

Fisco e rilancio. No del governo ai fondi Fas per coprire il deficit: chi è in rosso aumenti le addizionali

Tassa-sanità per 4 regioni

Minisanatoria per le case «fantasma» non censite al catasto

Stop all'utilizzo dei fondi Fas per ripianare i disavanzi sanitari delle regioni: chi non ha i conti a posto, dovrà aumentare le addizionali Irpef e Irap oltre i tetti massimi dello 0,30% e dello 0,15%. È questo il boccone amaro che il governo ha riservato ai governatori di quattro regioni - Lazio, Campania, Calabria e Molise - ricevuti a Palazzo Chigi. La stretta fiscale, che ora dovrà essere perfezionata, avrà una portata di 629 milioni di euro e tuttavia non basterà a sanare i conti delle quattro regioni, che dovranno mette-

re mano a una correzione aggiuntiva di 1,39 miliardi. «Solo quando i risanamenti dei conti saranno reali e credibili si potranno sbloccare nuove risorse» dice il ministro della Salute, **Ferruccio Fazio**. Intanto prende sempre più corpo l'ipotesi di una regolarizzazione fiscale per circa due milioni di unità immobiliari rilevate dal catasto. La sanatoria, che farebbe parte della manovra correttiva, potrebbe garantire un gettito di circa 2 miliardi.

Servizi > pagine 3 e 5
Commento > pagina 14

Il giro di vite. Verranno superati i tetti massimi dello 0,15% e dello 0,30%

Manovra aggiuntiva. Per Lazio, Campania Calabria e Molise correzione da 1,39 miliardi

Più tasse per le regioni in rosso

No del governo all'uso dei fondi Fas - Governatori costretti ad elevare le addizionali

IL DISAVANZO

Dal monitoraggio condotto da Economia e Salute è emerso un deficit nei bilanci 2009 di 1,97 miliardi per 4 regioni

Roberto Turno

ROMA

Niente Fas per coprire i deficit sanitari senza concreti piani di risanamento strutturali e finanziari di Asl e ospedali. Il governo congela 2 miliardi di fondi per le aree sottoutilizzate a quattro regioni con i conti sanitari in rosso e spalanca le porte alle super addizionali Irpef e Irap per cittadini e imprese di Lazio, Campania, Calabria e Molise: una stangata fiscale oltre il tetto massimo dello 0,30% per l'Irpef e dello 0,15% per l'Irap. Varrà in tutto 629 milioni: le quattro regioni dovranno comunque risanare i conti con manovre per 1,39 miliardi.

Lo stop ai fondi Fas, col conseguente rischio del super prelievo fiscale, è stato deciso ieri dal Consiglio dei ministri e comunicato seduta stante ai quattro governatori delle regioni interessate tutti presenti alla riunione di governo. Per Renata Polverini (Lazio), Stefano Caldoro (Campania), Giuseppe Scopelli-

ti (Calabria), Michele Iorio (Molise), è stata una doccia fredda. «È assurdo, iniquo, incomprensibile» ha detto Iorio, la Polverini sottolinea che «le tasse in più da sole non basteranno», Scopelliti accusa «le scelte irresponsabili di chi ha governato prima di noi», Caldoro si dice fiducioso perché «sono in corso trattative».

Una sorpresa, la scelta del governo, ma non del tutto inattesa considerati gli esiti disastrosi delle verifiche al tavolo di monitoraggio con Economia e Salute sui bilanci 2009: 1 miliardo per la Calabria (con pendenze dal 2006), 500 milioni per la Campania, 420 milioni per il Lazio, 67 milioni per il Molise. In tutto 1,97 miliardi per i quali, con una nota del 25 marzo, si anticipava il possibile ricorso ai Fas antitasse. Una "coperta finanziaria" prevista dal «patto» per la salute e dalla manovra 2010, «senza la quale - affermava il governo - scatterebbe il forte inasprimento della fiscalità regionale aggiuntiva».

Ieri la parziale retromarcia. I quattro piani di rientro dal disavanzo non ci sono o non bastano, i progetti di ristrutturazione strutturale del sistema sono spesso ancora soltanto scritti sulla sabbia, se non inesistenti. E così niente intesa con le quat-

tro regioni - Abruzzo e Sicilia sono state risparmiate perché in linea con i programmi di risanamento - e niente concessione dei Fas salva-debito. Col risultato che da ieri è scattata ufficialmente la procedura, sempre prevista da «patto» e Finanziaria 2009, per l'aumento oltre il tetto massimo delle addizionali regionali su Irpef e Irap.

Fin dalla prossima settimana si riapriranno i confronti al tavolo col governo e probabilmente entro giugno si arriverà a una verifica conclusiva della situazione. Con la possibilità, o meglio l'impresa - almeno sulla carta - per Lazio, Campania, Calabria e Molise di dimostrare di aver avviato e messo seriamente in cantiere progetti consistenti e realistici di ristrutturazione e di rientro dai mega deficit di asl e ospedali. A quel punto - sempre sulla carta - il governo potrebbe fare ancora una volta retromarcia nei confronti delle quattro amministrazioni "amiche", tutte del centrodestra, che possono dire di avere «ereditato» lo stato fallimentare dei propri bilanci sanitari: si riaprirebbe il possibile utilizzo dei Fas e magari si potrebbe tornare indietro anche sulle supertasse. Che, per inciso, pagano cittadini e imprese, già beffati da una copertura sani-

taria più scadente.

