

È il quarto caso di malasanità in Sicilia in quattro giorni, con tre decessi. Indaga anche la Commissione parlamentare sugli errori medici

Palermo, parto cesareo in ritardo: muore neonato

La tragedia

SALVO PALAZZOLO

PALERMO — «Un parto cesareo eseguito in ritardo», è l'ultima denuncia per malasanità presentata in Sicilia da un giovane padre dopo la morte della figlia. La moglie, al nono mese di gravidanza, si era presentata sabato sera in clinica con le doglie, per un parto naturale. Ma durante il travaglio la nascita ha cominciato a stare male: un cesareo d'urgenza non ha evitato il peggio. Ai medici non è rimasto che estrarre senza vita il corpicino della bimba. Dopo la denuncia alla polizia di Giuseppe

D'Attilia, 27 anni, la Procura ha aperto un'inchiesta su quanto accaduto sabato notte nella casa di cura Triolo Zanca, una delle più note di Palermo. Il sostituto procuratore Maurizio Agnello ha già ordinato il sequestro della cartella clinica e domani disporrà l'autopsia.

«Siamo addolorati per il decesso della bimba — dice il direttore della casa di cura privata, Luigi Triolo — La paziente era stata seguita sin dall'inizio della gravidanza nella nostra struttura ambulatoriale. Anche i tracciati dopo il ricovero non avevano evi-

denziato anomalie. E quando, due ore dopo il ricovero, il tracciato ha evidenziato una bradicardia, è iniziata subito la procedura d'urgenza per il cesareo. Adesso anche noi vogliamo capi-

re cosa sia successo».

In Sicilia è il quarto caso di sospetta malasanità nel giro di quattro giorni. Il bilancio è di tre morti e un neonato in coma farmaceutico al Policlinico di Palermo: giovedì i medici gli hanno somministrato gas anestetico invece che ossigeno, sembra per un errore nella manutenzione dell'impianto. Il giorno dopo, Loren-

zo Facciponte, 52 anni, in cura all'ospedale di Canicattì, è stato trasferito con l'elisoccorso a Palermo, ma non c'è stato nulla da fare. I familiari accusano i medici di avere scambiato una polmonite per un banale dolore intercostale. Nelle stesse ore, a Catania, un cingalese di 47 anni è morto di infarto all'ospedale Garibaldi, dopo avere atteso quattro ore al pronto soccorso prima di essere visitato. Su tutti questi episodi indaga anche la commissione parlamentare sugli errori sanitari, presieduta da Leoluca Orlando.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I precedenti

GIOVEDÌ, A PALERMO

Gas anestetico anziché ossigeno per un neonato. Salvato in extremis

VENERDÌ, A CANICATTÌ

Polmonite scambiata dai medici per reumatismi. Muore un cinquantenne

VENERDÌ, A CATANIA

Attende 4 ore al pronto soccorso. Cingalese stroncato da un infarto



L'oncologo Mussa: il preparato non è un'utopia, finanziando la sperimentazione potrebbe essere pronto in pochi anni

Cercasi sponsor per il vaccino anticancro

L'appello

CERCASI sponsor per la produzione di un vaccino antitumorale. Se questi fondi si troveranno, assicura l'oncologo Antonio Mussa, che con questa missione chiude in questi giorni la sua lunga carriera all'ospedale Molinette prima di andare in pensione, «questo importante vaccino potrebbe essere disponibile in alcuni anni».

Mussa ne ha parlato questa mattina al convegno, durante il quale i risultati sono stati illustrati ad un consorzio che cercherà possibili investitori. Il vaccino terapeutico è stato realizzato in collaborazione con Lina Matera, immunologa dell'Università di Torino

che ha diretto il progetto. «Il vaccino — spiega — utilizza le cellule tumorali dello stesso paziente, che vengono unite a cellule che in questo modo "si incattiviscono" contro il tumore e vengono poi ri-iniet-

tate nel paziente stimolando la risposta immunitaria». Il lavoro in laboratorio è terminato e siamo soddisfatti, dicono Mussa e Matera, «adesso sarebbe auspicabile trovare industrie interessate a finanzia-

re i primi test sull'uomo». Siamo convinti, aggiunge Mussa «che in oncologia, oltre alla massima attenzione alla chirurgia e alla cure chemioterapiche e radiologiche un ruolo di primo piano debba essere

riservato all'immunologia».

La nuova tecnica verrebbe usata su pazienti che hanno subito un intervento chirurgico per asportare il tumore e comunque pazienti sui quali è stato possibile prelevare cellule cancerogene: «Tutti i tumori possono essere trattati, pensiamo soprattutto a quelli che rispondono poco alle terapie, come quelli gastrici, pancreas e stomaco, e quelli del colon retto. La tecnica esiste e ha mostrato di dare buoni risultati, adesso servono laboratori specializzati per produrre i vaccini rispettando tutte le norme di sicurezza».

