

**Palermo** Le hanno dato 90 milligrammi del farmaco per la chemioterapia invece dei 9 prescritti. Cinque indagati

# La mamma 34enne uccisa da uno zero di troppo

PALERMO — Uccisa da uno «0» di troppo e, forse, da una virgola sfuggita al momento di indicare il dosaggio della chemio su un foglio. Uccisa dalla leggerezza dei medici che dovevano curare un tumore neanche tanto grave. Perché Valeria Lembo quel linfoma di Hodgkin l'aveva preso in tempo, al primo stadio, riuscendo anche a mettere alla luce in primavera il suo bimbo, felice a 34 anni di potersi liberare dal male, come tutti le assicuravano al Policlinico di Palermo dove, invece di iniettarle 9 milligrammi di vinblastina, l'hanno imbottita con 90 milligrammi dello stesso farmaco trasformatosi in un veleno. Una dose letale, capace di bloccare giorno dopo giorno la funzionalità di fegato, esofago, polmoni in un crescendo di atroci sofferenze culminate in una settimana di rianimazione e nella morte avvenuta il 29 dicembre.

Adesso ci sono cinque medici sotto inchiesta, a cominciare dal primario del reparto di oncologia Sergio Palmeri, il professore che aveva in cura la giovane madre, responsabile della cartella clinica, assente quando una in-

fermiera, davanti a quel foglio con la prescrizione dei 90 milligrammi di vinblastina, sorpresa, dubbiosa, ha chiesto l'intervento del medico di guardia, uno specializzando. Un neo laureato evidentemente incapace di valutare un dato così importante, gli occhi smarriti sul foglietto e su quel «90», senza la virgola fra il «9» e lo «0».

Deciso a non chiedere lumi e a «non disturbare» il professore, avrà pensato che se così è scritto così s'ha da fare. Verdetto ripetuto a una seconda domanda dell'infermiere che mai in vita sua aveva iniettato 15 fiale di quel farmaco tutte insieme nel boccione della flebo, nel cosiddetto cocktail della chemio. Come ha poi fatto su indicazione del neolaureato nei panni di un praticante con foglio rosa lasciato alla guida di un tir in autostrada.

Ci sono voluti diversi giorni per capire il guaio che avevano combinato nel reparto di Palmieri, recentemente subentrato a Nicola Gebbia, uno dei tanti blasonati baroni del Policlinico andati in pensione per evitare i tagli

delle manovre. Un reparto famoso per quel sottoscala dove si praticavano le chemio, fra le proteste di pazienti seguiti anche dalla dottoressa Maria Rosa Valerio coinvolta in un'altra inchiesta su tre cliniche private di Palermo dove si risparmiava evitando di somministrare l'antivomito ai malati di tumore. Altra storiaccia seguita dalle inchieste dell'assessorato regionale alla Salute guidato dal magistrato Massimo Russo. E ovviamente Russo entra in campo con i suoi accertamenti.

Come fanno i dirigenti del Policlinico dove si sono formati il rettore Roberto La Galla, pure lui ex assessore alla Salute ai tempi di Cuffaro, e il professore Elio Cardinale, da un mese sottosegretario alla Salute del governo Monti, tutti sorpresi dalla ricostruzione dell'errore maturato su quel «foglietto» dove il 9 diventa 90. Come se nei reparti in cui hanno lavorato non esistesse computer e programmi informatici. Non a caso il presidente della Commissione d'inchiesta sull'efficienza del Servizio sanitario del Senato, Ignazio Marino, un passato all'Ismett di Palermo,

da la sua mazzata: «L'errore forse non si sarebbe verificato se l'ospedale avesse informatizzato preparazione e somministrazione dei farmaci. Ma questi software in Italia si contano sulle dita di una mano...».