Con le super addizionali, intanto, vengono bloccate le spese obbligatorie regionali e il turn-over. Ma le azioni di risanamento da garantire saranno comunque da lacrime e sangue: tagli alla rete ospedaliera e ai posti letto, museruola alle spese per beni e servizi, personale, farmaci, cliniche private, magari anche nuovi ticket. E servirà la massima certezza sulla contabilità, che ad esempio in Calabria è pressoché inesistente: il buco va da 1,2 a quasi 2 miliardi, a seconda delle interpretazioni. Forse adesso chiarirà qualcosa la Kpmg. Se saprà raccapezzarsi tra note di spesa a volte prodotte solo verbalmente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COME FUNZIONA IL FAS

Il Fondo aree sottoutilizzate (Fas) nasce per aggiungere risorse nazionali ai fondi comunitari per lo sviluppo del Sud: è prevista una quota di riserva dell'85% per le regioni del Mezzogiorno.

Il Fas è diviso in una quota nazionale, programmata dal Cipe, e una quota regionale che viene distribuita alle regioni per finanziare i loro piani.

Per il periodo 2007-2013 la quota regionale del Fas vale 25 miliardi.

La finanziaria 2010 ha allargato le destinazioni possibili del Fas, prevedendo che possa contribuire a coprire i disavanzi sanitari.

Alla Calabria sarebbe dovuto andare per i deficit sanitari un miliardo su una dotazione complessiva Fas di 1.868 milioni, alla Campania 500 milioni su 4.105, al Lazio 420 milioni sui 945 totali, al Molise 67 su 476.

La mappa dei bilanci regionali

I CONTI DELLA SANITÀ

○ Totale disavanzi 2003-2009. **Dati in milioni di euro.**
Tra parentesi il 2009.

● Regioni che dovranno imporre nuove tasse

● Lombardia 236,95 (29,59)	● Molise -535,76 (-81,08)
○ Friuli Venezia Giulia 130,54 (9,23)	○ Piemonte -727,47 (17,12)
○ Pa Bolzano 104,29 (13,55)	● Calabria -743,02 (-204,50)
○ Pa Trento -50,19 (-8,66)	○ Abruzzo -972,68 (-31,89)
○ Valle d'Aosta -96,96 (-16,89)	○ Liguria -1.080,22 (-97,71)
○ Umbria -113,20 (10,37)	○ Sardegna -1.125,70 (-225,68)
○ Basilicata -180,40 (-21,81)	○ Puglia -1.440,91 (-282,34)
○ Veneto -192,24 (-101,52)	○ Sicilia -3.653,41 (-237,06)
○ Marche -240,03 (17,54)	● Campania -6.377,37 (-725,57)
○ Toscana -259,77 (14,33)	● Lazio -10.715,27 (-1.374,46)
○ Emilia Romagna -401,17 (40,85)	TOTALE -28.433,97 (-3.256,58)

NELLE QUATTRO REGIONI RESTA IL DEFICIT

Disavanzi 2009 da coprire con ricorso a manovre fiscali aggiuntive rispetto all'aliquota massima. **In migliaia di euro.**

□ Stime delle entrate con le maxi aliquote Irap e Irpef

Tra parentesi il deficit residuo da coprire

Lazio (-62.008)		359.000
Campania (-300.701)		197.000
Calabria (-970.970)		61.000
Molise (-57.019)		12.000
TOTALE (-1.390.699)		629.000

Fonte: Ministero della Salute

TRAVI E DE FEO



Renata Polverini

Presidente Lazio

«Più tasse? Comunque non riusciremo a coprire quello che si coprirebbe con il Fas»



Stefano Caldoro

Presidente Campania

«D'accordo con Tremonti ma per noi un aumento del carico fiscale è insostenibile»



Giuseppe Scopelliti

Presidente Calabria

«Alzeremo i tributi. Già sono al massimo, così saranno al massimo del massimo»

INTERVISTA

Ferruccio Fazio

Ministro della Salute

«Niente bancomat per chi è in deficit»

«Risorse sbloccate solo quando otterremo risposte e programmi davvero credibili»

ROMA

«I Fas non sono un bancomat: prima di assegnarli per ripianare i disavanzi servono piani di risanamento reali e credibili. Se e quando ci saranno potremo valutare la possibilità di sbloccarli e di rivedere anche l'uso della leva fiscale». Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, spiega le decisioni prese ieri dal governo. Quasi un antipasto del federalismo fiscale: premi solo a chi merita se ha bilanci sani e in ordine.

Professor Fazio, senza i Fas saranno lacrime e sangue per le "regioni canaglia"...

Fin dall'inizio non avevo visto di buon occhio l'uso dei Fas per ripianare i disavanzi sanitari senza prospettive di risanamento dei conti e dei sistemi locali. I Fas servono per lo sviluppo ed è possibile un loro impiego se esiste un progetto credibile di correzione strutturale, per lo sviluppo appunto, della sanità regionale. Ma dobbiamo esserne assolutamente certi. Senza risanamento non può esserci sviluppo.

I piani delle 4 regioni fanno acqua da tutte le parti?

