

» **Il dossier** Le contestazioni ai medici in aumento del 4,2%. La specialità più coinvolta è ortopedia

Pronto soccorso, 25 morti sospette

Ogni anno 28 mila denunce in corsia

Nei reparti di emergenza un decesso dubbio al mese

Gli errori in chirurgia

Le principali richieste di risarcimento sono per presunti errori chirurgici. Al Sud i camici bianchi più tartassati

Il presidente dell'Ordine

Amedeo Bianco: «Anche la miglior cura, se prestata in un contesto allo sbando, viene spesso considerata sbagliata»

MILANO — In attesa per ore prima di essere visitati al Pronto soccorso, lasciati lungo il corridoio su letti improvvisati in assenza di posti liberi nelle camere, ascoltati di sfuggita dai dottori e dagli infermieri travolti dal troppo lavoro. Le scene vergognose immortalate al Policlinico Umberto I e al San Camillo di Roma sono la punta dell'iceberg di una sanità a corto di soldi che offende la dignità dei malati. Così i pazienti, maltrattati e trascurati, usano sempre più una delle poche armi che hanno: la denuncia contro il medico. Riflette Amedeo Bianco, presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo): «Anche la migliore cura, se prestata in un contesto allo sbando, viene spesso considerata sbagliata. E il dottore finisce in Tribunale».

Nel 2010 le denunce per errore medico sono arrivate a 28 mila. Una crescita vertiginosa: l'aumento è del 4,2% nel giro di un solo anno. Emerge dal report «MedMal Claims Italia», presentato lunedì dalla società Marsh, leader mondiale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi. Il dossier viene considerato uno dei più attendibili sul fenomeno della *malpractice*. L'indagine è stata realizzata su un campione di 2,2 milioni di ricoveri in 80 ospedali pubblici. Le richieste di risarcimento danni da parte dei malati sono 2,7 ogni mille ricoveri.

Questo tasso, depurato dai sinistri per cadute e proiettato sugli 11 milioni di ricoveri a livello nazionale, porta alla cifra record di 28 mila denunce. Millequattrocento in più rispetto al 2009. Le cure in Pronto soccorso sono in cima alla classifica delle proteste dei malati: i reclami sono il 13,06% del totale. Tra le specialità mediche contestate ormai, prima delle prestazioni d'urgenza, c'è solo l'ortopedia (14,07%). Seguono a ruota gli interventi chirurgici (10,86%), l'ostetricia e ginecologia (7,03%), la medicina generale (3,57%) e la rianimazione (2,93%).

Nelle cronache sulla malasanità si accavallano rabbia, delusione, risentimento per un'ingiustizia subita. E purtroppo ci sono anche casi di morti sospette. Nei reparti di emergenza-urgenza degli ospedali italiani — secondo i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari — se ne contano 25 in due anni (il che vuol dire quasi un decesso al mese legato a presunti casi di *malpractice* da Pronto soccorso). Tra le vittime ci sono anche 4 bimbi. La maggior parte dei decessi si registra in Sicilia e Calabria.

E sono proprio i medici del Sud i più tartassati dalle denunce: da Roma in giù le richieste di risarcimento danni sono 2,51 ogni mille ricoveri, contro la media dell'1,56 al Nord e dell'1,85 al Centro. I principali sbagli contestati sono quelli chirurgici (27,58%), diagnostici (15,19%) e te-

rapeutici (13,28%).

Secondo gli ultimi studi diffusi dalla Regione Lombardia, però, solo il 25% delle richieste di danni va in porto. Insomma: dopo essere stati trascinati in Tribunale, tre medici su quattro non subiscono conseguenze. Ma quasi tutti gli errori, veri o presunti, non possono prescindere dall'organizzazione degli ospedali e dalle condizioni di lavoro dei medici. I malati vanno su tutte le furie perché aspettano ore prima di essere visitati? I malati vengono lasciati su barelle (quando ci sono) sparse dovunque? Il problema è che spesso il Pronto soccorso è in tilt perché i pazienti non possono essere trasferiti nei reparti. Tutti pieni. Qui, del resto, negli ultimi cinque anni sono stati tagliati almeno 90 mila letti. Lo stress dei medici è, poi, in continuo peggioramento. Le corsie cominciano a scontare l'effetto dei pensionamenti e del blocco al turnover. Entro il 2015, secondo la Fnomceo, c'è il rischio di passare dagli attuali 290 mila camici bianchi a 253.420 (41 mila 550 in meno).

Emanuele Patrini, responsabile dell'area Sanità della Marsh, sottolinea: «Ospedali malandati dal punto di vista strutturale e pochi medici in corsia sono tra le principali cause che scatenano le denunce per errori medici. I malati si sentono trascurati e denunciano di più».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25%

La percentuale di richieste di danni ai medici che, secondo i dati diffusi dalla Regione Lombardia, si risolve con una condanna al risarcimento



Policlinico di Roma Sospesi i direttori del Pronto soccorso

di F. DI FRISCHIA

ALLE PAGINE 24 E 25 Caccia, De Bac, Ravizza

Sanità Il caso della donna legata. Il direttore: subisco un'ingiustizia

I dirigenti del Policlinico sospesi per tre mesi «Ricovero mai chiesto» Catania, 27enne muore dopo 5 ore d'attesa

ROMA — Cadono le prime due teste per il caso della malata, affetta dal morbo di Alzheimer, lasciata legata per 4 giorni su una barella nel pronto soccorso del Policlinico Umberto I: i due responsabili del Dipartimento di emergenza, i professori Giuliano Bertazzoni e Claudio Modini, sono stati sospesi per 90 giorni da Antonio Capparelli, direttore generale dell'ospedale universitario al centro della bufera, dopo il blitz lunedì mattina dei senatori Domenico Gramazio (Pdl) e Ignazio Marino (Pd). Il rapporto consegnato a Renato Balduzzi dagli ispettori che il ministro aveva mandato immediatamente per verificare che cosa stesse accadendo nell'Umberto I evidenzia in dodici punti «elementi critici», a cominciare dal fatto che «in cartella clinica non risultano richieste di posto letto per trasferimento della paziente in struttura idonea — è scritto nel documento —. La nutrizione parenterale (con il sondino, ndr) è iniziata troppo tardi (dopo 4 giorni, ndr)».

Gli ispettori hanno anche denunciato, come purtroppo spesso avviene, che «gli spazi per l'assistenza risultano essere insufficienti per il numero di pazienti presenti su barelle, senza distinzione di età e sesso». E verificando le diagnosi «numerosi malati non dovevano essere al pronto soccorso». Ultimo elemento sul quale in-

tervenire, «il necessario incremento di medici e infermieri». E addirittura negli ultimi 10 giorni 4 infermieri del pronto soccorso dell'Umberto I sono stati aggrediti da pazienti o da loro parenti esasperati per le lunghe attese.

Il professor Modini non ci sta: «Sono sorpreso: è un'ingiustizia. Ho sempre fatto il mio dovere». Ma i medici potrebbero non essere gli unici a pagare, visto che caos e barelle ammassate nel pronto soccorso sono problemi registrati anche in altri grandi ospedali romani: «Nel sistema che sta cambiando, qualcuno rena contro: ma chi sbaglia, paga. Forse tra i manager sarà necessario fare qualche spostamento», sottolinea Renata Polverini, presidente della Regione Lazio. Nel mirino della governatrice ci sono anche i medici «che ostacolano il cambiamento e non lavorano in sinergia con i medici di base: il Lazio si sta riconvertendo in ritardo rispetto ad altre Regioni. E quando si toccano soluzioni consolidate, gli scossoni sono inevitabili». La Polverini poi tira in ballo l'intramoenia: «Ha ragione il ministro Balduzzi: tanti medici lavorano la mattina in ospedale e il pomeriggio in clinica, ma non versano le quote destinate alle strutture pubbliche. A giugno cambierà tutto».