E' lo stesso Cardinale che con il ministro della Salute ha deciso di attendere l'inchiesta di Marino ad assicurare però che l'errore non può essere attribuito al sistema: «Al Policlinico non siamo certo all'anno zero. Avranno anche usato il "foglietto", ma certamente esiste il sistema informatizzato. Se poi non viene usato, va accertato. Perché resta inspiegabile, ingiustificabile, penoso che una giovane donna possa morire così».

Un calvario affrontato da marito e genitori della donna affidandosi infine a un altro ospedale, il «Cervello», nella speranza di un trapianto di midollo osseo. Intervento impossibile, come spiega il primario di Ematologia Rosanna Scimè: «La tossicità del sovradosaggio aveva compromesso polmoni e cute, intestino e fegato...».

**Felice Cavallaro**

## La vicenda

### 1 La diagnosi e la malattia

Valeria Lembo, 34 anni, sposata e mamma di un bimbo di 7 mesi, è affetta da linfoma di Hodgking. Il tumore è al primo stadio e i medici le assicurano la guarigione

### 2 La chemio e la dose letale

Ma durante il quarto ciclo di chemioterapia al Policlinico di Palermo le vengono iniettati 90 milligrammi di vinblastina invece di 9. La dose eccessiva si trasforma in veleno

### 3 L'agonia e l'inchiesta

La dose letale danneggia gli organi vitali. Lo scorso 29 dicembre muore dopo una settimana di rianimazione. Cinque medici finiscono sotto inchiesta



INCHIESTA DELLA PROCURA, CINQUE INDAGATI

# Sessanta dosi invece di sei Uccisa dalla chemioterapia

Palermo, una donna di 34 anni muore per le cure sbagliate

**LAURA ANELLO**  
PALERMO

«Dottoressa, ma è proprio sicura? Non abbiamo mai fatto una dose simile». «Sì, proceda». «Sicura?». «Le ho detto, proceda». L'infermiera non credeva ai suoi occhi quando ha visto la prescrizione del farmaco: 90 milligrammi di vinblastina, dieci volte più dei 9 che servivano. Nella farmacia dell'ospedale - il Policlinico di Palermo - hanno pure faticato a trovarle, quelle quindici fiale del farmaco chemioterapico. Purtroppo le hanno recupe-

## Il sospetto di un errore materiale nella compilazione della cartella clinica

rate tutte e le hanno iniettate in vena a Valeria Lembo, 34 anni, la bella mamma di un bambino di sette mesi, una donna che si stava curando per un linfoma di Hodgkin alla gola, un tumore per cui ci sono ottime possibilità di guarigione.

Lei è morta tra sofferenze atroci venti giorni dopo, come ustionata dentro e fuori, tra lo sgomento del marito, dei genitori, degli amici. Chi l'ha vista abbandonata sul letto dell'ospedale Cervello, dove era stata portata ormai in coma, racconta di un corpo «come passato dentro il fuoco, la pelle di un colore indefinibile». Organi bruciati, globuli bianchi azzerati, inutile pure l'ipotesi di un trapianto di midollo.

Adesso c'è un'inchiesta aperta dalla Procura dopo la denuncia dei familiari, tre medici e due infermieri indagati e tante domande cui rispondere, ma i fatti hanno già cominciato a dipanarsi grazie ai risultati dell'indagine interna promessa e avviata dai vertici del Policlinico. «Sull'atrocità di un caso simile - dice il direttore sanitario Claudio Scaglione - è doveroso avviare tutti gli accertamenti e attendere che le indagini della magistratura facciano il loro corso. Di sicuro, siamo profondamente turbati dalla morte della signora».