(s. str.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Messo a punto con l'immunologa Matera, utilizza cellule tumorali dello stesso paziente

LO SPECIALISTA

L'oncologo Antonio Mussa fautore del vaccino



La Sanità dei grandi numeri anche l'ospedale è di famiglia

**Figlio, nuora e fratello lavorano al «Veneziale»
Posti letto fuori norma
alti costi e troppe strutture**

INVIATO A CAMPOBASSO

Il vero feudo di Michele Iorio è la sanità. E' tra i camici bianchi che trae il suo grande consenso. Basti dire che sul totale occupati del Molise gli addetti sanitari valgono il 6,4%, un record secondo solo alla Sicilia. L'Ospedale Veneziale di Isernia per i molisani è semplicemente il nosocomio di famiglia. Il presidentissimo si è addirittura inventato un reparto di neurofisiopatologia per darlo in mano al fratello Nicola, «su cui ha incardinato una stroke unit (a pochi chilometri da quella del centro Neuromed) che costa un milione di euro l'anno senza che l'ospedale abbia le professionalità necessarie a gestire le trombolisi», racconta una bella inchiesta del quotidiano on line Altromolise diretto da Antonio Sorbo. In Chirurgia vascolare lavora invece il figlio Luca, la cui moglie è stata assunta come anestesista. E ancora. Il primario di psichiatria è il dottor Tartaglione, genero di Iorio e marito della sorella Rosetta, responsabile del distretto sanitario di Isernia, nonché assessore in comune. Ma il Veneziale è anche il regno del senatore Ulisse Di Giacomo, coordinatore regionale del Pdl e primario di cardiologia in aspettativa.

Al Cardarelli di Campobasso, invece, Iorio ha sdoppiato la chirurgia generale per accontentare gli amici, mentre a Larino e Termoli vige la doppia ostetricia.

Una grandeur che produce costi astronomici, mantiene posti letto fuori norma (1.650) disposti su ben 11 strutture (6 pubbliche e 5 private), e alimenta episodi di Parentopoli e corruzione (l'inchiesta Black hole a Termoli). Il buco sanitario in tre anni è arrivato a 90,7 milioni di euro su 550 milioni trasferiti. E dire che il governo Prodi, nel 2007, aveva già ripianato i debiti delle regioni sprecone. Ma Iorio ha afferrato i 405 milioni pro quota, ha firmato la nomina a commissario ad acta, continuando a fare il monarca irresponsabile. Ancora in queste ore, braccato dai tecnici del Tesoro sul piano di rientro, fa melina, nasconde i documenti agli ispettori,

non rispetta le scadenze.

Leggere i verbali degli ultimi due tavoli tecnici è impressionante e insieme grottesco: sembra una commedia di Eduardo. A Roma Iorio promette di chiudere i tre ospedali di Venafro, Agnone e Larino, ma in casa ferma i motori; accetta il blocco del turnover ma l'altro giorno ha indetto un bando per assumere nuovo personale sanitario; taglia i budget alle due strutture private accreditate a carattere scientifico (la Neuromed di Pozzilli della famiglia del suo grande rivale Aldo Patriciello, europarlamentare Pdl, e la Cattolica di Campobasso) che fanno ricorso al Tar, vincendolo; riduce le sette Asl trasformandole prima in 4 zone sanitarie uguali nel personale e nei budget e poi, dietro la protesta del ministero, obbedisce ma lascia ancora 4 coordinatori di zona. Il massimo del gattopardismo. Nel frattempo il governo centrale ha bloccato l'uso dei fondi Fas per ripianare il debito (concesso a Lazio, Campania e Calabria), imponendo un ulteriore incremento delle addizionali Irpef e Irap. Trentasette milioni di gettito attuale che verrà alzato a 45 per far fronte alla voragine. Per i molisani si passerà dai 274 euro pro capite a 332. Iorio scalcia, minaccia di impugnare le scelte del governo «amico», eppure qualche crepa nel muro si sta aprendo se anche un conterraneo celebre come Antonio Di Pietro, per anni amico (su terremoto e infrastrutture) del presidente nonostante il diverso colore politico, l'altro giorno lo ha improvvisamente scaricato, paragonandolo nientemeno che a Totò Cuffaro... Resa dei conti in vista nel piccolo Molise? [M. ALF.]

1650

posti letto

E' la grandeur la parola magica della sanità molisana. I posti letto fuori norma sono disposti su ben 11 strutture (6 pubbliche e 5 private, nella foto l'ospedale Veneziale di Isernia) con un buco di 90 milioni in tre anni



Catania Preoccupazioni di Farindustria anche per i possibili rischi sulla salute Farmaci contraffatti, giro d'affari via Internet

Sarah Donzuso
CATANIA

Solo in Sicilia, dal gennaio del 2010, i farmaci contraffatti hanno avuto un giro d'affari di oltre 6 milioni di euro: un dato che deve fare riflettere sulla crescente fetta di mercato che i farmaci non originali si stanno ritagliando. E sempre a proposito di dati, i farmaci contraffatti nei paesi non industrializzati arrivano a toccare il 30% della produzione mentre la media mondiale è del 6-7% e l'1% per i paesi industrializzati.

