ Nel mondo oltre 7 milioni di persone sono affette da malattie del fegato. Solo di epatite C, infatti, ci sono 170 mila malati nel mondo e in Italia tra l'1 e il 2% della popolazione ne è affetta, mentre il tumore al fegato risulta essere la terza causa di morte.

A fronte di una situazione così allarmante dal punto di vista clinico, non si registra però un'adeguata organizzazione nel combattere e contrastare le patologie che colpiscono la ghiandola più voluminosa del corpo umano che gioca un ruolo fondamentale nel metabolismo, e svolge una serie di processi tra cui l'immagazzinamento del glicogeno, la sintesi delle proteine del plasma e la rimozione di sostanze tossiche dal sangue.

Benché l'Assemblea mondiale della salute abbia tentato di porre riparo a questa grave situazione che condiziona in negativo l'operato dei sanitari, imponendo agli Stati membri undici provvedimenti da prendere per facilitare la cura delle malattie del fegato, l'Italia non ha ancora recepito ben otto di queste

richieste.

L'aspetto più preoccupante è che in Italia manca ancora un censimento dei centri specializzati in epatologia e quindi l'accreditamento di questi presso il Ssn. Se sul piano istituzionale manca un coordinamento e un'organizzazione tra le molteplici strutture che si preoccupano di curare le malattie del fegato, non mancano, al contrario, iniziative private finalizzate a riunire le associazioni di volontariato che si interessano di epatologia.

Proprio con lo scopo di federare tutte queste associazioni di volontari che si occupano di malattie epatiche e di trapianto di fegato, nel 2003 è nata la Federazione nazionale Liver-Pool che promuove iniziative ed eventi, come il convegno «Nuove frontiere nella cura delle malattie del fegato», organizzato dalla Copev lo scorso giugno alla Clinica Mangiagalli di Milano, a fa-

vore di una migliore prevenzione e assistenza alle persone ammalate e le loro famiglie.

Nonostante la ricerca scientifica in questo settore sia sicuramente avanzata, tanto che la cura dell'epatite B è oggi in grado d'assicurare ottime percentuali di completa guarigione, ancora una volta la mancanza di un progetto unitario finalizzato al contrasto di questa patologia fa sì che al momento soltanto la metà dei malati riesca ad accedere alle terapie.

L'obiettivo non è più, quindi, soltanto di trovare efficaci cure alle malattie del fegato, quanto quello di aumentare le possibilità di accesso a esse. Anche nel campo della trapiantologia sono stati fatti dei passi da gigante, purtroppo le donazioni restano ancora nettamente insufficienti.

Pochi sanno, a esempio, che anche nel caso di trapianto da vivente l'evoluzione chirurgica ha permesso di ottenere dei risultati strabilianti sia per la sicurezza del ricevente sia del donatore.

PROGRESSI

La ricerca e la tecnica dei trapianti hanno fatto passi da gigante



SENZA POLIZZE DI COPERTURA

Siot lancia l'allarme: «Chirurgia a rischio con la legge attuale»

Servono nuove norme che regolino la responsabilità o i medici eviteranno gli interventi più difficili

Simonetta Caminiti

■ Eccellenza italiana, con numerose punte di diamante e qualche punto nevralgico. Così spieghiamo cosa succede a Siot, Società italiana di ortopedia e traumatologia, presieduta dal professor Marco D'Imporzano. Realtà che, per competenze diagnostiche e terapeutiche, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità come una tra le migliori al mondo. Eppure - parola del presidente - c'è un disagio che rischia di scoraggiare le nuove leve e indebolire la sua efficienza. «È diventato estremamente difficile per l'ortopedico - ci spiega D'Imporzano - reperire sul mercato assicurativo una polizza che copra in maniera sicura il rischio connesso all'attività chirurgica». In altre parole, cioè, le compagnie tendono a non assicurare, le polizze sono dispendiose e vengono disdettate alla semplice segnalazione dell'incidente che può verificarsi in un intervento chirurgico.

Il boom dei costi è stato del 150%. I dati dell'Associazione nazionale imprese assicuratrici (Ania) relativi al 2011 e 2012 sono «sconcertanti», secondo la stessa Ania: «Nell'ultimo anno gli aumenti hanno comportato un esborso di oltre 500 milioni di euro per i medici. Si assiste, inoltre, a un continuo aumento di

un serio appiattimento dell'attività operatoria

denunce per presunta "malpractice" anche di carattere penale. Che ci pone ben al di sopra della media europea, per un totale di 40 mila contenziosi nello stesso arco di tempo». Per le assicurazioni non esistono obblighi e le polizze arrivano a costare 15 mila euro l'anno e ottenerle può rivelarsi una vera odissea. Si viene a creare così un disincentivo fortissimo a svolgere proprio gli interventi più complicati, quelli in cui le probabilità di non riuscire sono maggiori: un appiattimento dell'attività ortopedica, che inizia a eseguire di buon grado solo operazioni di routine, rischiando di lasciare orfani i casi più critici.

«Questa situazione, che non tocca la sensibilità sociale delle istituzioni, condanna la chirurgia italiana (e non solo quella ortopedica) alla progressiva astensione dei giovani. Anche in Italia - prosegue D'Imporzano - si arriverà al fenomeno della chirurgia in mano non più a chirurghi italiani, ma a laureati provenienti da Paesi lontani». Una professione, quella del medico, che spesso impone l'equilibrio tra la vita e la morte, tra la disperazione e la rinascita di un essere umano: ma fino a qual punto la legge spaventa il professionista? Dove cominciano e dove finiscono le responsabilità di un medico, quando le cose finiscono male anche se non sono stati commessi errori macroscopici?