Sarebbe stato un errore, un errore meccanico - uno 0 di troppo messo accanto al numero 9 - a innescare il meccanismo micidiale che ha portato alla tragedia in uno dei reparti che a Palermo hanno fatto scuola nella cura del cancro, diretto fino a pochi mesi fa da un medico considerato un luminare, Nicola Gebbia, ora andato in pensione. Il timone è rimasto a Sergio Palmeri, come facente funzioni, responsabile della cartella clinica della paziente ma quel giorno neanche presente in ospedale. In corsia ci sarebbe stata una giovane dottoressa

ufficialmente assegnata in un altro reparto ma di fatto in servizio lì, in Oncologia. Ecco perché, nei documenti, non compare il suo timbro, ma quello di un medico specializzando che sarebbe stato con lei quella mattina. Attorno ai tre medici ruota la ricerca delle responsabilità. Che parte dalla domanda cruciale: chi ha prescritto quella dose? Chi

ha disposto che a quella donna arrivata al quarto ciclo di chemio, quella donna che leggiucchiava e telefonava durante l'interminabile terapia fossero iniettate, l'una dopo l'altra, quindici fiale da 6 milligrammi di farmaco?

Di sicuro la mamma ha fatto appena in tempo a tornare a casa per riabbracciare il suo bambino e si è sentita male, malissimo. Il giorno dopo il Policlinico l'ha richiamata, secondo i familiari con il pretesto di una gastroenterite. Ma era tardi, pochi giorni dopo era in coma. Trasportata all'Ematologia dell'ospedale Cervello, dove è morta il 29 dicembre. Davanti alla sua porta il marito Tiziano, operaio alla Fincantieri, con un fagotto in braccio. A chiedersi perché.



**Mamma da poco**

Valeria Lembo, 34 anni  
aveva un bimbo di 7 mesi



Il Policlinico di Palermo, l'ospedale in cui è morta Valeria Lembo



## Palermo Nuovo caso di malasanita

# Overdose di chemio giovane donna muore

Per errore somministrati alla paziente, 34 anni, 90 mg di farmaci anziché 9

PALERMO. Sarebbe stato un clamoroso errore a provocare la morte di Valeria Lembo, 34 anni, sposata e madre di un bambino di soli sette mesi, deceduta il 29 dicembre scorso, tre settimane dopo la quarta seduta di chemioterapia alla quale era stata sottoposta nel Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo. I medici le avrebbero infatti somministrato 90 milligrammi, e non 9 - come prescritto dai protocolli - di una molecola chemioterapica, la Vinblastina, con effetti devastanti per la

paziente, affetta dal morbo di Hodgkin, forma tumorale da cui è possibile guarire.

È quanto emergerebbe da un'indagine interna condotta dalla direzione sanitaria del Policlinico. L'altra inchiesta, aperta dalla magistratura, ha già portato all'iscrizione di 5 persone, fra medici e infermieri, nel registro degli indagati. L'infermiera che ha somministrato la dose di chemio, ben 15 fiale, 10 volte di più di quella necessaria, si sarebbe insospettita, rivolgendosi alla dottoressa che l'aveva prescritta, ma il medico che la mattina del 7 dicembre aveva visitato la paziente con uno specializzando le avrebbe

detto di proseguire la cura.

Secondo quanto accertato dai vertici aziendali, non si sarebbe trattato di un errore di calcolo, ma di un banale errore materiale: uno zero in più, digitato per sbaglio. Il direttore sanitario Claudio Scaglione, pur confermando che «si è certamente trattato di un sovradosaggio», puntualizza che «l'errore nella somministrazione potrebbe essere una concausa, non la causa diretta della morte».

L'inchiesta della Procura dovrà adesso sciogliere i numerosi interrogativi che avvolgono la vicenda e accertare eventuali responsabilità. A comin-

ciare dal medico che avrebbe prescritto la dose del farmaco. Potrebbe essere stata una dottoressa in servizio in un altro reparto, che in quel momento però operava in oncologia mentre il medico Sergio Palmeri, che aveva in cura la donna ed è responsabile della sua cartella clinica, quel giorno non c'era. A presentare un esposto alla magistratura sono stati i familiari della donna - il marito, Tiziano Fordilino, è operaio Fincantieri - dopo che i medici avevano attribuito la morte della donna a problemi gastrointestinali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