Un vero e proprio allarme so-

ciale che ha portato Farindustria Catania a organizzare un convegno sulla "contraffazione e le disfunzioni nel commercio dei farmaci: ricadute sul sistema sanitario nazionale", che ha visto la presenza di esperti del settore oltre che di esponenti delle forze dell'ordine impegnati ogni giorno in mirate attività di contrasto di questo dilagante fenomeno. Dai lavori è emerso come sia facile riuscire a reperire questi farmaci: basta collegarsi a internet, cercare nei motori di ricerca o iscriversi a qualche social network e da lì i link per farmacie on line, ovviamente illegali,

sono tantissimi. Dunque l'e-commerce farmaceutico è un fenomeno in costante aumento a cui fa ricorso una parte non trascurabile della popolazione italiana sulla base di presunte garanzie di economicità e anonimato. Anonimato che si ricerca soprattutto per una certa tipologia di farmaci come quelli contro la disfunzione erettile o quelli dopanti: «Su internet - ha dichiarato il capitano Sergio Tirrò dei Nas di Roma - si compra di tutto, a rischio e pericolo della propria salute, delle proprie tasche e anche di quelle del Servizio sanitario nazionale: i farmaci più ven-

duti sul web sono ad alto rischio di tossicità: antidolorifici, tranquillanti, prodotti per migliorare le prestazioni fisiche e mentali, in particolare ormoni anabolizzanti, farmaci contro la disfunzione erettile, sostanze dimagranti».

Occorre dunque maggiore informazione: per questo il Ministero della Salute ha avviato una campagna di sensibilizzazione tramite la distribuzione di brochure; inoltre si è dato vita a un coordinamento interistituzionale con la creazione di una task force per cercare di recidere a monte le radici del fenomeno ◀



Il dossier

«Troppe morti sospette nelle discariche killer»

Ancora nessuna certezza ma indizi preoccupanti sì: nelle aree vicine alle discariche illegali aumentano i rischi di contrarre il cancro. Di più: nelle zone esposte ai siti killer c'è una impennata di morti precoci, prova ne sia che nel raggio di tre chilometri dalle discariche di Napoli e Caserta in media muoiono prematuramente 848 persone all'anno. Dati raccapriccianti, quelli da uno studio condotto da Carla Guerriero, ricercatrice napoletana alla «London School of Economics» di Londra: Le cifre elaborate in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) mettono in rilievo che in otto anni, dal 1994 al 2001, nelle due province sono morte precocemente 6.780 persone. E il trend in atto dal 2002 ad oggi presenta analoghe caratteristiche. Lo studio evidenzia come la bonifica delle aree esposte alle discariche killer ridurrebbe le morti precoci aumentando i benefici economici.

> Roano a pag. 36

**La guerra dei rifiuti
Discariche killer
e morti sospette
Dossier da Londra**

Cento decessi l'anno tra Napoli e Caserta in un raggio di tre chilometri dai siti

Luigi Roano

Scientificamente non ci sono ancora certezze assolute (alte probabilità però sì) che l'esposizione alle discariche, legali o no, e più in generale ai rifiuti provochi mortalità e patologie come il cancro. Tuttavia da un punto di vista statistico il dato è evidente e raccapricciante nella sua semplicità. In otto anni sono morte precocemente 848 persone residenti nel raggio di tre chilometri dalle discariche nelle province di Napoli e Caserta: eliminare il pericolo, bonificando i territori, porterebbe anche un beneficio economico (pari alla riduzione dei costi sanitari) di 11,4 miliardi in trent'anni. È il risultato di uno studio che dovreb-

be almeno fare accendere il segnale di pericolo nelle stanze di chi gestisce la questione. Titolare dell'indagine è una napoletana di 26 anni di Mergellina, Carla Guerriero, un cervello «fuggito» all'estero che non vede l'ora di rientrare, ricercatrice alla «London School of Economics» di Londra, istituto quotato a livello internazionale nella borsa dei cervelloni.

I dati sfornati in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità raccontano che negli otto anni presi in esame (1994-2001) pubblicati nel 2007 dall'Oms, nelle due

province sono morte prematuramente ben 6780 persone. Di cui 848 residenti nel raggio di tre chilometri dalle discariche. Il trend negli otto anni successivi, ovvero dal 2002 a oggi, si ca-



L'indagine
Studio della London School of Economics
Con la bonifica risparmio di 11,4 miliardi



ratterizza nelle stesse quantità. Una strage che oltre ad avere un costo umano impagabile ne ha uno elevatissimo dal punto di vista finanziario.

Il lavoro della Guerriero è stato pubblicato sulla rivista «Environmental Health» ed è firmato anche da John Cairns, professore di Economia della Salute presso il medesimo istituto di ricerca. I due ricercatori - atteso che è impossibile dare un valore alla vita umana - hanno adottato il metodo cosiddetto Vpf (acronimo di Value of Preventing a Fatality) che calcola i costi effettivi in un arco di tempo definito causati da una morte prematura. Non è facile calcolare questi costi e, dunque, si è preso in esame quanto in genere si è disposti a pagare per evitare il rischio di morte prematura. Il parametro utilizzato è quello europeo. I due ricercatori hanno tenuto conto di un periodo di latenza della malattia che insorge in seguito a esposizione a inquinanti ambientali, nel caso dello studio in questione 20 anni. Quindi i maggiori costi di una morte per tumore, che rappresenta il 50% delle morti che si pensa causate dai rifiuti tossici e nocivi nelle province di Napoli e Caserta. Ne viene fuori che se si effettuasse la bonifica dei territori inquinati da rifiuti nell'arco di 30 anni, i benefici finanziari ammonterebbero a 11,4 miliardi di euro. Se si prende in considerazione un periodo di 10 anni i benefici superano i 5 miliardi di euro. Se si prende in conside-

razione un periodo di 50 anni, il beneficio economico sale a 20 miliardi.