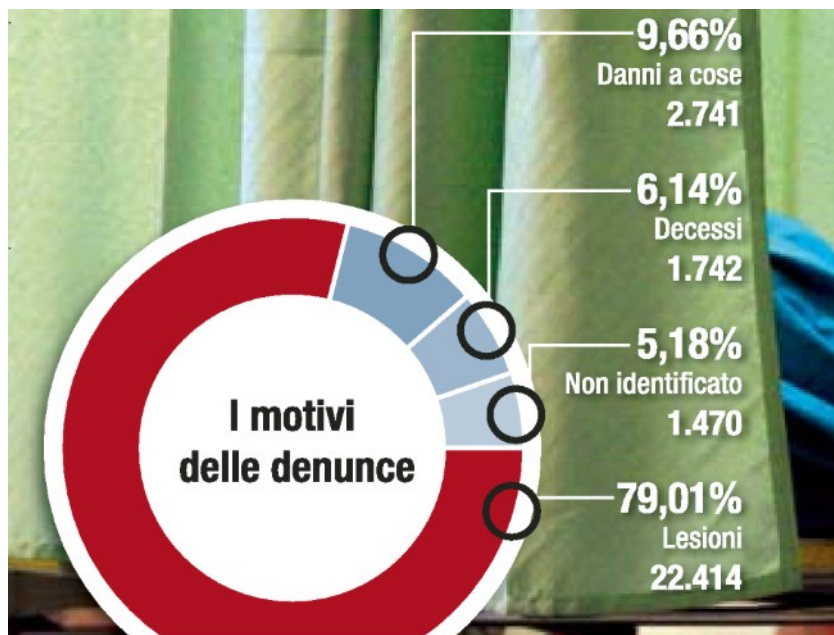
Da Roma i problemi degli ospedali, oberati di malati, rimbalzano fino nella Regione Veneto che ha deciso di mettere online i tempi di attesa ai pronti soccorso, anche per mettere in concorrenza le strutture.

Un altro sospetto caso di malasana è avvenuto domenica sera a Paternò, vicino Catania: è morta al pronto soccorso una ragazza di 27 anni, Francesca Emanuela Motta, madre di due gemelle di 6 anni. La sua esistenza è stata stroncata, fra atroci dolori causati dall'anemia falciforme, anche perché per 5 ore non s'è trovato un letto in rianimazione. Una storia tutta da chiarire, seppure all'ospedale del paesone ai piedi dell'Etna l'hanno intubata trasformando la sala operatoria in una improvvisata rianimazione. Ma tutto si è rivelato inutile. La morte della giovane avrà forse uno strascico giudiziario. Ma al telefono dagli ospedali di Catania, Messina, Siracusa, Caltanissetta rispondevano tutti che nei vari reparti di rianimazione non c'erano letti liberi. Francesca è morta poco dopo le otto di sera, quando finalmente al «Garibaldi» di Catania un posto l'avevano trovato. Ma non c'è stato nemmeno il tempo di sistemarla su una barella e il suo cuore si è fermato lasciando nella disperazione marito, genitori, parenti e amici.

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA





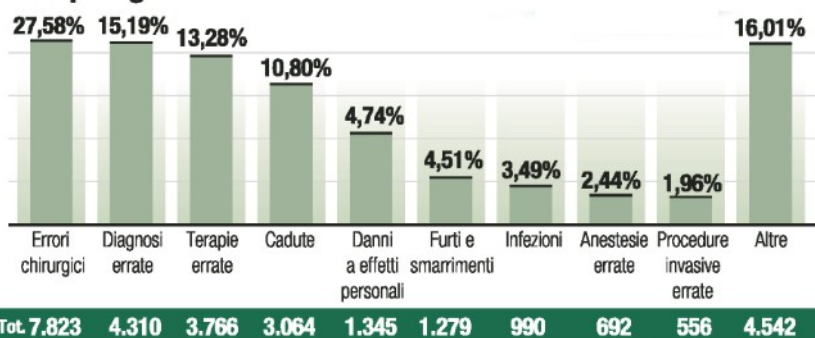
I numeri

2,7
i casi di denunce ai medici ogni 1.000 ricoveri

11 milioni
i ricoveri all'anno in Italia

28 mila
i casi di denunce annui

La tipologia di eventi denunciati



4,2%
il tasso di crescita delle denunce rispetto all'anno precedente

4.569 euro
quanto costa in media all'ospedale ogni denuncia a un medico

I reparti coinvolti



* (incidenti in ascensore, corridolo, etc)

Roma, per lo scandalo al Policlinico sospesi due dirigenti

Balduzzi: task force contro la malasana

ROMA — Sospesi due dirigenti del pronto soccorso del Policlinico di Roma dopo lo shock della donna in coma legata alla barella per quattro giorni. Il ministro della Sanità, Balduzzi, dopo l'ennesimo scandalo assicura che presto in campo ci sarà una task force per combattere sprechi e cattiva organizzazione negli ospedali italiani. «Non ci sarà la caccia alle streghe - afferma il ministro - Il sistema italiano è buono, pecca di cattiva organizzazione».

BOCCI, BOLOGNESI,
TONACCI E ZUNINO
ALLE PAGINE 6, 7 E 9

“Per fermare degrado e corruzione entro aprile task force e blitz mirati” *Il ministro: ma gli italiani evitino le troppe visite inutili*

Recidivi

A Roma una catena di errori. Ma il sistema sanitario italiano nel suo complesso è di alto livello, con picchi di eccellenza

CORRADO ZUNINO

ROMA — Risponde a sera, dopo un'altra giornata in cui la malasana ha nutrito e interrotto i suoi impegni istituzionali. Il professor **Renato Balduzzi**, da tre mesi ministro della Sanità italiana, esordisce: «Vorrei darle qualche notizia fresca sulla questione Umberto I di Roma, l'ultima alla vostra attenzione».

Prego.

«Il caso della signora di 53 anni lasciata in barella per quasi quattro giorni è un esempio di cattiva organizzazione, non di cattivo trattamento. Quella donna non doveva stare lì e la relazione degli ispettori ministeriali conferma che il problema ha riguardato altri casi. C'è stata un'assenza di dialo-

go tra il pronto soccorso dell'Umberto I, gli altri reparti e gli altri ospedali».

Che dicono, ancora, i suoi ispettori?

«Che il codice giallo è diventato codice rosso, quindi segnalazione di gravità, solo in due ore. Che sono tutte certificate le cure prestate ed è vero che il contenimento al letto è stato fatto con il consenso del marito».

Le indicazioni negative?

«La nutrizione è iniziata tardi e non è stato richiesto un posto letto per trasferire la paziente. L'organizzazione del pronto soccorso e della Medicina d'urgenza non è adeguata, i due reparti non si coordinano. Gli spazi per l'assistenza sono insufficienti, troppi pazienti

sulle barelle. Manca il controllo informatizzato sui posti letto del Policlinico, non c'è un coordinatore in grado di governare i flussi. Di più, non esistono norme operative per gestire i momenti di iperafflusso, situazione abituale. Ecco, gli ispettori hanno contato dodici criticità».



Un disastro.

«Gli ispettori hanno offerto anche due proposte: attivare un'area di osservazione breve intensiva e far crescere il personale medico e infermieristico».

Le responsabilità del caso indegno, usando parole sue, sembrano della direzione sanitaria.

«Gli ispettori non hanno completato il lavoro, di certo la direzione sanitaria è il settore che va rafforzato. Spesso nei policlinici universitari si procede a compartimenti stagni: grande ricerca e scarsa integrazione».

Ministro, i posti letto dei pronto soccorso italiani vanno aumentati?

«No, con convinzione. Bisogna andare avanti con i sacrifici e organizzare meglio quello che c'è, deve funzionare l'intera rete».

Quali saranno le novità, anche nel settore emergenza, del suo Patto per la salute?

«Proporrò, ed entro aprile vorrei vederle nascere, task force controllate dal ministero che raggiungano le regioni con i maggiori problemi, gli ospedali più critici. Devono avere funzioni ispettive, ma potranno dare indicazioni di buona sanità a chi fatica ad organizzarsi. Queste squadre, numerose, saranno composte da medici, manager, giuristi specializzati».

I letti nei reparti di lunga degenza?