**Salute** Anche la Gran Bretagna consiglia la rimozione

# Protesi nocive al seno

## Prime sostituzioni nelle pazienti italiane

### Il chirurgo: ne ho richiamate sei

ROMA — È partita la corsa alla sostituzione delle protesi Pip (*Poly implants prothesis*) soggette a maggior rischio di rottura e irritazioni e potenzialmente, ma non ci sono prove, cancerogene. Sebbene il ministero della Salute italiano abbia seguito la strada della prudenza e non di allarme alcune donne che le avevano ricevute tra il 2001 e l'aprile del 2010, data del ritiro, hanno scelto di cambiarle. E proprio ieri anche la Gran Bretagna, dopo Venezuela, Brasile, Francia, Germania e Repubblica Ceca, si è aggiunta ai Paesi che consigliano di rimuovere gli impianti di gel prodotti dalla azienda francese. Il governo rimborserà circa 3 mila cittadine che si erano affidate al servizio pubblico e sta valutando di farlo anche per le clienti delle cliniche private.

«Eccole le protesi dello scandalo. Le ho tolte lo scorso 31 dicembre a una mia paziente operata cinque anni fa. Le guardi. Sono intatte», dice Nicola Pepe, chirurgo plastico con studio a Roma, mostrando nei palmi delle mani due rotondità in silicone, senza fenditure. Appartenevano a una donna di 55 anni che nel 2007 aveva dovuto ricostruire il seno dopo un intervento per carcinoma. E' stato Pepe prima di Natale a chiamarla per metterla al corrente delle brutte notizie arrivate dalla Francia. E dell'ipotesi di fare un cambio: «Abbiamo controllato con ecografia e risonanza magnetica la condizione dell'impianto prodotto dalla Pip. Non c'erano segni di rottura, solo un sospetto. Ma la signo-

ra ha voluto rioperarsi», racconta. Pepe ha già comunicato al ministero i dati relativi alla sua attività, obbligo contenuto in un'ordinanza pubblicata il 2 gennaio, che stabilisce 15 giorni di tempo per rispondere. Ricordava di aver acquistato i dispositivi dell'azienda francese in una sola occasione, quando cioè il distributore al quale faceva riferimento non aveva l'immediata disponibilità dei prodotti solitamente ordinati (Eurosilicon) e in alternativa gli aveva proposto un tipo diverso: «Dunque la mia non è stata una scelta di convenienza economica», chiarisce il chirurgo descrivendosi, lui e i suoi colleghi come vittime.

«Sono andato a spulciare le mie cartelle cliniche. Dal 2001 al 2010 le ho utilizzate sei volte come risulta dall'etichetta applicata nel fascicolo. Ho rintracciato le pazienti. Quattro hanno avuto un intervento di chirurgia plastica estetica, le altre due ricostruttiva. Ho trasmesso i dati al ministero della Salute attraverso il link che compare sul portale. Credo di essere stato uno dei primi».

La signora ha pagato camera operatoria, anestesista e una cifra minima per le nuove protesi che il distributore, lo stesso del 2007, ha venduto al prezzo di costo. Il ministero della Salute non ha stabilito un protocollo. Nel parere del Consiglio Superiore di Sanità del 22 dicembre è scritto che «il Ssn si farà carico degli interventi laddove vi sia indicazione clinica specifica».

«Noi ci siamo basati sul nostro senso deontologico. Non siamo avvolti. Con un gruppo di colleghi abbiamo scelto

questo linea», dice Pepe. Alle donne che si sono rifatte il seno per migliorarne la forma la sostituzione delle Pip costerà dai 1500 ai 2000 euro anziché i 5 mila mediamente richiesti per un cambio legato al naturale invecchiamento della protesi (10 anni). «Non vogliamo certo guadagnarci, ma neppure rimetterci anche perché tutta questa storia non è colpa nostra. Chi avrebbe dovuto controllare non lo ha fatto. L'allarme va ridimensionato. E' vero, parliamo di protesi di materiale non conforme e forse con maggiore probabilità di provocare irritazioni. Ma non sono cancerogene. Il nostro consiglio? Non spaventatevi. Decidete con calma cosa fare assieme al vostro chirurgo. Non c'è motivo di toglierle a priori. La pericolosità è legata a certi lotti con difetti di fabbricazione».