Dalle verifiche emerge che allo stato attuale la necessaria correzione strutturale non c'è. E che non c'è neppure alcuna garanzia che non si possano formare altri disavanzi.

Intanto c'è la bastonata fiscale.

La decisione del governo comporta che quando conosceremo gli adempimenti per una correzione strutturale dei conti, allora vedremo. Come è già avvenuto, e con ottimi risultati, con l'Abruzzo e con la Sicilia.

Le regioni nel mirino sono tutte amministrare dal centro-destra.

Almeno per tre regioni - Calabria, Campania e Lazio - la situazione non può essere imputata a chi oggi le governa. Anzi, da subito abbiamo avviato con i nuovi governatori un confronto serrato e abbiamo ottenuto una collaborazione altrettanto serrata.

Se i piani funzionano, potreste fare marcia indietro sia sui Fas che sul ricorso alle super addizionali?

Ripeto: vanno fatti piani credibili e affidabili. Se otterremo risposte e progetti credibili e che funzionano con certezza, a quel punto i Fas potranno essere sbloccati. E allora potremo anche valutare cosa fare per la leva fiscale.

Quando deciderete?

Abbiamo in programma altre riunioni e verifiche tecniche fin dalla prossima settimana, poi ancora per tutto il mese di maggio e a giugno. Ecco, credo che a giugno potremo valutare l'intera situazione.

Dove dovranno intervenire le regioni per risanare i conti?

Ogni regione ha le sue "specificità". Ma i nodi sono sempre gli stessi: la rete ospedaliera, gli acquisti per beni e servizi, il personale, l'accreditamento, i contratti con i privati. E la certezza della contabilità.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTROFOTO



Ferruccio Fazio



MALASANITA'

Obbligatoria la mediazione prima del tribunale

Errori medici, denunce boom

In corsia arriva il conciliatore

L'Ania: «Molti ospedali senza copertura assicurativa»

di CARLA MASSI

ROMA - E' nata subito dopo l'estate la Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari. Si prevedeva un gran lavoro per il gruppo presieduto da Leoluca Orlando ma non si ipotizzava certo che, in otto mesi, le segnalazioni sarebbero state 120. Un bilancio provvisorio ma che dà già l'idea di quale possa essere il clima (conflittuale) che spesso si respira negli ospedali e negli ambulatori pubblici. E' stato deciso di creare questa Commissione proprio per poter iniziare a ragionare su numeri certi e verificati. Che si sovrappongono perché arrivano da diversi fronti. Proprio ieri, mentre la Commissione presentava i primi dati, un pool di medici, assicuratori e sindacati tiravano fuori i "loro" numeri: 30mila denunce l'anno, con una crescita del 200% dal '94 al 2007. Cifre da brivido.

«Questi fascicoli, ad oggi, rappresentano il 5% delle denunce per responsabilità civile di cui si occupano le assicurazioni - commenta Roberto Manzato dell'Ania, l'associazione delle imprese di assicurazione -. Non sono che la punta dell'iceberg. Sono molti, infatti, i singoli medici, ma anche le strutture ospedaliere a non avere una copertura assicurativa e a scegliere di affrontare in proprio eventuali cause per episodi di malasanità». Un esempio di chi ha fatto questa scelta è il Policlinico Umberto I di Roma. La crescita vertiginosa di denunce si deve, secondo un'analisi di Maria Concetta Vaccaro del Censis, al fatto che i cittadini sono sempre più preparati ed esigenti nei confronti della sanità. «Quasi il 30% degli italiani consulta il

web - spiega - e il 12% verifica in rete, per poi discutere con il medico, le terapie che sono state proposte. Parliamo di persone che, in molti casi, mettono

in atto comportamenti di controllo sfidando l'autorità del sanitario». Molti, aggiunge Giacomo Milillo che guida la Fimmg, la Federazione dei medici di famiglia, «a volte sono portati ad avere aspettative esagerate nei confronti della medicina che, ormai, viene considerata una scienza esatta. Mentre è, sempre, nonostante i continui progressi una scienza con un margine di rischio».

Proprio per tamponare i contenziosi e fare in modo che molte denunce si risolvano tra le mura della Asl arriverà, entro un anno, la figura del conciliatore. In alcune aziende lo stanno già formando e, probabilmente dopo l'estate, inizierà la sperimentazione. D'altronde esiste un decreto, approvato il 4 marzo, che prevede l'introduzione di una sorta di giudice di pace in corsia. Davanti ad una denuncia di erro-

re sarà, infatti, d'obbligo tentare una mediazione prima di arrivare in tribunale. Questo, per alleggerire le aule giudiziarie e per accelerare i procedimenti che, oggi, vanno avanti fino a 8-10 anni.