«In alcuni reparti e in alcuni ter-

ritori è possibile una crescita. In generale, in realtà definite è possibile un allentamento dei vincoli economici, soprattutto sul personale, ma questo non vorrà mai dire "liberi tutti". Senza buona organizzazione non funzionerebbero neppure i tagli. E poi dovrà cambiare la mentalità degli italiani: dei 23 milioni di accessi al pronto soccorso, l'85% torna a casa. Molte persone non dovevano andare lì».

Riuscirà a far tornare al lavoro nei weekend i medici di base?

«Credo nella medicina sette giorni su sette, le risposte delle categorie sono molto confortanti».

I sindacati parlano di default del Servizio sanitario, il sottosegretario Cardinale di 10 milioni di italiani senza assistenza.

«Non siamo al default e i dati del sottosegretario non li conosco. Abbiamo nel complesso una sanità buona, 500 pronto soccorso di qualità, ce lo riconoscono in tutto il mondo».

Per il governatore Renata Polverini la sanità nel Lazio è in queste condizioni perché si è rubato troppo».

«La corruzione pesa molto ed è figlia di episodi criminali e della disorganizzazione, che serve ai corrotti e ai corruttori. Lastiamo combattendo: abbiamo mezzi e numeri per comprendere dove si stanno alterando i volumi delle attività».

IL DOSSIER. L'altra faccia dell'emergenza

Gli sprechi

Reparti inutilizzati, macchinari in cantina quei miliardi buttati mentre la sanità arranca

Dopo anni di tagli ai posti letto e al personale, i pronto soccorso di mezza Italia sono allo stremo

Intanto però molte Asl hanno dilapidato denaro pubblico nei modi più disparati. Eccone alcuni esempi

MICHELE BOCCI

Mentre i pronto soccorso di mezza Italia sono in crisi, con pochi letti dove ricoverare i pazienti e una pressione di malati seri sempre maggiore, i vertici di molte aziende sanitarie e ospedaliere spremano denaro. Acquistando macchinari che non vengono utilizzati, moltiplicando il numero di primari e reparti della stessa specialità, addirittura avviano la costruzione di nuovi ospedali senza riuscire a portarla a termine. Roma, Napoli, Palermo, Torino, Genova: cinque città dove i dipartimenti di emergenza in queste settimane hanno sofferto, dove le brandine sono state infilate nei corridoi e nei magazzini per l'impossibilità di trovare posto in reparto per i malati, soprattutto anziani. Alcuni hanno aspettato ore, altri addirittura giorni prima di essere ricoverati. Il taglio di 45 mila letti nel giro di 10 anni negli ospedali italiani ha fiaccato i pronto soccorso, soprattutto perché non è stato sostenuto da

un aumento dei posti a disposizione dei lungodegenti. Si è intervenuti per razionalizzare e risparmiare. Forse troppo. Il risparmio però non ha riguardato altri settori dell'attività delle Asl. Non, ad esempio, le chirurgie universitarie che fanno 10 interventi all'anno, non i privilegi di professori con boiserie nello studio dell'ospedale, non gli uffici amministrativi doppiati e nemmeno i piccoli ospedali, svuotati di tutte le loro attività ma tenuti in vita, a consumare denaro pubblico. Quanti soldi buttano via le aziende ogni anno? Non è facile calcolarlo. Ci ha provato l'Aiop, l'associazione degli ospedali privati, che ha evidentemente una visione di parte. Ha commissionato una ricerca che stima lo spreco in 13 miliardi di euro all'anno. Il dato forse è troppo alto ma le cifre buttate via sono comunque a nove zeri. Basterebbe una parte nemmeno troppo grande di quei soldi per risolvere i problemi di molti pronto soccorso e soprattutto dei tantissimi cittadini che si rivolgono a queste strutture in cerca di aiuto e sono costretti a subire di tutto, a partire dalle lunghe attese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Napoli

Il nuovo ospedale è solo uno scheletro intanto il Cardarelli è il regno della barella

UN PRONTO soccorso in condizioni disperate, dove si usano anche 200 barelle al giorno e la nuova struttura che doveva nascere per aiutarlo ridotta ad uno scheletro. Il Cardarelli scoppia e la costruzione dell'«ospedale del mare» di Napoli è ferma da tempo a causa di contenziosi. Se si riuscirà a sbloccare la situazione comunque i costi per l'opera saliranno, qualcuno stima di circa 200 milioni. Soldi sprecati per una struttura che tra l'altro doveva sostituire



alcuni pronto soccorso cittadini che nel frattempo sono già stati chiusi. Il Cardarelli è solo. Anche perché il vecchio e il nuovo policlinico non si occupano di emergenza. Il primo ha ridotto l'attività ai minimi termini, ormai ha solo poche decine di letti diretti da molti primari universitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Roma

Policlinico, cliniche inaugurate e mai aperte in alcune chirurgie dieci interventi l'anno

L'OSPEDALE dello scandalo del pronto soccorso è anche quello dello scandalo degli sprechi. All'Umberto I un anno fa hanno inaugurato un reparto di clinica medica che doveva essere destinato all'osservazione dei casi in arrivo proprio dalle stanze dell'urgenza. «Non è mai stato aperto», commenta Francesco Fabretti dalla Cgil. Una clinica ostetrica è nella stessa situazione da 4 anni. Nella struttura dove ci sono primari universitari che nei propri studi hanno fatto mettere boiserie e



hanno diritto ad una segretaria e a un reparto anche da appena 2 letti, ci sono chirurgie dove si fanno 10 interventi all'anno. Praticamente nessuno. Costano per personale, apparecchiature e strumentazioni ma non svolgono attività sanitaria per i cittadini. Fanno solo buttare via soldi al sistema sanitario pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Torino

Tre strutture accorpate per risparmiare nessuno ha soppresso gli uffici doppione

AZIENDE che si fondono senza che gli uffici amministrativi facciano altrettanto. Da quando le Molinette si è unito al Cto e al Regina Margherita-Sant'Anna di Torino sono rimaste in piedi tre copie di molte funzioni fondamentali: ufficio del personale, affari generale, affari legali e formazione.



Un'operazione nata per razionalizzare sta producendo sprechi, tenendo in piedi più strutture a fare lo stesso lavoro. «Il problema è che, anche in amministrazione, i diritti acquisiti non si toccano. Anche a un anno dalla nascita della nuova mega azienda», spiega Gabriele Gallone del sindacato dei medici ospedalieri Anaao. A Torino un altro spreco è prodotto dai piccoli ospedali, come quello di Avigliana, con appena 30 letti, o di Venaria, con una nuova tac che di notte resta chiusa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Genova

Primari con meno di dieci posti letto così al San Martino i costi si moltiplicano

REPARTI doppiati, primari con meno di 10 posti letto che dirigono appena 3 o 4 medici. Anche questi sono sprechi e il San Martino di Genova non sfugge alle criticità delle strutture che vedono convivere medici ospedalieri ed universitari. «Bisognerebbe garantire l'assistenza ma molte volte ci si perde in problemi organizzativi», spiega Sandro Alloisio della Cgil. Il tema delle unità operative che hanno pochi letti sarà discusso a breve nella nuova convenzione tra Regione Liguria e



Università. «Bisogna pensare a delle aggregazioni per creare reparti più grandi, assistere meglio e risparmiare - commenta Costantino Troise del sindacato di medici Anaao - Così tra l'altro si ridurrebbe il numero degli stipendi, tra l'altro pagati in buona parte dal sistema sanitario nazionale anche agli universitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Palermo

La risonanza magnetica costata un milione per mesi non è stata neanche accesa



MACCHINARI dimenticati negli ospedali. Apparecchiature costose infilate nei magazzini e nei sottoscala, una risonanza magnetica da un milione di euro rimasta inutilizzata per almeno sette mesi. A Palermo gli sprechi legati all'acquisto di attrezzature non si contano, e riguardano tutte le aziende cittadine. Al Civico, che ha un pronto soccorso da 200 pazienti al giorno che mesi fa ha vissuto una crisi gravissima, dopo l'estate è stata chiusa la cardiocirurgia appena ristrutturata. Oltre alla spesa inutile sostenuta per rinnovarla, un milione e trecentomila euro, l'ospedale si è ritrovato a dover smaltire anche gli strumenti dei medici: pompe, pace-maker, defibrillatori, monitor e apparecchi all'avanguardia da un milione. Sono rimasti fermi per almeno quattro mesi, in attesa di essere ceduti ad altre strutture.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Finanziamenti e sprechi