**Margherita De Bac**  
mdebac@corriere.it

#### I costi

A carico dello Stato, secondo il Consiglio superiore di Sanità, solo laddove vi sia «indicazione clinica specifica»

# 4.000

#### Donne

A cui, in Italia, secondo le prime stime, sono state impiantate protesi al seno di tipo Pip



**Nel mondo****Un censimento per monitorare**

Al via un censimento delle protesi Pip per individuare le portatrici. L'ordinanza impone «a tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali pubbliche e private, accreditate o autorizzate, di redigere entro 15 giorni un elenco con i nomi dal 2001». Il Ssn interverrà «se vi sarà indicazione clinica specifica»

**Raccomandato l'espianto**

In Germania il Federal Institute for Drugs and Medical Devices tedesco, l'ente regolatore dei farmaci, raccomanda la rimozione precauzionale delle protesi mammarie Pip alle donne cui siano state impiantate. Non è noto quante protesi Pip siano state impiantate in Germania

**Sì a rimozione per 30mila**

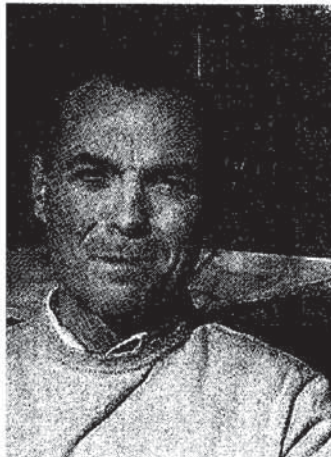
Il governo francese, nazione dov'è scoppiato lo scandalo delle protesi prodotte con silicone industriale dalla Poly Implant Prosthese, ha deciso di procedere con la rimozione delle protesi per tutte le trentamila donne a cui sono state impiantate

**Consulti medici e poi rimozione**

Il ministero della Sanità della Repubblica Ceca ha consigliato di sostituire le protesi a circa duemila donne a cui erano state impiantate quelle della società francese Poly Implant Prothese (Pip). Il consiglio, comunque è quello di rivolgersi prima ai propri medici e poi stabilire il da farsi

**Autorizzata la rimozione**

In Gran Bretagna, il servizio sanitario nazionale (National Health service) coprirà le spese per rimuovere le protesi francesi Pip a 3 mila pazienti alle quali erano state impiantate da medici dello stesso Nhs. Saranno sostituite con protesi alternative di qualità superiore

**Chirurgo**

A sinistra, il chirurgo plastico Nicola Pepe che, dal 2001 al 2010, ha utilizzato 6 volte le protesi Pip. Ha rintracciato le pazienti e già trasmesso i dati al ministero della Salute. A dicembre ha sostituito una protesi a una paziente (Guaitoli)

**La «pasionaria» venezuelana**

Si chiama Rita De Martino (*Reuters*), ha 27 anni, ed è una giornalista di Caracas che è diventata la *pasionaria* delle donne venezuelane che hanno subito un intervento con protesi Pip facendo *outing* e smentendo l'associazione dei

chirurghi plastici del suo Paese che sosteneva che in Venezuela non erano mai state utilizzate quelle protesi. Ora il governo della Colombia ha deciso di pagare le spese per rimuovere le protesi mammarie della società francese Pip.