La Commissione presieduta da Leoluca Orlando si è occupata, da settembre ad oggi, di casi che spaziano in diversi campi: si va dal presunto errore sanitario da parte del personale medico a problemi strutturali e funzionali. «Nostro compito - fa sapere Orlando - non è quello di monitorare o inseguire i singoli casi. Siamo interessati a capire non

perché dell'errore. Indagare è compito della magistratura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli errori dei medici

I dati dell'Ania sulle denunce a personale e strutture sanitarie



GLI AUMENTI

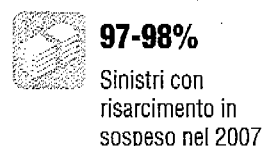
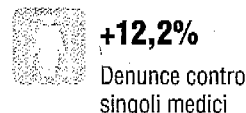
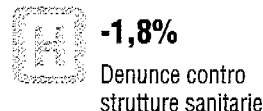
Pratiche



Premi pagati da Asl (mln di euro)



Dal 2006 al 2007



ANSA-CENTIMETRI



Legge Brunetta Attivo fino ad agosto Bioetica, il comitato non verrà sciolto

ROMA — «Il comitato nazionale di bioetica non è stato sciolto. E continuerà a lavorare fino alla sua scadenza naturale che è il 27 agosto». La vicepresidente del comitato, Laura Palazzani, chiude le polemiche sull'ipotesi di uno scioglimento anticipato del comitato bioetico, che erano state diffuse qualche giorno fa in seguito ad una sbagliata interpretazione della legge Brunetta sul contenimento della spesa pubblica. Brunetta vuole infatti chiudere i «comitati inutili».

Da qui l'interpretazione di alcuni che hanno previsto la chiusura anticipata, già questo mese, anche del comitato di bioetica. «Al contrario la Presidenza del Consiglio con il sottosegretario Gianni Letta — continua la Palazzani — ha dato la sua interpretazione, ribadendo il suo appoggio al comitato che considera inamovibile

La vicepresidente

Laura Palazzani: Letta ha chiarito che si tratta di un organismo inamovibile e indispensabile

e indispensabile. E del resto sarebbe assurdo chiudere il comitato in Italia quando tutti i Paesi stanno lavorando per costruirne uno, anche quelli che fino ad oggi non lo hanno».

Dunque il comitato di bioetica non rientra nella normativa Brunetta. «Continueremo a lavorare fino a fine agosto», dice ancora la vicepresidente e conclude: «Abbiamo lavorato molto producendo numerosi pareri su temi di grande rilievo come il destino degli embrioni congelati,

il rifiuto e la rinuncia consapevole delle cure salva-vita, la sperimentazione farmacologica sulle donne, il doping nello sport. Siamo anche riusciti a sprovvincializzare il comitato. Da due anni infatti i nostri pareri sono tradotti in lingua inglese, stiamo diventando interlocutori anche a livello internazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



COMBATTENTI **GIACOMO CARDACI**

AMMALARSI DI CANCRO A 20 ANNI, GUARIRE E SCRIVERE UN LIBRO. PER SPIEGARE (ANCHE AI MEDICI) COME SI PUÒ VINCERE IL MALE

DI DANIELA MATTALIA
FOTO DI PIGI CIPELLI

IL SUO MONDO IN UNA STANZA

- 1 MITI DEL PASSATO: NAPOLEONE (PERCHÉ SAPEVA LOTTARE)
- 2 SCRITTORI PREFERITI: ISABELLE ALLENDE, JORGE AMADO
- 3 MITI MODERNI: ORIANA FALLACI (PERCHÉ AVEVA CORAGGIO)
- 4 SEGNI PARTICOLARI: DUE OROLOGI, PERCHÉ LA MALATTIA GLI HA CAMBIATO IL SENSO DEL TEMPO. CHE ORA VALE DOPPIO



OGGI HA 23 ANNI, è un ragazzo magrissimo e gentile, con un ciuffo biondo che lo fa assomigliare a Tin Tin. Quando ne aveva 20, Giacomo Cardaci è dovuto partire in guerra. Lui ne avrebbe fatto volentieri a meno, ma non poteva proprio sottrarsi. Il suo nemico era un tumore, il linfoma di Hodgkin, che gli comprimeva il cuore e si sarebbe poi rivelato «aggressivo e recidivante». Per due anni e mezzo Giacomo ha fatto parte, per dirla con le sue parole, «dell'esercito degli ammalati che invece dell'uniforme indossano pigiami o vestaglie, al posto degli scarponi hanno pantofole o ciabatte. I campi di battaglia sono le sale operatorie e le camere sterili. I comandanti che devono inventare la tattica per vincere sono i medici».

La guerra del soldato Giacomo è durata due anni e mezzo, poi il nemico è stato sconfitto. Fra un ciclo di chemio e l'altro ha scritto un libro sorprendente per intensità e leggerezza: *La formula chimica del dolore* (Mondadori). Dove, in forma romanizzata ma autobiografica, racconta di Filippo, ragazzo gay malato di cancro. Filippo è Giacomo, gay anche lui. Non c'è alcun altro filtro: la malattia, i mesi in ospedale (al San Raffaele di Milano), le storie di altri ammalati ricoverati: è tutto vero. Un libro che i medici farebbero bene a leggere. Perché a loro, i generali e gli strateghi, Giacomo ha un paio di cose da dire.

A 20 anni non è facile accettare una diagnosi di cancro...

All'inizio i medici non l'hanno neanche capito. Ho dovuto aspettare nove mesi per una risposta chiara. Sudavo di notte, avevo strani pruriti, febbroni, forti tachicardie. Uno dei primi dottori mi disse che studiavo troppo e stavo diventando psicopatico. Mi diedero dei calmanti. E io mi dicevo: se non mi calmo con questi, sono proprio fuori di testa. Poi mi convinsi che non ero io. Tornai dal mio medico di base e dissi: «Ora basta, voglio fare una visita cardiologica».