Fonte (Associazione italiana ospedalità privata) e ministero della Salute



Sanità. L'attesa media nelle strutture italiane è di oltre 6 ore, ma al Centro-Sud la situazione peggiora notevolmente

L'incubo dei pronto soccorso

Nel Lazio decessi cresciuti dell'84% nonostante gli accessi siano diminuiti

I numeri

241 minuti

L'attesa al pronto soccorso
Tempo medio prima della visita per la commissione Sanità del Senato

22,7 milioni

Nelle strutture di emergenza
I pazienti che nel 2009 hanno usufruito del pronto soccorso

603

I pronto soccorso in Italia
Strutture pubbliche che offrono i servizi di emergenza medica

21.721

I decessi
Persone decedute nonostante le cure ricevute al pronto soccorso

SISTEMA DISARTICOLATO

I bacini di utenza delle strutture di emergenza variano da una ogni 12mila abitanti laziali a una ogni 1.300.000 abitanti lombardi

Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

■ Otto giorni parcheggiati in barella: 192 ore in attesa di cure adeguate e di ricovero. Accade in un grande ospedale di Roma. E non è nemmeno la punta massima registrata dagli operatori dell'emergenza sanitaria che da anni organizzano il "barella day", per accendere i riflettori sul dramma del sovraffollamento e delle lunghe attese nei dipartimenti di emergenza e accettazione. Nelle regioni con piano di rientro, dove si fanno più sentire i tagli a posti letto e a personale e soprattutto non si sono ancora trovate soluzioni alternative al ricovero, l'allarme è all'ordine del giorno. Con pazienti legati ai letti, com'è successo al Policlinico Umberto I. O costretti a tornare a casa dopo un'infinita, inutile attesa.

Il caso Lazio è emblematico: a fronte di una riduzione degli accessi del 2% tra 1997 e 2009, i decessi in pronto soccorso sono aumentati dell'84%. Quasi duemila in più rispetto al centinaio circa delle altre regioni che registrano forti aumenti percentuali. «Nella capitale - spiega Massimo Magnanti, segretario del sindacato Spes-Specialisti dell'emergenza sanitaria - almeno 250-300 pazienti rimangono in attesa di un posto

letto, collocati sulle barelle anche per giorni». Il cittadino che arriva in pronto soccorso, insomma, sempre più difficilmente trova un reparto in grado di accoglierlo.

Del resto, raramente il territorio offre alternative: il riordino della rete di cure primarie che dovrebbe intercettare le emergenze più lievi, allo studio da anni e nell'agenda del nuovo Patto per la salute, è ancora al palo. La stessa Intersindacale dei medici pubblici punta l'indice contro l'assenza di filtri adeguati. E i dati del ministero confermano: il numero di accessi supera di gran lunga i 400 per mille abitanti, soprattutto nelle regioni del Sud, che non hanno riorganizzato la rete ospedaliera né sviluppato le cure primarie. Nel 2009 sono 456 in Molise; 421 in Calabria; 431 nel Lazio. Tutte regioni gravate dal piano di rientro dal deficit. Al contrario, gli accessi per mille abitanti calano a 335 in Toscana, 354 nelle Marche e a 356 in Piemonte.

In generale, nelle regioni "virtuose" (come Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna) che negli anni hanno ridotto ospedali e posti letto più delle altre ma hanno sviluppato anche migliori servizi territoriali, il pronto soccorso funziona. Dove l'organizzazione è efficace, insomma, le cure d'urgenza sono efficienti. Come ha confermato ieri lo stesso ministro della Salute Balduzzi, «in Italia c'è buona sanità anche nei Pronto soccorso». E infatti, in media, nonostante un aumento tra il 10 e il 20% degli ingressi in pronto soccorso, la mortalità è in calo del

28% in undici anni. Ma è indubbio che il sistema nel suo complesso registra gravi sofferenze. L'ultima indagine Spes racconta di centinaia di malati in attesa in Campania, con punte massime al Cardarelli di Napoli. Di attese tra le 5 e le 18 ore, prima che si liberi un posto letto, a Matera.

A denunciare lo sbando del sistema era già intervenuta, nel giugno scorso, l'indagine conoscitiva sulle reti d'emergenza dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato. Fino a 451 minuti in coda per il triage in Abruzzo, ambulanze che stazionano anche 127 minuti nel Lazio (il tempo medio accettabile è 30 minuti), gravi lacune nell'informatizzazione del servizio, soprattutto al Sud. E, sempre nel Meridione, l'assenza nel 40% delle strutture di sistemi di valutazione condivisi per l'assistenza in patologie gravi e frequenti come l'ictus. Un dato che va di pari passo con servizi a macchia di leopardo: i bacini di utenza delle strutture di emergenza variano da una ogni 12mila abitanti del Lazio a una ogni 1.300.000 abitanti della Lombardia: una «forbice inaccettabile», spia di un'organizzazione a mille velocità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici di famiglia introvabili e gli ospedali si intasano

Otto pazienti su dieci non sono urgenti, ma solo il 10% paga il ticket



Massimo quattro ore d'attesa
Ogni anno oltre 20 milioni di britannici ricorrono al pronto soccorso, dove l'attesa massima non supera le quattro ore



Poco personale e spazi ridotti
I limiti dei pronto soccorso francesi sono le disfunzioni legate alla carenza di personale e di spazi. L'attesa media è di 3 ore e 40 minuti



Disparità tra le varie città e nuovi tagli
Rajoy dice che il servizio sanitario spagnolo è «fra i migliori», ma in alcune zone la situazione è critica. E Madrid ha appena tagliato 5 miliardi alla sanità

Retrosceca

PAOLO RUSSO
ROMA

Medici di famiglia troppo spesso introvabili quando serve. Camici bianchi ospedalieri sempre più impegnati nell'attività libero professionale ma non a ridurre le liste d'attesa. Guardie mediche scarse e poco attrezzate che non garantiscono alcun filtro con l'ospedale quando il nostro dottore di fiducia ha già serrato il suo studio. Strutture territoriali per l'assistenza ad anziani e disabili quasi inesistenti. Ma anche cattive abitudini degli assistiti, come quella sempre più diffusa di ricorrere al pronto soccorso per aggirare i super ticket su visite specialistiche e analisi. C'è questo ed altro dietro i malati paracheggiati in barella e la sanità choc di questi giorni.

Il Ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, ieri ha tenuto a precisare «che i Nas verranno inviati laddove c'è criticità». Ma l'impressione è che non basteranno i carabinieri, se lo stesso governo, insieme a Regioni, medici e professionisti della sanità non inizieranno a rimbocarsi le maniche per rimuovere disorganizzazione e inefficienze che spiegano il caos pronto soccorso quanto se non più dei tagli a personale e posti letto.

Prima di tutto c'è il problema irrisolto da 40 anni dell'assistenza nel territorio, senza la quale è inevitabile l'assalto alla diligenza dei servizi d'emergenza degli

ospedali. A dirlo è un grande esperto di sanità come l'ex Ministro Elio Guzzanti, che indica anche la strada: «Continuità assistenziale di medici di famiglia e pediatri nel tempo e negli orari». Facile a dirsi, difficile a realizzarsi con medici di famiglia che beneficiano di una convenzione che li «obbliga», si fa per dire, a 5 ore di attività settimanale per chi ha 500 pazienti, che «salgono» a 15 ore per i dottori che assistono 1500 pazienti. Orari forniti da un vecchio dirigente del potente sindacato dei medici di famiglia (la Fimmg) e da far invidia a un lavoratore part-time, soprattutto quando si scopre che le retribuzioni sono da Primario, perché con 80 euro lordi

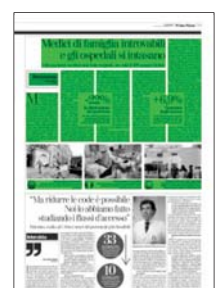
l'anno per paziente più indennità varie con mille assistiti si arriva a racimolare 80 mila euro l'anno, che diventano ben 120 mila con 1.500 pazienti. Una cuccagna per chi in media tiene aperto lo studio per cinque mezza giornate a settimana, anche se poi ci sono da detrarre le spese e all'orario vanno aggiunte le visite a domicilio.