Non è questione di speculare sulle vite umane, anzi, è esattamente il contrario. Con la bonifica non solo si ridurrebbero le morti, ma migliorerebbe la vita di circa 4 milioni di persone. Con i soldi risparmiati si potrebbe veramente dare una svolta a territori martoriati da almeno mezzo secolo. In Campania si calcola che siano stati sversati almeno 5 milioni di tonnellate di rifiuti inquinanti in discariche clandestine.

Quello che fa veramente rabbia è - tuttavia - che esiste un Protocollo d'Intesa tra il ministero dell'Ambiente e la Regione Campania che prevede un investimento di 243 milioni di euro per avviare la bonifica del Litorale Domizio e dell'Agro Vesuviano. Un investimento che se concretizzato cambierebbe la storia della Campania. Regione che giova ricordarlo ha il maggior numero di reati ambientali in Italia. Si tratta, rispetto al fiume di denaro messo in campo per i tre lustri del commissariamento praticamente di spiccioli. Con i quali probabilmente si sarebbero salvate centinaia di vite.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cancro gastrico Nuove frontiere nella chirurgia

Sabato Humanitas Gavazzeni richiamerà a Bergamo i massimi esperti nazionali per fare il punto sul cancro allo stomaco. Si svolgerà infatti il 6 novembre al Centro Congressi Giovanni XXIII, dalle 9 alle 17, il congresso medico sul tema: «La chirurgia del cancro gastrico tra presente e futuro».

«Si tratta, purtroppo, di una neoplasia molto frequente nella nostra provincia ed è pertanto un nostro preciso dovere ottimizzare le linee di diagnosi e cura, al fine di garantire al malato di cancro gastrico le migliori opportunità di guarigione» dice Giovanni Perrone, responsabile dell'Unità operativa di Chirurgia generale di Humanitas Gavazzeni e presidente dell'imminente congresso.

In tutto il mondo l'incidenza del cancro gastrico si sta riducendo; appaiono invece in controtendenza alcune aree della Lombardia orientale, alcune province della Toscana, la Romagna, l'estremo oriente e alcuni paesi del Sud-America. Per la provincia di Bergamo addirittura si può parlare di incidenza quasi endemica; il tumore gastrico pertanto rappresenta nella bergamasca una sorta di emergenza oncologica. L'età di maggiore insorgenza è dopo i 50 anni, ma non sono rari i casi giovanili (tra i 30 e i 40 anni) soprattutto nel sesso femminile.

«È un'occasione importante

- prosegue Perrone - concentrare a Bergamo i maggiori esperti nazionali in materia, organizzare un confronto diretto con loro e poter concludere che, anche per quanto riguarda il cancro gastrico, i progressi della terapia medica e della chirurgia hanno permesso un miglioramento della sopravvivenza dei malati».

Tanto più precoce è la diagnosi, tanto migliore è la prognosi del paziente e quindi la possibilità di sopravvivenza. La chirurgia rimane una delle armi terapeutiche più efficaci; se il tumore viene diagnosticato e trattato nella sua fase iniziale, il 70-80% dei pazienti sopravvive a 5 anni.

«Abbiamo richiesto ed ottenuto il patrocinio dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Ita-

liani (ACOI), della Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) e del Gruppo italiano di ricerca sul cancro gastrico (GIRCG) - sottolinea Giorgio Quartierini, aiuto del dottor Perrone ed organizzatore scientifico del congresso -;

discuteremo con professionisti che possono arricchire l'incontro di contributi scientifici di prestigio».

L'evento, gratuito, è aperto a tutti i medici, non solo chirurghi, oncologi e gastroenterologi. Partendo dalle novità in campo diagnostico, il congresso



Il chirurgo Giovanni Perrone

*L'intervento
rimane una
delle armi
più efficaci
per curare il
tumore*



affronterà i vari step della terapia: dal trattamento esclusivamente endoscopico dei tumori gastrici più superficiali, alla chirurgia video-laparoscopica degli stadi precoci ed avanzati; dalla tecnologia del linfonodo sentinella, ai nuovi sviluppi della radio e chemioterapia; dalle resezioni multiviscerali con trattamento della carcinosi peritoneale (associate alla chemio ipertermia intraperitoneale) alla chirurgia robotica. In particolare, la chirurgia tradizionale «aperta» verrà messa a confronto con i nuovi approcci mini invasivi, nell'ottica di arrivare a garantire i medesimi risultati oncologici con interventi sempre meno demolitivi ed invalidanti.