**QUIETE DOPO**

LA TEMPESTA GIACOMO VIVE A CERNUSCO SUL NAVIGLIO (MILANO). QUI È NEL SUO PARCO PREFERITO.

A quel punto fu tutto chiaro?

Macché. Sbagliarono anche la seconda diagnosi. Il cardiologo, senza ascoltarmi, senza toccarmi i linfonodi, senza neppure farmi fare una lastra, mi disse che soffrivo di fibrillazione atriale e dovevo operarmi. Così mi sono ritrovato sul tavolo operatorio. L'intervento era in anestesia locale, per cui sentivo tutto: i medici erano agitatissimi perché non riuscivano a far passare le sonde. Il tumore era vicino al cuore, lo comprimeva e impediva agli strumenti di passare. Mi hanno fatto una tac, e li

lo hanno finalmente visto.

Nel libro scrive che ha avuto a che fare con una settantina di medici. Tutti incapaci?

Ma no, ognuno voleva salvarmi la vita. Solo che tante volte sono disattenti, anche dal punto di vista umano. Io avevo i sintomi del tumore, però nessuno mi stava a sentire. Non ascoltano. E quando parlano, non pensano a quello che dicono.

Non stanno attenti alle parole che usano?

Non pensano che le loro parole sono lame affilate. Una volta un medico mi disse che un

farmaco aveva un «effetto esorcistico» e avrei vomitato l'anima. Un'altra volta una radioterapista buttò lì: «Non capisco come il primario possa acconsentire a farti irradiare il petto con questi valori del sangue, non lo sa che così rischi la vita?». In quei momenti sei così fragile e impotente che non hai neanche la forza di rispondere. Sei lì che pensi: magari la radioterapia mi farà davvero morire...

Come deve essere un buon medico?

Non deve solo dare il farmaco giusto o azzeccare la terapia.

Deve essere capace di infondere anche qualcos'altro: il coraggio, la speranza. Di sollevare il morale della truppa.

Di medici così ne ha incontrati?

Fra gli oncologi, sì. Ricordo una ragazza messa peggio di me, non le ricrescevano più i globuli bianchi, era da un mese nella camera sterile. Era sicura di morire. Un giorno arrivò l'oncologa e le disse: «Bianca, io ti scrivo su questo foglio che tra un mese sarai fuori di qui, guarita». E così è stato.

Ha mai avuto paura di non farcela?

Sì. A 20 anni, ritrovarsi pelato e gonfio per colpa del cortisone non è facile. Poi, dopo il primo ciclo di chemioterapia, il tumore è subito tornato, più cattivo di prima. Le mie cellule tumorali erano ormai resistenti alla chemio. Ho fatto terapie alla massima dose tollerabile, che mi hanno steso, avevo dolori terribili. Ma mi hanno anche guarito.

Quando ha deciso di scrivere il libro?

Ho iniziato fra un ciclo di chemio e l'altro. La scrittura è un fantastico anti-nausea. È come un'anestesia. Io non conosco davvero la formula del dolore, ma se è anche una reazione chimica, allora si può cambiare, e io l'ho fatto attraverso la scrittura.

Ha mai provato a dire ai medici le cose che ha scritto?

No, avrei tanto voluto, ma poi non trovo mai il coraggio. Anche ieri ho fatto una visita, il medico mi ha fatto aspettare un'ora e mezzo. Quando sono entrato mi dicevo: basta, adesso protesto. E poi entri, loro sono lì, come dei santoni, come fai a dire qualcosa?

Ai suoi genitori ne ha date di emozioni. Un figlio gay, poi che si ammala di cancro e rischia di morire. Che

rapporto ha con loro?

Sono fortunato. Non solo perché sono vivo, ma anche per la famiglia che ho. Durante la malattia mia madre era il mio scudiero. Mio padre, come tutti gli uomini, fa più fatica a manifestare i sentimenti e il dolore.

È stato difficile dire loro: sono gay?

Non troppo. La mia sorellina l'ha capito a nove anni, stavamo guardando insieme un telefilm e mi ha detto: «Giacomo, ma tu sei mille volte più gay di quello lì!». A mia madre l'ho rivelato quando avevo 15 anni. Mio padre invece l'ha saputo che ne avevo 18.

È più dura dirlo a un padre?

L'ho portato in un locale gay e gli ho detto: vedi papà, in questo posto sono tutti gay, quello che serve al bancone, i camerieri... E lui rispondeva: «Ma guarda». Sì, e lo sono anche tutti i ragazzi che vedi qui. E lui niente. Alla fine gli ho detto: ma dai papà, se sono tutti gay, insomma, non hai ancora afferrato? All'inizio era scosso, certo. Poi ha superato.

In futuro che cosa farà?

Vorrei promuovere un reparto di psicoterapia di gruppo per pazienti oncologici, e presentarlo al San Raffaele. Fare l'avvocato del lavoro, diventare ambasciatore o entrare in diplomazia, poi in un'organizzazione internazionale. E ovviamente continuare a scrivere.

Tutto nella stessa vita?