E quando il dottore di fiducia non c'è? Scatta il medico di guardia. Anche qui si fa per dire perché questi invece sono pochi, mal pagati e fanno quel che possono non avendo uno studio dove ricevere e le minime attrezzature indispensabili a fare un accertamento. Nel Lazio la Fimmg ha chiesto tre anni fa alla Regione di promuovere l'istituzione di ambulatori di quartiere, gestiti in tandem da medici di famiglia e «di guardia», aperti 24 ore su 24. Ma da allora ha aperto i battenti un solo studio «no-stop» a Roma, che tra l'altro risulta funzionare benissimo

mo da filtro rispetto all'ospedale.

Ma ad ingolfare gli ospedali ci sono anche malati cronici, anziani e disabili che avrebbero bisogno di strutture di assistenza territoriali spesso inesistenti, come ammette l'ultima Relazione sulla stato sanitario del Paese del Ministero. «Si sono chiusi posti letto ospedalieri ma non si sono create alternative sul territorio o a domicilio anche perché a colpi di blocchi delle assunzioni oramai in Italia mancano 60 mila infermieri rispetto ai parametri Ocse», rivela Annalisa Silvestro, Presidente della federazione di categoria, l'Ipasvi.

Al pronto soccorso si va dunque in mancanza di alternative, ma anche con la quasi certezza di non pagare i super ticket su visite, analisi e accertamenti diagnostici. I dati parlano chiaro: su 18 milioni e 335 mila accessi al pronto soccorso, 14 milioni e 668 mila, l'80%, sono codici verdi e bianchi, ossia non urgenti. Colpa della cattiva assistenza territoriale che fa ricorrere all'ospedale anche quando non sarebbe necessario. Ma ad analizzare meglio i numeri si scopre che il semaforo dei pronto soccorsi non va. Infatti i codici verdi con i quali non si paga il ticket sono oltre il 70%, quelli bianchi, dove invece si deve mettere mano



al portafoglio sono meno del 10%.

E se al Pronto soccorso si è arrivati per una effettiva necessità tanto da dover essere ricoverati? Qui inizia un'altra odissea perché negli ospedali d'Italia quasi mai i servizi accettazio-

ne lavorano di notte e nei festivi. E comunque ci sono le liste d'attesa. Che per legge dovevano diminuire negli ospedali dove i medici praticano anche la libera professione. In realtà i tempi per ricoveri, visite e analisi restano soprattutto dal Lazio in giù biblici ma, come testi-

monia la «Relazione sulla situazione economica», i medici che praticano «l'intramoenia», ossia che lavorano anche privatamente in ospedale, portano a casa quasi un altro stipendio: in media 75 mila euro l'anno a testa. In barba a chi aspetta in barella.

-22% +6,9%

la diminuzione dei posti letto

Dal 1997 al 2009 i posti letto nei pronto soccorsi italiani sono passati da 250.442 a 195.486, con una riduzione di 54.956 unità

l'aumento degli accessi

Se nel 1997 gli accessi ai pronto soccorsi erano stati 21.274.174, nel 2009 sono saliti a 22.741.500 anche se i ricoveri sono diminuiti

Le morti sospette in corsia venticinque casi in tre anni

ROMA - Sono 25, negli ultimi 3 anni, le morti sospette avvenute nei reparti di emergenza-urgenza degli ospedali italiani. E di questi casi ben 5 sono bambini. È quanto si legge in un Report della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, guidata da Leoluca Orlando. Il record negativo di questi casi di «presunte criticità ed errori» spetta alla Sicilia e alla Calabria, con 6 decessi per Regione. Ma casi sospetti di morte all'interno dei servizi di emergenza-urgenza sono avvenuti anche nel Lazio (a Roma e Cassino), in Toscana (Pisa), in Puglia (Foggia e Gallipoli), in Molise (Pozzilli), in Piemonte (Ivrea), Emilia-Romagna (Bologna), Lombardia (Pavia), Friuli Venezia Giulia (Gorizia), Liguria (Genova) e Veneto (Verona). Quasi un decesso al mese legato a presunti casi di malasanita da pronto soccorso.



Errori in corsia Contestazioni per 333 milioni

Sono 333 milioni di euro i danni erariali contestati alla Sanità. La cifra è stata rivelata dalla Corte dei Conti in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2012. Nello scorso anno la Corte si è occupata di un centinaio circa di illeciti, ottenendo ad oggi il risarcimento di 22 milioni da 144 persone fisiche e 8 persone giuridiche. Il rimborso delle restanti centinaia di milioni invece deve ancora attendere i tempi della giustizia: non essendo ancora sentenze definitive potrebbero infatti venir ridotte dal 10 al 30%. Il risul-

tato è incontestabilmente una brutta fotografia del sistema sanitario italiano: illecite prescrizioni di medicinali, ammanchi alle casse ticket ed economali, violazioni delle procedure contrattuali e così via.

Eclatante l'importo di condanna deciso dalla Sezione Calabria della Corte dei Conti: 2,7 mln riferibili tutti a danni patrimoniali. Un altro esempio? Quello toscano: la sezione regionale ha sentenziato un risarcimento di 1,9 mln (1.5 per danni patrimoniali e 200 mila euro per danni di im-

agine). La motivazione? Un «medico anestesista», non in possesso della relativa laurea, si è fatto assumere presentando una documentazione falsa ed ha così esercitato in un'Azienda ospedaliera toscana per ben 27 anni. Come è stato ricordato in incipit alla lettura della relazione, purtroppo ancora una volta: «La sanità conferma di essere un terreno abbastanza fertile per il verificarsi di fattispecie dannose per la finanza pubblica».

I. ELI.

Sanità in crisi DAI TROPPI SPRECHI AI TROPPI TAGLI

di PAOLO GRALDI

NON c'è niente da fare, noi italiani siamo fatti così: per cercare e magari trovare la soluzione a un problema abbiamo bisogno di uno scandalo. Il problema è sotto gli occhi di tutti: ciascuno lo sa, lo vede, lo tocca con mano e tuttavia se non scoppia il caso, meglio se c'è di mezzo un morto, non succede niente. Prendete la sanità con i suoi tagli orizzontali, i pronto soccorso intasati da pazienti stipati come su un bus alle otto di mattina, i medici che protestano per gli organici in asfissia, gli infermieri che stramazzano dal superlavoro, i locali sempre fatiscenti, i soldi che mancano. E poi la girandola infinita dello scaricabarile, fotogrammi di una disfunzione cronica che prende coscienza di sé solo quando, appunto, scoppia uno scandalo.

Un anziano paziente sdraiato su un lenzuolo stesso sul pavimento al San Camillo di Roma e due infermieri che cercano di rianimarlo, una signora legata mani e piedi a una barella, non nutrita per quattro giorni, in un luogo che chiamano «la piazzetta», uno stanzone che dovrebbe contenere otto letti e gliene stipano trenta, formando un girone infernale di dolore e di inefficienza organizzata, al Policlinico Umberto I di Roma. Due parlamentari visitano il «reparto», denunciano e certificano una situazione dove «neppure gli animali sono trattati così». Parte l'inchiesta della magistratura, ovviamente, la convocazione alla Regione Lazio, dal presidente Renata Polverini (commissario ad

acta per la sanità) dei responsabili di tutti i pronto soccorso della Capitale. Per fare il punto, per rintuzzare le critiche, per vedere che cosa bisogna fare per non annegare nelle cronache di quei criticoni dei giornalisti.