È possibile partecipare al Congresso iscrivendosi on line, sul sito www.humanitasgavazzeni.it o inviando il modulo disponibile sul sito via fax al numero 035.4204381. Per informazioni, è possibile telefonare al numero 035.420.47.98. ■

Linee guida La strategia del ministero per ridurre i cesarei Più incentivi agli ospedali che puntano sui parti naturali

ROMA — Oltre 220 mila interventi di taglio cesareo eseguiti nel 2008 «con un costo umano ed economico non trascurabile: il rischio di morte materna è infatti di 3-5 volte superiore rispetto al parto naturale» e la possibilità di subire conseguenze dannose è 10-15 volte più alta. Partono da queste considerazioni le linee di indirizzo sul «percorso nascita» e la riduzione del cesareo appena licenziato dagli uffici del **ministero della Salute** con la condivisione delle Regioni.

Il documento, annunciato circa un mese fa dopo il caso di cesareo finito male a Messina, fissa una serie di raccomandazioni per le Asl. L'obiettivo è ricondurre l'Italia entro la media europea. Oggi siamo al primo posto per quantità di tagli. Quasi 4 bambini su 10 sono figli della chirurgia pur in assenza di condizioni di rischio.

Tra le azioni ritenute efficaci, la riorganizzazione e la riduzione dei centri di maternità con un bilancio di parti inferiore ai mille l'anno. C'è poi il discorso delle tariffe, cioè dei rimborsi delle prestazioni da parte del servizio sanitario a ospedali e cliniche accreditate. Viene suggerito un sistema di «incentivazione-disincentivazione». In altre parole, il centro che punta sul parto naturale potrebbe ottenere vantaggi sul piano economico. Infine la formazione del personale, particolarmente cara al ministro **Ferruccio Fazio**: «Le scuole dovrebbero insistere sull'ostetricia prevedendo anche che gli specializzandi deb-

220
Mila, sono i cesarei effettuati in Italia nel 2008: siamo al primo posto in Europa

40%
I bambini che in Italia nascono con il parto cesareo pur non essendo a rischio

ne il desiderio di una donna di Pantelleria di dare alla luce suo figlio nel paese d'origine. Ma i tempi sono cambiati. La sicurezza è garantita solo dove c'è esperienza e assistenza qualificata oltre che apparecchiature».

Il documento riporta alcuni dati sulla situazione attuale. I centri con un numero di parti inferiore a 500 e privi di una copertura di guardia medico-ostetrica e di anesthesiologia attiva 24 ore su 24, sono ancora il 30%, con netta prevalenza al Centro e al Sud. Poi un allarme: «In queste unità operative, che dovrebbero li-



Nelle culle Neonati alla clinica Mangiagalli di Milano

bano eseguire un certo numero di parti, come addestramento. Per le tariffe potrebbe essere efficace introdurre il meccanismo della premialità. Non escludiamo che tra i requisiti per l'accreditamento possa essere utile quello relativo alla qualità dei punti nascita».

Poi un appello alle mamme e ai cittadini che si oppongono a progetti di chiusura dei piccoli centri di maternità: «Io sono nato in casa e capisco be-

mitarsi all'assistenza per parti fisiologici e dove sarebbe ragionevole attendersi una minore prevalenza di patologia si esegue il 50% dei cesarei, più che nelle unità di livello superiore», dove arrivano casi gravi. In altre parole, molto spesso il ricorso al bisturi è segnale di disorganizzazione e carenza della struttura di personale e servizi.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dopo la condanna di Brega Massone. «Il sistema di controlli oggi è ancora più rigido»

«Mai più un caso Santa Rita»

Formigoni: il chirurgo era una mela marcia, Regione parte lesa

«Mai più uno scandalo Santa Rita». È il giorno dopo la sentenza che condanna a 15 anni e 6 mesi di reclusione per interventi chirurgici inutili l'ex primario della clinica Pier Paolo Brega Massone. Il governatore Roberto Formigoni, in trasferta a Shanghai, condanna il comportamento del medico, ma isola il caso: «Le mele marce possono sempre esserci. Ma negli ultimi due anni la sanità lombarda ha reso ancora più stringenti i controlli antitruffa. Le contromisure adottate pongono, dunque, a maggior ragione tutte le premesse perché non possa ripetersi quanto successo». Sono parole attese perché due anni fa era salito sul banco degli imputati l'intero sistema sanitario lombardo. Lo stesso assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, a ridosso della bufera giudiziaria, aveva dichiarato alla *Padania*: «Dopo quello che è successo cambieremo le regole».