Certo. E poi espatriare per poter adottare un bambino. Anzi, posso dire cosa mi ha scritto mio padre? Qualche giorno fa mi ha mandato questo messaggio sul telefonino: «Giacomo, ora devi lottare per realizzare il tuo grande sogno, avere una famiglia tua. Sono sicuro che sarai un padre migliore di me». Bello, no? Me lo mettete nell'intervista? ■



OPERE PRIME

«LA FORMULA CHIMICA DEL DOLORE»

DI GIACOMO CARDACI (MONDADORI, 208 PAGINE, 17 EURO).

IL SUO PRIMO LIBRO, «ALLIGATORI AL PARINI», È USCITO NEL 2008.

ENDOSCOPIA HI-TECH

Contorto, buio, profondo: il tubo digerente è un rompicapo per chi indaga mal di pancia, celiachie e persino tumori. Ma la scienza ha cambiato la scena

DI GIOVANNI SABATO

I due problemi erano tanto ovvi quanto ostici: l'intestino è contorto e buio». Così Michael Sivak, esperto di lungo corso del settore, riassume sulla prestigiosa rivista "Gut" gli ostacoli con cui si è scontrato chi ha cercato di forzare i segreti del tubo digerente con strumenti capaci di scivolare fra le sue cavità e visualizzarle: gli endoscopi. Oggi l'endoscopia è una medicina in sé, che ha rivoluzionato diagnosi e terapia delle patologie di quell'area oscura e contorta del tubo digerente, e gli endoscopi sono uno strumento essenziale per indagare quando qualcosa non va e, spesso, per intervenire (vedi box di pagina 152). Vediamo come. **Un tubo flessibile** La tecnica principe resta tutt'oggi quella classica: un tubo flessibile dotato di una fonte di luce, introdotto dal basso per esplorare il colon, o dall'alto per

visualizzare l'esofago, lo stomaco e l'inizio dell'intestino tenue (il duodeno). «In alcuni casi questo è lo strumento essenziale per la diagnosi», spiega Alessandro Repici, responsabile del Servizio di Endoscopia Digestiva dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano: «Se si sospetta una celiachia (l'intolleranza ai cibi contenenti glutine), l'endoscopia del duodeno è indispensabile perché consente sia di verificare l'aspetto macroscopico della parete, che spesso è appiattita senza i normali rilievi, sia soprattutto di prelevare un campione della mucosa e analizzarlo per documentare l'atrofia dei villi, che è l'unico marcatore definitivo della malattia».



Anche per le malattie infiammatorie intestinali - morbo di Crohn e colite ulcerosa - con la colonscopia è possibile fare la diagnosi, e valutare quanto è estesa la malattia lungo l'intestino e il