«Il chirurgo - risponde il presidente di Siot - è sempre denunciato per l'evento avverso e deve dimostrare la sua estraneità a quello che organizzazioni pseudo medicolegali ormai strombazzano sulla stampa e in siti Internet "essere sempre colpa medica"».

Va a finire tutto nel calderone della cosiddetta «malasanità», insomma, con richieste di risarcimenti la cui media oscilla tra i 25 mila e i 40 mila euro. È in questo che si traduce spesso la colpa chirurgica, anche se poi «la stragrande maggioranza dei procedimenti finisce in un nulla di fatto».

Il grido di allarme sulle assicurazioni, che parte dalla chirurgia ortopedica ma non si limita a questa specialità, si allarga alle nuove tec-

nologie, che potrebbero risentire pesantemente della riduzione di cultori e tecnici.

È possibile che la legge venga incontro quanto meno al problema del rischio clinico? E come? «Il legislatore, in realtà, ha già provveduto a metter a punto una

SOLO ROUTINE
Per la società si rischia

nuova legge (Schema di Testo Unificato n. 50 e altri, che reca il titolo "Nuove norme in materia di responsabilità professionale del persona-

le sanitario") a cui sia la Società italiana di ortopedia e traumatologia, sia il Collegio italiano dei chirurghi che io - ricorda D'Imporzano -

presiedo da circa un anno, hanno dato cenni di plauso. Purtroppo, il provvedimento è fermo nel suo iter anche se risolverebbe quasi totalmente il problema».



Per un chirurgo ortopedico stipulare una polizza può diventare un'odissea



Marco D'Imporzano, presidente Siot



PNEUMOLOGIA

Asma, bambini sempre più a rischio

L'incidenza delle malattie polmonari è in aumento: ecco la «roadmap europea» per contrastarle

di Luigi Cucchi

■ Una roadmap respiratoria europea è stata messa a punto. Questo documento, che indica la strada da percorrere per incidere positivamente sulle malattie respiratorie, è stato presentato a Roma dai pneumologi ospedalieri in occasione della «Giornata mondiale della spirometria».

Si delineano in esso le future esigenze della medicina respiratoria in termini di cambiamenti nella pratica clinica, coinvolgimento attivo del paziente, nuovi modelli di erogazione delle cure e di prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio, acute e croniche, trasmissibili e non, che coinvolgono centinaia di milioni di persone. Vi è una generale mancanza di consapevolezza sulla mortalità e morbidità di tali malattie.

Pochi sono a conoscenza del forte incremento delle malattie respiratorie, prima di tutte l'asma, che colpisce in Italia circa tre milioni di persone ed è responsabile di più di mille decessi l'anno. Molto preoccupante è l'aumento di questa malattia tra i bambini, che si attesta intorno al 10 per cento contro il 5,3 per cento nella popolazione adulta. L'aumento del trend

dell'asma nei bambini e negli adolescenti, registrato negli ultimi anni, è andato di pari passo con lo sviluppo industriale ed economico dei Paesi europei, ricorda il professor Stefano Centanni, direttore della Clinica di malattie dell'apparato respiratorio (San Paolo-Università degli studi di Milano), precisando che questo stretto parallelismo ha all'origine lo spostamento dall'ambiente rurale a quello cittadino, le modificate abitudini di vita, la non corretta alimentazione, l'esposizione a numerosi nuovi allergeni e all'inquinamento ambientale e domestico. Tali fattori potrebbero cominciare a determinare un condizionamento del sistema immunitario e una sensibilizzazione allergica in utero e poi nelle prime fasi di vita.

Altra patologia misconosciuta, soprattutto tra le donne, è l'ipertensione arteriosa polmonare. Causa affanno dopo uno sforzo fisico minimo, gonfiore alle caviglie e senso di oppressione al torace e all'addome. È una malattia rara che, purtroppo, può risultare mortale entro due-tre anni dalla diagnosi in assenza di trattamento. Per un ideale approccio a que-

sta patologia rara è necessario fare riferimento ad alcuni centri che, in Italia, hanno sviluppato una specifica preparazione sulle necessità di questi pazienti. Tra le più qualificate strutture (è una tra le più grandi in Europa e centro di riferimento per queste patologie) vi è quella diretta da Nazzareno Galiè, docente di cardiologia responsabile del Centro ipertensione polmonare a Bologna. «È fondamentale - osserva - riconoscere precocemente questa patologia. L'ecocardiografia (esame del tutto indolore, ma estremamente importante) ci aiuta in maniera inconfutabile a stimare la pressione polmonare e a fare una prima selezione dei pazienti. Poi ci sono gli altri esami che aiutano a integrare tutte le indagini e, quindi, a confermare non solo la presenza di ipertensione arteriosa polmonare, ma anche il tipo di patologia, cosa molto importante per le successive scelte terapeutiche».

L'importante, per lo specialista, è stare il più vicino possibile ai pazienti che soffrono di questa patologia rara e possono finire con l'isolarsi.



La pneumologia italiana on line: www.mesedellspirometria.it