A PAGINA 3 **Ravizza**

Sanità Il governatore da Shanghai commenta la decisione del Tribunale sui medici della clinica di via Jommelli. «La Regione è parte lesa»

Formigoni: mai più uno scandalo Santa Rita

«Le mele marce possono sempre esserci, ma negli ultimi anni i controlli sono ancora più severi»



Polemica

Roberto Formigoni, presidente della Regione Lombardia, ha «stretto» i controlli nelle strutture ospedaliere dopo lo scandalo delle operazioni inutili, dannose e crudeli scoppio alla clinica Santa Rita

«Mai più uno scandalo Santa Rita». È il giorno dopo la sentenza del tribunale di Milano che condanna a 15 anni e 6 mesi di reclusione per interventi chirurgici inutili, dannosi e crudeli (eseguiti al solo scopo

di guadagnare) l'ex primario della clinica di via Jommelli 17, Pier Paolo Brega Massone. Il governatore Roberto Formigoni, in trasferta a Shanghai, condanna il comportamento del medico, ma isola il caso: «Le mele marce possono sem-



pre esserci. Ma negli ultimi due anni la sanità lombarda ha reso ancora più stringenti i controlli antitiruffa. Le contro-misure adottate pongono, dunque, a maggior ragione tutte le premesse perché non possa ripetersi quanto successo».

Sono parole attese perché due anni fa — oltre al medico incriminato — è salito sul banco degli imputati l'intero sistema sanitario lombardo. Lo stesso assessore alla Sanità, Luciano Bresciani, a ridosso della bufera giudiziaria sulla clinica degli orrori, aveva dichiarato alla *Padania*: «Dopo quello che è successo alla Santa Rita e in altre strutture lombarde cambieremo le regole per l'accreditamento (l'iter che permette agli ospedali privati di fornire le prestazioni a carico del servizio sanitario, ndr). Non solo: i manager nominati dovranno appartenere a un registro, come previsto per gli ospedali pubblici». Le promesse — assicurano oggi dal Pirellone — sono state mantenute: «La Regione Lombardia ha saputo raccogliere con coraggio la sfida per approfondire il sistema di controlli».

Per rompere con la prassi del «chi più opera, più guadagna», nel novembre 2008 viene introdotto in Lombardia il divieto di legare gli stipendi dei medici degli ospedali privati solo ai rimborsi ottenuti per le cure effettuate. Ma resta per le strutture accreditate la possibilità di prevedere formule di incentivi basati sulla produzione, come emerge chiaramente dalle ultime direttive regionali: «La determinazione di una percentuale sul valore dei Drg (i rimborsi) prodotti a fronte delle attività svolte a favore dei pazienti assistiti dal servizio sanitario nazio-

nale non può essere esclusa, se accompagnata da tutte le previsioni di appropriatezza ed etica descritte nel contratto tipo». Hanno fatto il loro debutto, poi, l'obbligo di adottare un codice etico comportamentale (come prevede la legge 231/2001) e le figure di garanzia annunciate, come il direttore medico di presidio e il direttore sanitario scelto tra gli idonei iscritti in un elenco regionale. Di più. Le convenzioni con gli istituti ospedalieri sono sottoposte ogni cinque anni a revisione, mentre errori nella compilazione delle cartelle cliniche possono fare scattare lo stop ai rimborsi.

Il governatore Formigoni incalza: «Come dimostra il verdetto del tribunale (con il riconoscimento di 30 mila euro di risarcimento danni) la Regione è parte lesa». È una novità: in un procedimento penale precedente, il Pirellone non era stato riconosciuto danneggiato per manchevolezze nell'esercizio della sue funzioni di controllo. Dice Formigoni: «Per migliorare il sistema abbiamo fatto tutto quello che era possibile. Per eliminare le mele marce, però, ci vuole uno scatto di responsabilità da parte di tutti».

Simona Ravizza
sravizza@corriere.it

Miglioramenti

Il presidente del Pirellone: «Per migliorare il sistema abbiamo fatto tutto quello che era possibile»



79

Gli interventi

effettuati dai chirurghi della clinica Santa Rita ritenuti nocivi dal Tribunale

30.000

Gli euro

incassati dalla Lombardia per il danno subito dalla clinica Santa Rita

UN CONVEGNO A SAINT-VINCENT ALZA IL VELO SU UN FENOMENO MOLTO DIFFUSO

Il medico gioca in difesa con esami e farmaci inutili

E' un sistema usato al pronto soccorso da nove sanitari su dieci per cautelarsi dal rischio di processi o dalle richieste di danni

ENRICO MARTINET
SAINT-VINCENT

Nove medici d'urgenza su dieci, inseguiti dalla paura del processo penale o della richiesta di danni, attuano la «medicina difensiva». Esagerano nella richiesta di esami, oppure si rifiutano di compiere procedure a rischio. Le conseguenze: pazienti sottoposti a rischi, errori nascosti e costi sanitari alle stelle. In Italia il calcolo non è stato fatto, ma dopo un confronto con altre realtà europee si ipotizza che il comportamento di autodifesa dei medici costa tra il 7 e il 12 per cento della spesa sanitaria nazionale.

La medicina difensiva è al centro da ieri di un convegno nazionale a Saint-Vincent. A confronto sanitari e giuristi proprio per poter affrontare il tema dell'azione penale conseguente al «sistema accusatorio». La base della riflessione è una ricerca richiesta e finanziata dall'Ausl della Valle d'Aosta in collaborazione con l'Acemc (Academy of emergency medicine and Care). A illustrarla è stato il sociologo professor Maurizio Catino (Università Bicocca di Milano) con la dottoressa Chiara Locatelli. Sono stati intervistati 1327 medici dei Pronto soccorso ospedalieri italiani. Il 90,5 per cento di loro ammette di aver fatto ricorso alla medicina difensiva almeno una volta al mese. Il 69 per cento ha dichiarato di farlo per «timore di un contenzioso medico-legale»; il 50,4 per cento per paura di ricevere una richiesta di risarcimento.