Due casi definiti di ordinaria sanità dagli stessi responsabili («accade spesso qui», dice il vertice della struttura) riemergono da una quotidianità rassegnata e tuttavia inaccettabile. E si scava negli archivi per rileggere del penultimo scandalo, identico a quello lamentato, simile alla travagliata storia di una organizzazione che è sempre in procinto di riformarsi ma che a malapena sa mantenersi per non soccombere del tutto. Si dice: il male parte dai medici di famiglia. Sono bravi, scrupolosi ma non agiscono da filtro, scremando i pazienti: preferiscono mandarli per accertamenti in ospedale e quando si dice ospedale si dice pronto soccorso dove la speranza è di ottenere una serie di analisi con la certezza (sì, anche questo!) di non pagare il ticket. All'ospedale distribuiscono, a seconda della gravità del caso, i colori: bianco, giallo, verde, rosso. Ma la divisione non di rado si risolve in una ammucchiata scomposta di patologie le più diverse: dal mal di gola, alla colica intestinale per finire all'ictus e all'infarto. Si chiama Triage, una bella idea che nella realtà alimenta un disastro.

E il disastro dell'attesa di essere considerati bisognosi di cure impatta con la povertà degli organici e con l'inesauribile ma insufficiente volontarismo del personale medico e paramedico. Il taglio dei letti, quarantacinquemila (una volta i primari baroni con il loro numero pesavano il proprio potere), lo smistamento dei malcapitati dove c'è un angolo libero torna a pesare sulla organizzazione complessiva, che ormai tutti invocano come la prima cosa da riformare. L'infarto or-

ganizzativo scatta e permane là dove, cioè quasi ovunque, il sistema di ingresso e il sistema di uscita dalla struttura sono strozzati: il cono di bottiglia non smaltisce, trattiene e basta. I parenti fanno la loro parte. Anche se possono non accettare di riprendersi a casa il parente che pure ha superato la fase acuta. Diventa un ingombro, va tenuto in parcheggio. È brutto scriverlo e però medici coscienti e obiettivi denunciano anche questa anomalia. Che pesa eccome.

Poi c'è il problema delle risorse che non ci sono. In diverse regioni (Lazio compresa) c'erano ma sono state spese con manica larga e tra inchieste della magistratura e analisi della Corte dei Conti si è proceduto a colpi di mannaia. Esortazione imperiosa ad una amministrazione virtuosa del denaro pubblico con inevitabili esagerazioni: di fatto, sulla sanità in particolare, si passa da un eccesso all'altro, navigando tra abbondanze imperdonabili di un tempo e mancanze inaccettabili di presidi di prima necessità. Un grande clinico ammoniva parlando della medicina d'urgenza: ricordatevi del Protocollo numero uno. Il quale recitava così: per prima cosa evitate di aver bisogno di un medico. Se non ne potete fare a meno, sperate di trovare una ambulanza e che sia in grado di condurvi all'ospedale dove è importante che vi aspetti un medico, con l'augurio che sia in grado di fare la giusta diagnosi e che poi disponga anche del **farmaco** che vi serve e sia perfino in grado di somministrarvelo. La favoletta andava avanti all'infinito per concludersi con la raccomandazione contenuta nell'incipit del Protocollo numero uno: fate in modo di non aver bisogno, mai, di un medico.

Diceva medico per dire ospedale, ricovero, assistenza, letto, diagnosi e terapia: sperabilmente dalla malattia alla guarigione. La favoletta vale ancora oggi perché, con tutti i passi compiuti e con le punte d'eccellenza che ci riconoscono nel mondo e con l'invidiabile merito di assicurare a tutti ma proprio a tutti una qualche forma di assistenza gratuita, il pianeta sanità ha bisogno, uno straordinario e urgente bisogno di cure. La riforma del 1992 ha bisogno d'essere riformata e qualcuno dice lamentandosi che il passaggio delle competenze alle Regioni non s'è rivelato un grande affare.

In tempi di vacche magre, che diventeranno magrissime, con grandi complessi ospedalieri che scoppiano di debiti e rischiano il default, rimboccarci le maniche non basterà più. Non si può più aspettare il prossimo scandalo per gridare allo scandalo. Se i governi del Fare hanno lasciato il paziente sanità quasi dimenticato su una barella forse possiamo aspettarci che il governo del Decidere si prenda cura davvero della sanità. Ricordando che la sanità siamo noi, noi che commettiamo l'imperdonabile errore, qualche volta, perfino di ammalarci, di chiamare un'ambulanza, di sperare in un medico e in un letto che non sia una sedia, un posto in piedi o una barella buttata in un corridoio, sperando in una pietosa mano tesa possibilmente competente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Bruxelles. La Commissione prepara maglie strettissime sulle verifiche alla produzione e su quelle successive all'utilizzazione

Stop alle protesi facili, più controlli Ue

CERTIFICATORI NEL MIRINO

Le autorità sanitarie dovranno mettere in campo ispezioni e controlli sull'affidabilità degli enti che concedono attestati Ce

Marzio Bartoloni

■ Dopo la bufera delle protesi al seno «Pip», fabbricate con un silicone industriale diverso da quello dichiarato, Bruxelles ha deciso di correre ai ripari. Troppe le falle nella "filiera" dei controlli che dovrebbero precedere l'ingresso sul mercato dei dispositivi medici: da qui la decisione dell'Ue, sotto il pressing di diversi Paesi compresa l'Italia, di mettere in cantiere una maxi riforma del settore. In rampa di lancio ci sono una comunicazione e due regolamenti che la Commissione europea vuole presentare nei prossimi mesi per sostituire le tre direttive, più volte modificate, che dagli anni Novanta si sono affastellate rendendo quasi un rompicapo tutta la normativa del settore, soprattutto per le piccole e medie imprese.

Le bozze sui cui stanno lavorando i tecnici europei puntano innanzitutto sull'obbligo per le imprese di presentare una documentazione clinica e standard più stringenti per attestare la sicurezza della protesi o del dispositivo che si vuole vendere sul mercato europeo. Ma il giro di vite dei controlli riguarderà anche gli organismi che oggi si occupano nei vari Paesi europei di rilasciare la certificazione «Ce»: le autorità sanitarie dovranno mettere in campo ispezioni e controlli sul campo per verificare la loro affidabilità. Resta aperta anche l'ipotesi di prevedere, in alcuni casi specifici, una procedura di autorizzazione all'immissione in commercio sul modello di quella già sperimentata da molti anni per i **farmaci** e che prevede un iter più lungo e complesso. Un punto, questo, su cui in realtà spinge soprattutto l'Europarlamento che lo vorrebbe vedere applicato per tutti quei dispositivi più "invasivi" e ad alto rischio, come le protesi e i pacemaker.

La riforma di Bruxelles spin-

ge poi sulla necessità di alzare la soglia di attenzione anche

nella fase post-marketing: in pista misure di sorveglianza, che coinvolgeranno anche medici e pazienti che potranno subito informare le autorità di possibili reazioni avverse, e strumenti per garantire la tracciabilità, in modo da sapere sempre origine e utilizzatore finale del dispositivo. Ma la necessità di mettere mano ai "medical devices" deriva anche dal fatto che i prodotti negli ultimi anni sono radicalmente cambiati. Accanto a quelli più tradizionali - dalle Tac alle garze e alle siringhe - si sono affermati nuovissimi dispositivi hi-tech che impiegano tessuti e cellule umane o animali. E un incredibile boom - come dimostra lo scandalo «Pip» - riguarda poi il mercato dell'estetica: sotto la lente oltre alle protesi ci sono, tra gli altri, laser per la liposuzione e filler per la pelle.

«Oggi gli europei sono quasi come delle cavie da laboratorio per i dispositivi, soprattutto se si guarda alla situazione americana dove i controlli sono più rigorosi e scrupolosi - spiega Ilaria Passarani, responsabile salute della Beuc, l'associazione dei consumatori europei -, purtroppo è stato necessario lo scandalo delle protesi Pip per mostrare che la salute dei cittadini non è al momento sufficientemente garantita». D'accordo con la riforma è anche l'associazione delle industrie del settore, che in Europa genera un fatturato di 95 miliardi e investimenti nella ricerca di 7,5 miliardi impiegando 500mila lavoratori: «L'Europa ha bisogno di norme efficaci - ha scritto Eucomed nei giorni scorsi - in grado di creare un sistema semplice, adattabile e in grado di conquistare la fiducia dei pazienti».

In attesa della riforma Bruxelles ha deciso comunque di non rimanere con le mani in mano. Il commissario europeo alla Salute, John Dalli, ha già scritto a tutti i ministri europei della Salute - compreso il nostro **Renato Balduzzi** - per aumentare la vigilanza ed evitare, se possibile, nuove frodi.