## Le cellule Natural Killer impiegate per la cura delle leucemie ad alto rischio

**S**i è svolto recentemente presso l'Accademia di medicina di Torino un incontro dal titolo «Le cellule Natural Killer: dal laboratorio alla cura di leucemie ad alto rischio». Relatore il professor Lorenzo Moretta (direttore scientifico e del dipartimento di medicina sperimentale dell'Istituto Gaslini di Genova). Il trapianto allogenico di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche (CSE) è usato su larga scala nel trattamento di pazienti affetti da leucemie ad alto rischio. Ha il duplice scopo di ricostituire il midollo normale distrutto dalla chemioterapia e radioterapia e di esercitare un importante effetto anti-tumorale. Grazie a tale approccio terapeutico è stato possibile trattare con successo migliaia di pazienti. I primi trapianti di midollo sono stati eseguiti utilizzando, come donatori, familiari con antigeni di istocompatibilità HLA identici a quelli del paziente (fratelli o cugini primi). Successivamente, si è sopperito alla mancanza di un donatore familiare idoneo grazie all'utilizzo di donatori non correlati, compatibili per i principali antigeni HLA. Tuttavia, in oltre il 40% dei casi, non è possibile reperire un donatore compatibile (o reperirlo in tem-

po utile) con conseguenze drammatiche per i pazienti. La frontiera più recente ed avanzata del trapianto allogenico di CSE è rappresentata dal trapianto aploidentico (tipicamente il trapianto da genitore), nel quale donatore e ricevente differiscono per la metà del genoma e quindi anche degli antigeni HLA. Mentre nel caso di trapianti HLA-compatibili l'effetto anti-leucemico è dovuto ai linfociti T del donatore, nel trapianto aploidentico (in cui vengono eliminati tutti i linfociti T per evitare una gravissima reazione di rigetto contro l'ospite, GVH) l'effetto anti-tumorale è mediato dalle cellule natural killer (NK) derivate dalle CSE del donatore. Le cellule NK sono cellule dell'immunità innata, dotate di potente attività citotossica. Sulla loro superficie vi sono diversi recettori rilevanti. Alcuni di questi hanno attività inibitoria e sono specifici per antigeni HLA. Inoltre, ciascuna cellula NK possiede almeno un tipo di recettore in grado di riconoscere antigeni HLA propri (self). Questo meccanismo di sicurezza previene l'attacco delle cellule NK contro cellule self normali. La situazione può cambiare in caso di trasformazione tumorale o infezione da parte di virus.





**Assistenza** Mentre i malati aumentano preoccupano i possibili tagli alle risorse

# Reti oncologiche davvero efficienti possono realizzare ulteriori risparmi



Le Reti oncologiche istituite formalmente esistono però solo sulla carta e funzionano in pochi casi

L'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) lo ribadisce da tempo e lo ha sottolineato di nuovo a Bologna durante il recente convegno nazionale: la situazione dei conti nei reparti è esplosiva, i malati sono in aumento e i tagli alla spesa sanitaria non lasciano ben sperare. Non mancano poi gli sprechi, con prestazioni talvolta inappropriate, esami ripetuti e spesso poco utili, a cui si aggiungono le migrazioni sanitarie con pazienti che si spostano fra regioni o fra ospedali che distano pochi chilometri. «Ogni volta che una persona si trasferisce da un centro all'altro la presa in carico ricomincia dall'inizio, dalla lettura dei vetrini in giù — sottolinea **Stefano Cascinu**, presidente **Aiom** — e questo comporta un allungamento dei tempi e fa aumentare le spese».

«Di fronte ai continui tagli all'assistenza sanitaria e all'aumento sia dei pazienti oncologici sia dei costi di prestazioni diagnostiche, chirurgiche e medicinali — dice **Carmelo Iacono**, presidente della Fondazione **Aiom** e primario di oncologia a Ragusa — servono soluzioni per garantire ai malati le migliori cure possibili». **Aiom** ha così elaborato una sua "ricetta" da proporre alle Istituzioni. «I piccoli ospedali vanno messi in rete con quelli più attrezzati — spiega Cascinu — in modo che vi sia una circolazione

delle esperienze. All'interno del singolo centro, poi, va attivato un continuo dialogo fra specialisti (oncologo, patologo, radioterapista, chirurgo e tutte le altre figure coinvolte) per una presa in carico complessiva del malato. A livello regionale, bisogna creare percorsi di confronto fra strutture. L'obiettivo è valorizzare le eccellenze che oggi esistono, ma che sono sparse a macchia di leopardo sul territorio, così da farle lavorare in maniera davvero integrata».