«L'approccio accusatorio - spiega il professor Catino - comporta una serie di effetti perversi. Bisogna uscire dal-

la logica della ricerca del colpevole perché non cambia lo stato delle cose, non migliora l'organizzazione. In questo modo non si trova l'errore e il sistema non ha la possibilità di migliorarsi. L'etica dell'errore è proprio nella logica di apprendimento». Il medico deve essere messo in condizione di poter autodenunciarsi. «Ma in questo contesto giuridico - dice il primario del Pronto soccorso dell'ospedale Parini di Aosta Massimo Pesenti - è portato a non farlo per non incorrere nel processo penale».

La soluzione, dice Catino, «è di ridisegnare l'attuale modello di responsabilità penale». Spiega: «Dovrebbe essere limitata per il medico ai soli eventi conseguenti a una colpa grave e nello stesso tempo occorre introdurre la giustizia riparativa come già avviene in altri paesi. Ciò significa raggiungere una conciliazione e in tal modo ricucire il rapporto tra medico e paziente. Il processo penale che poi sfocia in una causa civile per i risarcimenti scontenta tutti, sia per i modi sia per i tempi».

C'è anche la necessità di superare quello che Catino definisce «il mito dell'infallibilità medica». Aggiunge: «I medici vengono preparati a svolgere un'attività priva di errori, ciò crea la credenza errata che gli errori sono inaccettabili. Per cui solo i medici non bravi sbagliano. I medici ritengono di essere infallibili stabilendo così un'errata correlazione tra errore e negligenza. La conseguenza è che gli errori non vengono analizzati e rimossi. E' evidente la necessità di considerare l'errore umano come un'opportunità da cui imparare per evitare la ripetizione di

eventi dannosi e consentire il miglioramento della sicurezza del paziente».

Ma come poter limitare un'azione penale alla sola colpa grave? Impossibile. Tuttavia esiste una soluzione. Rocco Blaiotta, consigliere della Corte di Cassazione, ha sottolineato come non si debba «fossilizzarsi sulla ricerca della colpa, ma ragionare sul contesto, in questo caso la medicina d'urgenza, in cui si è verificato un evento». Non slegare quindi la responsabilità dall'ambiente. Esiste quindi la possibilità di «modulare» l'azione penale. E' pronta una proposta di legge proprio sul tema della «modulazione» studiata sia da Blaiotta che dal professor Gabrio Forti, ordinario di diritto penale e direttore del centro studi «Federico Stella» dell'Università Cattolica di Milano.

**Le conseguenze:
pazienti sottoposti
a rischi e costi aumentati
del dodici per cento**

90

per cento

La quasi totalità dei medici ha ammesso di fare ricorso alla medicina difensiva almeno una volta al mese

69

per cento

dei medici intervistati ha dichiarato di prescrivere esami inutili per timore di «un contenzioso medico-legale»

12

per cento

Il compartimento di autodifesa dei medici costa tra il 7 e il 12 per cento in più al servizio sanitario

50

per cento

La metà dei medici intervistati ha dichiarato di ricorrere alla medicina difensiva per paura di una causa per danni



La classifica degli esami superflui



Esami del sangue



Elettrocardiogramma



Tac e esami radiografici



Richiesta consulenze
a specialisti

Partners
LA STAMPA

Malasanità? I numeri smentiscono l'allarme

L'università di Milano: accertati molti meno casi di quelli denunciati. Ma la paura resta



la polemica

Crescono le richieste di risarcimento di pazienti convinti di avere subito un torto. I riscontri sono difficili, ma aumenta la medicina difensiva

DA MILANO ENRICO NEGROTTI

Siamo di fronte a un'emergenza di malasanità in Italia? Sì e no. A seguire i dati allarmanti che di tanto in tanto emergono da stime di istituzioni, sanitarie e non, e dai titoli dei giornali di fronte a episodi inquietanti di cronaca sembrerebbe di sì; se si osservano dati raccolti più scientificamente e si valutano le proporzioni tra la massa degli interventi sanitari compiuti ogni anno e il numero di eventuali errori la risposta cambia. Ma quel che è indubbio è che la convinzione dei pazienti di essere stati danneggiati, le richieste di risarcimento e il contenzioso sanitario sono cresciute nel tempo, ed esplose negli ultimissimi, con conseguenze a catena, tra cui il deprecato fenomeno della medicina difensiva. Di questi temi si è parlato ieri al convegno organizzato dal Laboratorio di Responsabilità sanitaria (Lrs) dell'Università di Milano (sezione di Medicina legale della facoltà di Medicina), coordinato da Umberto Genovese. Quattro anni fa fece molto rumore una

stima che parlava di 90 morti al giorno in Italia per malasanità, tre giorni fa dalla Commissione parlamentare sugli errori sanitari ha reso noto di avere ricevuto 242 errori in circa 17 mesi, frutto delle più diverse segnalazioni nell'arco di tempo tra fine aprile 2009 e metà settembre 2010. Ma da un'indagine eseguita su dati certi - le autopsie ordinate dalla magistratura per accertare le cause di morti per sospetta malpractice a