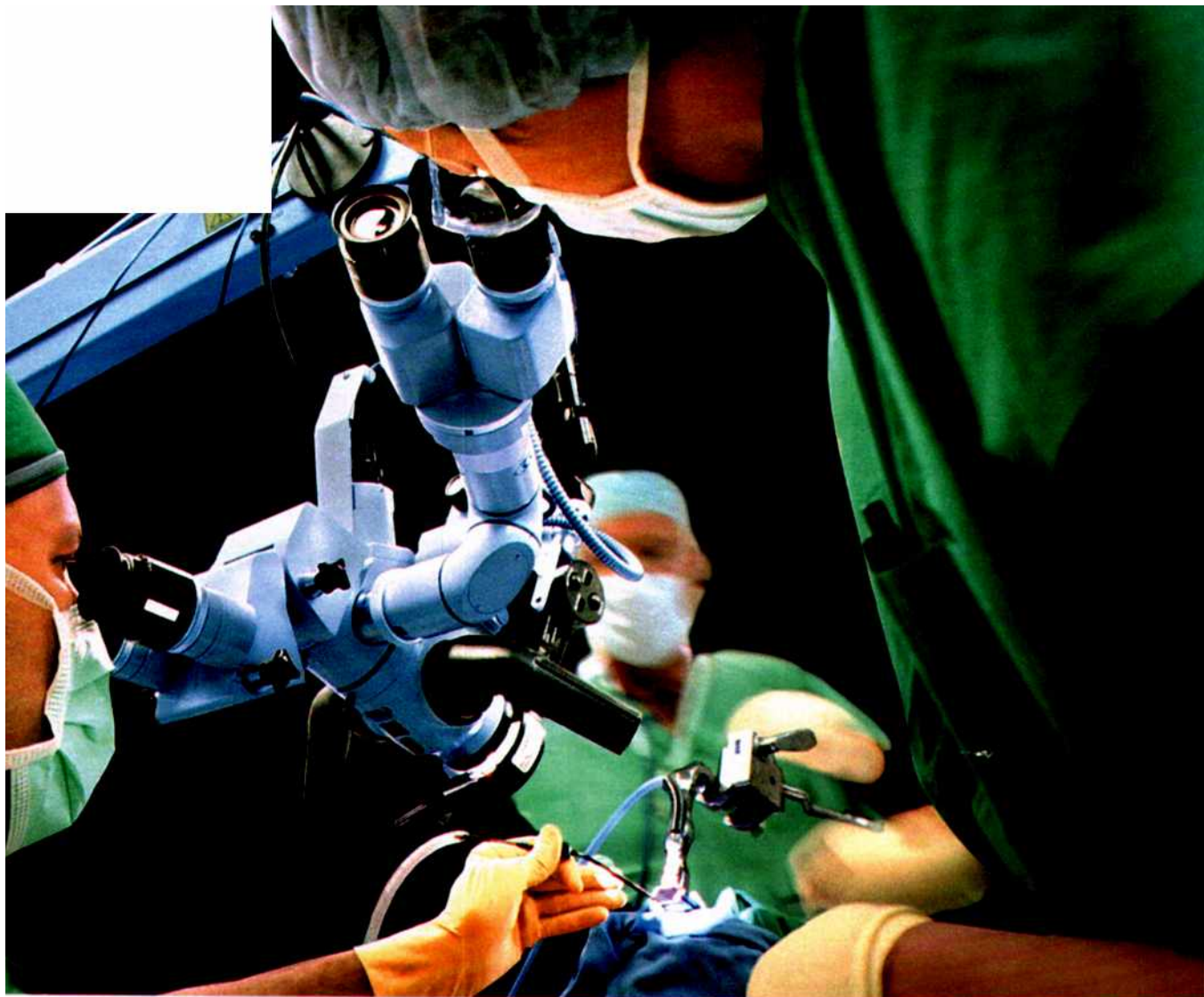


suo grado di attività, grave o lieve, tutti dati rilevanti per decidere la terapia.

Se la malattia infiammatoria dura da oltre 10-12 anni, la colonscopia va eseguita periodicamente, anche ogni anno, per cogliere sul nascere eventuali tumori. Il rischio di trasformazione tumorale in questi malati è particolarmente alto, come lo è nei portatori di forme genetiche di cancro del colon, cioè persone che hanno più familiari già colpiti. «In queste persone il normale ricambio dell'epitelio è molto accelerato. Mentre di norma l'evoluzione da tessuto normale a polipo a tumore richiede una decina d'anni, per loro può bastare un anno», spiega Alberto Larghi, specialista di Endoscopia Digestiva Chi-

Emergenza screening

La ricerca dei tumori, quanto più precoce possibile, è il ruolo storico dell'endoscopia, e tuttora il più diffuso. In genere la verifica endoscopica si fa quando del sangue nelle feci segnala la presenza di lesioni sanguinanti da qualche parte nel tubo digerente. A parte i sanguinamenti evidenti, le feci possono contenere tracce di sangue invisibili all'occhio, ma rilevabili con un test. Il sangue occulto, però, è un campanello d'allarme ma non è sinonimo di tumore. Nel 30 per cento dei pazienti con sangue occulto si trova una lesione, e solo un quarto di queste sono già tumori. La colonscopia in questi casi è utile sia per individuare le fonti del sanguinamento sia perché spesso consente di intervenire direttamente e fermarlo. Il test del sangue occulto sarebbe consigliabile a tutti oltre una certa età, tra i 55 e i 65 anni, per scoprire i possibili tumori quando ancora ci sono ottime probabilità di guarigione. In Italia tuttavia gli screening si fanno solo in poche regioni: è a loro, infatti, che spetta di organizzarli, con esiti come sempre disomogenei.



rurgica al Policlinico Gemelli di Roma. **Sotto un'altra luce** Ma l'endoscopia oggi è un'intera panoplia di tecniche mirate tutte a far luce nel profondo oscuro del tratto digerente. «Ci sono tecniche per individuare più precocemente le anomalie. Per esempio coloranti vitali, non tossici, che, spruzzati sulla mucosa, mettono in risalto la lesione rispetto al tessuto normale (cromoendoscopia)», spiega Larghi. L'ultima novità sono addirittura dei dispositivi virtuali, che ottengono un effetto analogo emettendo luce di specifici colori. A seconda della lunghezza d'onda, la luce penetra a livelli diversi mettendo in evidenza un determinato strato di tessuto. Per esempio, la luce

blu penetra solo superficialmente, mostrando l'aspetto della mucosa e dei vasi superficiali, che aiutano a riconoscere le caratteristiche di una lesione meglio rispetto all'endoscopia normale. La speranza è che l'evoluzione delle tecniche porti a visualizzazioni così raffinate da eliminare il bisogno di biopsie, facendo l'esame istologico in tempo reale, direttamente in vivo. «Molti ci lavorano ma siamo

solo agli inizi, la cosa non è ancora possibile», precisa Larghi.

Il suono del tumore Sfruttando poi un altro tipo di onde, i moderni strumenti varcano le pareti del tubo digerente, addentrando lo sguardo per qualche centimetro sotto la superficie e nei tessuti circostanti con le onde sonore. È l'ecoendoscopia: l'endoscopio ha sulla punta una sonda ecografica, che emette ultrasuoni e rileva l'eco riflessa dai tessuti.

«Si usa soprattutto per valutare l'avanzamento dei tumori», spiega Larghi: «L'ecografia ci dice non solo quanto il tumore infila la parete dell'organo, ma anche se si è già disseminato nei linfonodi vicini: elementi essenziali nel percorso diagnosti- ▶



Alberto Larghi. In alto: operazioni eseguite sfruttando tecniche endoscopiche, con l'osservazione sui monitor dei siti dell'intervento

SALUTE



OSSERVARE E INTERVENIRE

Oltre che per la diagnosi, l'endoscopia allarga il suo ambito d'azione anche agli interventi, evitando la chirurgia tradizionale in un ventaglio sempre più ampio di situazioni cliniche.