Secondo gli esperti, però, le "Reti oncologiche" formalmente istituite esistono solo sulla carta e funzionano in pochi casi, mentre sono fondamentali per coordinare al meglio il lavoro dei numerosissimi reparti e day hospital di oncologia presenti sull'intero territorio. Allora, come dovrebbe funzionare, nel concreto, una Rete ottimale? «Ogni ospedale deve essere in grado di garantire uno standard assistenziale adeguato per la gestione del 90 per cento dei casi, cioè deve essere in grado di assicurare l'ordinarietà — spiega Iacono —. Solo quel 10 per cento di

casi che presenta una particolare complessità va rimandato all'ospedale di riferimento regionale per la patologia (per esempio, per il tumore della mammella, dello stomaco, e così via): così non si "ingolfano" il sistema e si possono offrire a tutti i malati le cure migliori».

Ripensare e rendere operative le Reti oncologiche regionali contribuirebbe anche a evitare le "migrazioni" dei malati, riducendo fra l'altro il costo di visite ed esami che altrimenti si vengono a duplicare.

«Il malato deve restare fermo al centro ed è il sistema che deve ruotare intorno a lui, in cerchi concentrici — conclude Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) —. E una Rete funzionante è fondamentale anche nel follow up, per il supporto psicologico, per la riabilitazione e per tutte le necessità di quei quasi due milioni e 250 mila italiani (circa il 4 per cento della popolazione) che vivono oggi dopo aver ricevuto una diagnosi di cancro».

**V. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Tumori** I sistemi per garantire le cure superando l'ostacolo dei costi alti

# Per i farmaci innovativi prezzi secondo l'efficacia



L'80 % delle oncologie mediche italiane ha i conti in rosso

Terapia pagata solo se i pazienti ne hanno beneficio

Oggi l'80% delle oncologie mediche italiane ha i conti in rosso: i Drg (i rimborsi per le cure erogate) coprono la metà delle spese, che continuano a crescere. Le cause? I malati sono in aumento e vivono più a lungo, le terapie diventano più impegnative e i farmaci innovativi hanno prezzi elevati. A finire "sotto accusa" per il loro costo sono soprattutto le nuove molecole biologiche, che rappresentano, peraltro, solo un quarto delle spese in oncologia.

«Gli oncologi e l'Agenzia italiana del farmaco collaborano da anni per razionalizzare l'uso dei farmaci ad alto costo — spiega Filippo de Braud, primario della divisione Oncologia medica all'Istituto nazionale tumori di Milano —. Dal 2005 abbiamo creato dei sistemi che sono stati presi come modello da altri Paesi europei: *cost sharing*, *risk sharing* e *payment by result*. Si tratta di tre diverse modalità di condividere la spesa dei farmaci oncologici tra Servizio sanitario e aziende farmaceutiche: prevedono una sorta di "sconto" o il pagamento della terapia innovativa solo nei pazienti che effettivamente ne traggono beneficio. Questi meccanismi consentono, nei limiti del possibile, di contenere la spesa senza che i malati ne risentano». I tre sistemi rispon-