LA RIFORMA EUROPEA

Gli obiettivi

■ Innanzitutto la riforma punta ad accrescere la sicurezza dei dispositivi medici regolando anche nuovi prodotti, come quelli che prevedono l'impiego di cellule e tessuti. Gli altri obiettivi sono quelli di semplificare e rendere uniforme in tutta la Ue la normativa

I contenuti

■ Prevedere l'obbligo di presentare documentazione clinica più stringente agli organismi che si occupano di certificare i dispositivi. Aumentare controlli e ispezioni e mettere in piedi un sistema di sorveglianza post marketing e tracciabilità per i prodotti sul mercato



Bilanci in corsia. Assobiomedica: i tempi di versamento in Italia sono mediamente di 307 giorni ma nelle regioni commissariate si sfiorano i mille

Asl e ospedali pagano sempre più tardi

NAPOLI MAGLIA NERA

La Asl in centro al capoluogo della Campania ha raggiunto ritardi di 1.596 giorni nei versamenti ai fornitori di tecnologie biomediche

Roberto Turno

ROMA

È la Asl del centro di Napoli la reginetta del "non pagherò i debiti" del 2011: ha lasciato in attesa i suoi fornitori di tecnologie biomediche per 4 anni, 4 mesi e 15 giorni. A contarli tutti di fila, quasi si perde il conto: ben 1.596 giorni prima che l'azienda fornitrice sia riuscita a passare all'incasso. L'ospedale San Sebastiano di Caserta ha fatto solo appena meno peggio: 1.443 giorni. E ancora a Napoli l'ospedale Federico II ha conquistato la terza peggiore piazza d'Italia: 1.435 giorni di fatture congelate nei cassetti. Risultati da brividi per i privati che con le loro attrezzature - dalle siringhe alle Tac - fanno letteralmente marciare la macchina della sanità pubblica. E ancora più incomprensibili se paragonati con i record da ottimi pagatori che intanto nel 2011 hanno conquistato altre Asl e ospedali italiani: la Asl 3 dell'alto Friuli ha rimborsato in 61 giorni, la Asl 4 di Udine in 67, l'ospedale Bolognini di Seriate (Bergamo) in 85. Roba che neppure in Germania ce la fanno.

Regione e Asl che vai, tempi di pagamento che trovi per i fornitori della sanità pubblica. E intanto la aziende di Assobiomedica già strangolate dal credit crunch, soprattutto quelle di piccola e media dimensione, falliscono o lasciano il campo in Italia, con tanto di perdita di posti di lavoro. Una condizione che riguarda l'intero universo delle imprese che lavorano col servizio sanitario pubblico: dai **farmaci** al tessile, dai servizi sanitari a quelli non sanitari. Decine di miliardi l'anno imbrigliati in crediti impossibili: secondo uno studio di Prometeia, mentre in Italia le aziende **far-**

maceutiche riscuotono le fatture in media dopo 270 giorni, in Germania i loro crediti sono stati intanto rimborsati già quattro volte. Un altro pesante spread creditizio che ci distanzia dai tedeschi.

Intanto le aziende biomediche riunite in Assobiomedica sono riuscite ad elaborare la classifica dei tempi lumaca di pagamento quasi per ogni struttura sanitaria pubblica. Anche se il fenomeno, come ha ricordato di recente Assosistema (servizi tessili e medici), va affermandosi sempre di più anche con le cliniche private, verso le quali le azioni cautelari sono per legge meno efficaci rispetto a quelle possibili nei confronti della sanità pubblica.

Classifica impietosa, quella di fine 2011 di Assobiomedica. Con tempi medi nazionali di rimborso che hanno toccato quota 307 giorni. Che però sono 974 in Calabria, 903 in Molise, 795 in Campania e 396 nel Lazio. Guarda a caso, tutte regioni con la sanità commissariata e con un sospenso verso i fornitori privati che vale cumulativamente 2,15 miliardi su 5,4 miliardi di debiti totali da rimborsare a livello nazionale. La Campania da sola ha uno scoperto di 932 milioni, il Lazio di 690,7, la Calabria di 459 che pesano come un macigno per la sua economia, come del resto il Molise con 114,3 milioni di debiti in sospenso.

Tutto il Sud, a cominciare dalle regioni sotto piano di rientro dai deficit, è in coda alla classifica. E andrebbe anche peggio se di 81 tra Asl e ospedali a dicembre fosse stato possibile conoscere i dati dei ritardati pagamenti. Manca tutta la Sicilia, ad esempio, ma non solo. E alcune strutture che a ottobre erano le peggiori, come l'azienda sanitaria di Crotone: nell'ottobre scorso pagava in 1.582 giorni, a dicembre non è dato sapere. Chissà che non paghi anche più tardi, se è vero che in soli due mesi le tre peggiori pagatrici 2011 di Napoli e Caserta hanno aumentato il loro ritardo di 30 giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“E’ il digiuno a indebolire i tumori nei nostri topolini”

Oncologia. Test di un italiano in California: le cellule sono più vulnerabili alla chemioterapia “Buoni risultati, ma non fate come Steve Jobs. Per l’uomo la sperimentazione richiederà anni”

Valter Longo
Biochimico

RUOLO: È PROFESSORE DI GERONTOLOGIA E SCIENZE BIOLOGICHE ALLA UNIVERSITY OF SOUTHERN CALIFORNIA (USA)
IL SITO: [HTTP://WWW.USC.EDU/PROGRAMS/NEUROSCIENCE/FACULTY/PROFILE.PHP?FID=51](http://www.usc.edu/programs/neuroscience/faculty/profile.php?fid=51)

Intervista

MARTA PATERLINI

Quarantotto ore di digiuno prima di un ciclo di chemioterapia metterebbero un freno al cancro: lo rivela un articolo su «Science Translational Medicine», dopo uno studio su 8 tipi di tumore nei topi. A condurlo è stato un biochimico italiano emigrato giovanissimo negli Usa, Valter Longo, oggi professore di gerontologia e direttore dell’«Istituto di longevità» della University of Southern California.

Professore, nel 2008 lei aveva individuato un effetto benefico del digiuno sulle cellule normali del topo. Due anni dopo aveva analizzato 10 pazienti che avevano svolto un digiuno concordato con l’oncologo: ritenevano di avere sperimentato meno effetti collaterali legati alla chemioterapia, ma gli scettici suggerivano che anche le cellule cancerose avrebbero beneficiato di questo effetto protettivo. L’ultima ricerca chiarisce la controversia?

«I nostri nuovi dati acquistano una dimensione importante, perché non solo osserviamo che il digiuno non aiuta le cellule del cancro, ma che queste diventano più vulnerabili alla chemioterapia. Il fatto, per ora, e lo sottolineo, lo vediamo nei topi».

Lei sottolinea il doppio effetto del digiuno: di che cosa si tratta?

«Da una parte c’è la protezione delle cellule normali, dall’altra l’effetto negativo sulle cellule del cancro: vale sia per i cancri murini che per quelli umani trapiantati nei topi. I risultati variano a seconda del tipo di tumore

e di trattamento, ma nel complesso la combinazione di digiuno e chemioterapia riduce in modo significativo la crescita del cancro. I topi messi a stecchetto sopravvivono più a lungo rispetto a quelli a cui non abbiamo mai fatto mancare un pasto. Abbiamo trovato metastasi nel 40% dei topi con melanoma trattati solo con la chemioterapia, nel 20% dei topi messi a digiuno e solo nel 10% dei topi sottoposti a chemioterapia e a digiuno».

Qual è il possibile meccanismo alla base degli effetti del digiuno?

«Il digiuno a cui sottoponiamo i topi consiste in una “dieta” di sola acqua 48-60 ore prima della chemioterapia e 24 ore dopo. Le cellule normali, deprivate del nutrimento, entrano in uno stato inattivo simile all’ibernazione, mentre quelle cancerose entrano in una fase “affannosa”, in cui tentano di produrre nuove proteine per crescere. Ne risulta una cascata di eventi - di cui abbiamo seguito l’espressione genica - che porta nella direzione opposta: si formano radicali liberi, vale a dire aumenta lo stress ossidativo, che danneggia il Dna delle cellule, causandone la morte».