Milano - offrono cifre diverse: «Rispetto alle 1300 morti attese in un anno facendo una proiezione sulla popolazione milanese dei dati che parlavano di 90 morti al giorno - ha spiegato Michelangelo Casali, del Lrs - abbiamo verificato che sono state eseguite 22 autopsie per sospetta malpractice. Quel che emerge comunque è un trend in crescita delle segnalazioni di sospetta malpractice: tra il '96 e il 2000 variava tra 7 a 13 l'anno, tra il 2002 e il 2009 variava tra 24 e 38». L'esplosione delle denunce è sotto gli oc-

chi di tutti, senza che ciò sia stato percepito come un peggioramento della sanità in Italia. Luigi Mastroroberto, consulente medico-legale di compagnie di assicurazione fa osservare che da dati forniti dal ministero della

Salute nel 2006 indicavano nei dieci anni precedenti un aumento del 148% delle denunce, con un aumento del costo medio del 67%, ma i dati delle compagnie (dati Ania) indicano addirittura una crescita del 300% tra il 1994 e il 2008: da 9500 a quasi 30mila. E se è vero che

l'80% delle vertenze penali si conclude con un'assoluzione del medico, la cifra si capovolge quando si parla di cause civili, che danno origine a un risarcimento: «La Cassazione in sede civile ha spesso ribadito che di fronte a un danno che il paziente manifesta, l'onere della prova è a carico del medico, che deve di-



mostrare di non avere sbagliato. E paradossalmente le denunce aumentano di più proprio nelle regioni con la sanità migliore: Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto». Questa massa di risarcimenti non ha solo fatto crescere i premi, ma ha anche fatto scomparire le principali compagnie assicurative, che si sono ritirate dal mercato sanitario. Sulla crescita di questo contenzioso, gli avvocati si difendono: Enrico Moscoloni (segretario dell'Ordine di Milano) dice che le cause partono solo se c'è un medico legale che ne indica la plausibilità: «Piuttosto è il senso di abbandono che percepisce il paziente a metterlo sulla strada di far causa. La questione va risolta a monte, nel rapporto tra medico e paziente». Ecco allora che Roberto Rossi, vicepresidente dell'Ordine dei medici di Milano, richiama un'altra verità scomoda: «Si diffonde un modello televisivo per il quale il morire rappresenta sempre un errore». Così cresce la medicina difensiva (cioè la richiesta di esami e procedure non necessarie, ma utili al medico per dimostrare di avere fatto tutto il possibile): secondo recenti stime incide tra il 7 e il 12% sulla spesa sanitaria italiana.

Dati della Medicina legale di Milano: dalle autopsie eseguite per sospetta malpractice emergono molti meno episodi di quanto dicano stime allarmistiche

IL CASO

Un software anti-errori in sala parto al Sacco di Milano

DA MILANO

Hanno lavorato gomito a gomito per due anni: camici bianchi e programmatori informatici, insieme per dar vita a un software anti-errori in sala parto. Un programma che permettesse di monitorare il rischio nel delicato momento della nascita, un alleato per identificare eventuali campanelli d'allarme nel corso del travaglio. Il software oggi è una realtà all'ospedale Sacco di Milano, dove da tempo è iniziata l'operazione «nascita sicura». Con il risultato che, a fronte di un aumento del 7% dei parti (1.211 nel 2009) rispetto al 2008, il ricorso ai tagli cesarei si è ridotto del 4%. Gli interventi chirurgici sono oggi il 35% del totale, e di questa percentuale «soltanto l'8,5% è stato deciso in sala parto. Gli altri sono stati tutti cesarei elettivi, cioè decisi anticipatamente a causa del quadro clinico non ottimale delle partorienti», riassume Irene Cetin, direttore dell'Unità operativa complessa di ostetricia e ginecologia del Sacco, durante il corso sul «Monitoraggio del rischio in sala parto» che si è tenuto ieri a Milano. «Il nostro obiettivo è ridurre al minimo gli eventi avversi», spiega la specialista che ha cominciato una vera e propria caccia alle criticità che possono innescarsi durante il parto. «Il rischio è una realtà con cui si deve sempre fare i conti – prosegue – Riuscire a monitorarlo è fondamentale. Anche se una quota di eventi avversi in sala parto sarà sempre inevitabile, perché non legata esclusivamente ad errori umani». Nei primi due mesi di test il software è stato utilizzato su pazienti a basso rischio. «Anche perché – evidenzia Cetin – sulle situazioni ad alto rischio un monitoraggio sistematico avviene di prassi». In questa fase il software non è ancora usato per prendere decisioni cliniche, ma solo per studiarne il funzionamento, individuarne il grado di attendibilità e i possibili miglioramenti. Finora sono stati circa 100 i parti effettuati con l'ausilio del programma.