dono alle parole d'ordine "appropriatezza della cura" e mirano a garantire le cure più innovative evitando sprechi, grazie all'attenta valutazione dell'efficacia di ogni singolo ciclo di trattamento su ciascun paziente. Il primo è stato il *cost sharing*, un accordo fra Aifa e azienda farmaceutica che prevede uno sconto sul prezzo dei primi cicli di cura fatti da un paziente, a prescindere dai risultati clinici che si ottengono. Poi si è passati al *risk sharing*, che è sempre uno sconto, applicato però sui primi cicli di un farmaco innovativo che non risulta efficace su quel singolo paziente (da cui il nome "condivisione del rischio" fra il Ssn e il produttore). Infine, si è approdati al *payment by result* che, come ha spiegato Paolo Siviero, direttore del centro Studi Aifa durante un convegno promosso sul tema dalla Società italiana di scienze farmaceutiche: «è la soluzione ideale, perché lo Stato paga in base al successo della terapia, valutato per ciascun malato con determinati criteri scientifici e tempi stabiliti sulla base dei risultati degli studi clinici. Per questo l'Aifa si sta indirizzando verso l'adozione di questo principio per tutti i farmaci innovativi».

Nel 2011 — informa Aifa — con queste modalità di rimborso sono stati negoziati 21 farmaci on-

cologici, indicati per 29 tipi di tumori. «Questi sistemi accelerano l'arrivo in corsia delle nuove molecole dopo l'approvazione e permettono di raccogliere un grande numero di informazioni sul loro uso — aggiunge de Braud — perché condividere il rischio o pagare in base al risultato presuppone che si faccia un monitoraggio preciso degli effetti della cura su ogni paziente. Ad oggi abbiamo così accumulato dati preziosi su circa 180 mila malati che sono stati curati con i farmaci di ultima generazione pagati con questi sistemi». Nella pratica, infatti, si compila un'apposita scheda per tenere traccia degli effetti dei farmaci su ciascun paziente. «Lavoro che è ricaduto su medici e farmacisti ospedalieri — precisa Carmine Pinto, segretario nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica —. E c'è un ulteriore problema: con questi metodi le case farmaceutiche incassano comunque i soldi dei farmaci acquistati dalla Regione, per poi restituire parte del denaro in base a quanto previsto dal *risk sharing* o dal *pay by result*. Ma col sovraccarico di burocrazia la restituzione procede a rilento. Per far funzionare il rimborso servirebbe personale dedicato».

**Vera Martinella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA









## Pensa la salute

di **Riccardo Renzi**



### L'inquietante prospettiva di una sanità «contributiva»

**F**a discutere l'idea della Regione Lombardia di "presentare il conto" agli assistiti della sanità regionale, di indicare cioè, nella cartella clinica, il costo delle prestazioni erogate. Capisco che si vogliano "responsabilizzare" i cittadini, che spesso, è vero, non immaginano quanto costi un giorno in ospedale o un intervento (forse se ne fanno un'idea pagando talvolta ticket che sembrano la parcella di un luminare). Però l'atteggiamento delle autorità regionali assomiglia, mi sembra, a quella di un padre che esclama "Ma quanto mi costi!" alla richiesta del figlio di 50 euro per andare in



**Che cosa pretendi con le tue tasse? Al più una colonscopia**

discoteca. E si mette ad elencare le spese sostenute per mantenerlo e per farlo studiare, e ricorda una vita di sacrifici. La mia idea del rapporto tra Stato e cittadino è in verità meno paternalistica: pensavo che si trattasse semplicemente di un patto in cui il cittadino paga le tasse e lo Stato garantisce una

serie di servizi essenziali. E giustamente Armando Torno ha sottolineato sul Corriere (pagine di Milano) le paradossali conseguenze che si verificherebbero se questo metodo, in cui il cittadino è ridotto a "voce di bilancio", venisse esteso ad altri servizi pubblici. E non solo. La monetizzazione delle prestazioni sanitarie rischia di essere il primo passo, anche involontario, verso un sistema "contributivo", così come quello adottato per le pensioni: tanto paghi, a tanto hai diritto. Che cosa puoi pretendere con questi prezzi? Con le tue tasse, per esempio, al massimo una colonscopia. Di costosissimi trapianti, non se ne parla. In compenso chi avrà la fortuna di una salute di ferro e di non spendere un euro in sanità, potrà, a buon diritto, chiedere di rifarsi il naso o il seno gratis.