Questo nei topi, ma nell’uomo?

«Nell’uomo siamo vicini alla conclusione della prima fase della sperimentazione clinica: abbiamo raccolto 18 pazienti, con cancro al seno e ovarico. Tuttavia, ci vorranno anni prima di poter tirare conclusioni definitive, almeno cinque».

Chi conduce i test sull’uomo?

«La clinica Majo a Rochester, negli Usa, parte con una sperimentazione sul linfoma, mentre l’Università di Leiden, in Olanda, ne prevede una sul cancro al seno. Con Lizzia Raffaghello dell’ospedale Gaslini e un team di oncologi stiamo progettando un “multicenter clinical trial” europeo, con 500 pazienti, e coordinato dall’ospedale San Martino di Genova».

Intanto, però, ci sono pazienti che già chiedono di sperimentare il digiuno: non si rischia la psicosi?

«In effetti i pazienti che chiedono di provare un digiuno sono sempre di più: mentre fino al 2008 quasi tutti gli oncologi davano una risposta negati-

va, ora sempre più specialisti guardano al digiuno con maggiore apertura. Tuttavia lo considerano un’ipotesi ancora a un livello preliminare: non essendoci farmaci coinvolti, oltre a quelli standard della chemioterapia, l’oncologo può decidere caso per caso che dieta consigliare, a meno che non ci siano altre preoccupazioni per la salute. Nel caso del digiuno, che è una dieta estrema, lo specialista deve valutare i rischi e i potenziali benefici in base al tipo di paziente e di tumore. Una tendenza di molti, oggi, è permettere un digiuno controllato di 2-3 giorni: finora, né dalla sperimentazione né dall’analisi di 100 pazienti al di fuori della sperimentazione stessa, è emerso che sia pericoloso. Ciò non vuol dire che non lo possa essere per una porzione minore di pazienti».

Molti si rifanno a Steve Jobs, morto per un cancro al pancreas, che all’inizio si era rifiutato di curarsi con le terapie «standard»: si sottoponeva spesso a regimi di digiuno, che sembrano essere stati deleteri.

«Jobs è l’esempio di ciò che non bisogna fare. E’ da un secolo che circola l’idea di mettere il cancro a digiuno, ma, senza le conoscenze appropriate, si ottengono più danni che benefici. Con i digiuni prolungati, in stile Jobs, il paziente diventa immunosoppresso e probabilmente rischiano di più le cellule normali di quelle cancerogene. Il cancro, è chiaro, non si cura solo con il digiuno!».

Messi in cantiere i trials clinical, quali sono le sue prossime mosse?

«Vogliamo sviluppare il concetto di “confusione” ai danni del cancro e testare le conseguenze degli “ambienti estremi”. Il digiuno è un esempio. L’ambizione è combattere i tumori con farmaci che creino o aiutino a creare queste nicchie estreme».



GENETICA

E' già nata
la nuova era
delle terapie
su misura

Si chiamano «wonder drugs»: ecco come stanno trasformando le terapie.
BOZZETTI PAGINA 26

Svelami che citocromo hai e ti dirò che pillola prendere

Con le scoperte della farmacogenomica si apre l'era delle terapie personalizzate. Nascono le «wonder drugs»: luce verde alla prima medicina per la fibrosi cistica

Maria Pia Bozzetti
Genetista

RUOLO: E' PROFESSORESSA DI GENETICA ALL'UNIVERSITÀ DEL SALENTO
IL SITO: [HTTPS://WWW.UNISALENTO.IT/WEB/GUEST/HOME_PAGE](https://www.unisalento.it/web/guest/home_page)

MARIA PIA BOZZETTI
UNIVERSITA' DEL SALENTO

Ogni tanto, meno spesso di quanto vorremmo, viene annunciato un nuovo **farmaco** rivoluzionario. Il simbolo della nuova era genomica potrebbe essere il primo **farmaco** mai sviluppato per la fibrosi cistica. I risultati della sperimentazione sono stati incoraggianti, almeno per un sottogruppo di pazienti, e gli Usa hanno appena dato il via libera alla commercializzazione. Ma sarebbe sbagliato credere che il cammino verso la medicina del futuro sarà lastricato di «wonder drugs» per malattie oggi incurabili. La nostra salute ha molto da guadagnare anche dal raggiungimento di traguardi meno eclatanti, come somministrare a ciascuno il giusto trattamento nella giusta dose, grazie alle crescenti conoscenze sui geni che controllano il metabolismo dei **farmaci**.

Le terapie farmacologiche non hanno gli stessi effetti terapeutici su tutti i pazienti. Se si somministra lo stesso principio attivo a un gruppo omogeneo di soggetti con la stessa diagnosi, alcuni risponderanno bene, altri risponderanno poco, altri non risponderanno affatto. Alcuni pazienti, inoltre, possono manifestare risposte avverse, che sono qualcosa di più e di diverso rispetto ai comuni effetti collaterali. Queste reazioni ai **farmaci** sono legate alla risposta individuale di soggetti predispo-

sti e possono essere così gravi e diffuse da rappresentare la quarta causa di morte dopo malattie cardiovascolari, tumori e ictus.

La variabilità individuale nelle risposte ai **farmaci** dipende da diversi fattori, tra cui età, sesso, peso corporeo, malattie, dieta, alcool, tabacco e altri **farmaci**. Ma anche e soprattutto dalla costituzione genetica dei singoli individui, di cui si occupa un'apposita disciplina: la farmacogenetica. Per comprendere come la variabilità genetica individuale influenzi il tipo di risposta a un determinato trattamento è necessario immaginare il percorso del **farmaco** nell'organismo; non dobbiamo dimenticare, infatti, che il **farmaco** è una sostanza estranea e quindi il nostro corpo lo modifica chimicamente per facilitarne l'eliminazione. In alcuni casi si somministra un profarmaco che non ha alcuna attività farmacologica e si sfruttano le stesse reazioni per trasformarlo nella forma attiva. Succede, ad esempio, alla codeina che viene convertita in morfina.

Queste trasformazioni metaboliche sono effettuate da enzimi che sono il prodotto diretto dei geni. Le differenze genetiche, dunque, possono modificare la quantità sintetizzata o la funzionalità degli enzimi coinvolti nella cascata di eventi di cui è protagonista il **farmaco**, influenzando, di conseguenza, la sua efficacia e la sua tossicità.

I principali responsabili della prima fase di «biotrasformazione» dei **farmaci** sono i citocromi P450, che sono enzimi localizzati principalmente a livello epatico, ben conservati nel corso dell'evoluzione. Nel genoma umano ci sono 57 geni per i citocromi P450, raggruppati in famiglie e sottofamiglie. In particolare, tre citocromi metabolizzano la maggior par-

te dei **farmaci** di uso comune, tra cui analgesici, antitumorali, antiipertensivi, antiepilettici, anti allergici, antiinfiammatori, antivirali. I geni che codificano per questi enzimi presentano molte differenze individuali, i cui effetti si manifestano nella produzione di enzimi molto, poco o affatto funzionanti. Se un soggetto fosse un «metabolizzatore debole», cioè non producesse uno di questi citocromi o ne producesse una versione difettosa, potrebbe subire gli effetti tossici della persistenza del **farmaco** nell'organismo. Se invece fosse un «metabolizzatore rapido», ovvero ne producesse una quantità eccessiva, il **farmaco** sarebbe eliminato prima di esplicare il suo effetto terapeutico. La situazione si ribalterebbe nel caso in cui la molecola venisse somministrata sotto forma di profarmaco. Conoscere la costituzione genetica di ciascuno per questi «loci», insomma, servirà a limitare le risposte avverse e a non somministrare **farmaci** completamente inefficaci nei soggetti geneticamente predisposti all'una o all'altra eventualità. Le informazioni sui citocromi, probabilmente, contribuiranno allo sviluppo di quella medicina personalizzata di cui tanto si parla e che sta iniziando a muovere i primi passi.

A cura dell'Agi - Associazione Genetica Italiana

4 - CONTINUA LA PROSSIMA SETTIMANA