Tumori precoci Molte alterazioni precancerose o tumori precoci, se confinati alla mucosa (lo strato che riveste la superficie interna del tubo digerente), sono trattabili endoscopicamente, per esempio nell'esofago e nel colon.

Sotto la mucosa In Giappone, sui tumori gastrici, è stata messa a punto una tecnica più avanzata, la dissezione sottomucosa endoscopica. Un tumore esteso tipicamente verrebbe tolto in più pezzi anziché tutto insieme, ma così è più difficile essere certi di aver tolto tutto e c'è un maggior rischio di recidive. Quindi si inietta sotto la mucosa una sostanza (come l'acido ialuronico) che crea un cuscinetto che protegge dalle perforazioni; poi si incide e si asporta l'intera superficie, strato a strato. Così si tolgono masse larghe anche dieci centimetri e, se il tumore è superficiale, si risparmia l'intervento chirurgico. Dallo stomaco, più facile da operare perché più fermo e robusto, la tecnica è stata poi estesa a organi più delicati come esofago e colon.

L'esofago Quando nell'esofago si vedono alterazioni potenzialmente precancerose (esofago di Barrett con displasia grave) o un tumore precoce, toglierli in endoscopia non sempre è risolutivo perché nel 30-50 per cento dei casi ce ne sono altri, non riconosciuti. Perciò a volte si preferisce asportare l'intera mucosa, che poi si riforma normale. C'è però un certo rischio che si formino stenosi (restringimenti dell'esofago), e non sempre c'è la certezza di aver tolto tutto. Utile in questo caso è l'ablazione con radiofrequenza: la mucosa viene distrutta con le onde radio emesse dall'endoscopio, con rischio minimo di stenosi e ottimi esiti a lungo termine.

Farmaci La possibilità di introdurre e seguire gli aghi fuori dal lume del tubo in ecoendoscopia consente, oltre ai prelievi di biopsie, di drenare raccolte di liquido, e si lavora per poter iniettare farmaci nei tumori pancreatici o esofagei, nelle cisti, o in plessi nervosi per fermare il dolore tumorale.

co che porta a decidere se vale la pena di operare, e se è utile far precedere l'intervento da una chemioterapia che riduca la massa tumorale».

Se invece vicino al tubo digerente si trova un linfonodo invaso da cellule di origine ignota, sotto la guida ecografica l'endoscopio può prelevare in tempo reale un campione di tessuto per capire l'origine del tumore.

«L'ecoendoscopia si usa anche per ricono-

scere alcune anomalie benigne (leiomiomi, fibromiomi o lipomi), che tipicamente si presentano come rilievi della parete ricoperti da una mucosa sana», aggiunge Repici: «Questa tecnica, a differenza di quella tradizionale, consente di studiarle in profondità distinguendo le formazioni con aspetto tumorale da quelle benigne».

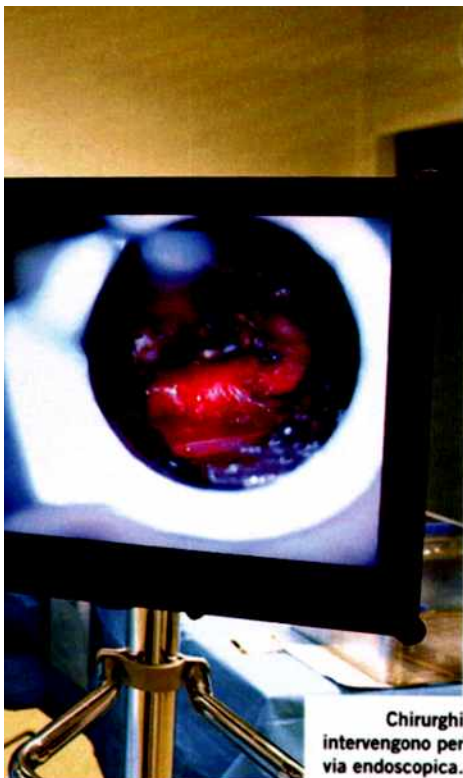
Qui ci vuole il wireless Perfezionato quanto si vuole, l'endoscopio, però, non arriva ovunque. Ci sono regioni precluse dalla distanza: i lunghi meandri dell'intestino tenue, inaccessibili - se non con tecniche particolari - oltre il breve tratto iniziale del



duodeno. Se capita per esempio un sanguinamento persistente, ed esofago, stomaco e colon appaiono in ordine, occorre esplorare i metri e metri di intestino tenue per ricercare la causa. In questi casi, da pochi anni c'è la capsula endoscopica: una videocamera senza fili contenuta in una pillola che, ingoiata, trasmette le immagini delle pareti in cui scorre ed è poi recuperata nelle feci. Finora la capsula è consigliata soprattutto per ispezionare la mucosa dell'intestino tenue, per accertare le cause di sanguinamenti di origine ignota, scoprire picco-

li tumori, diagnosticare e valutare la celiachia o il morbo di Crohn quando interessa questa regione.

La tecnica tuttavia è giovane e in rapido progresso: la miniaturizzazione dei componenti permette di aggiungere nuovi strumenti per eseguire ulteriori analisi, per esempio dei contenuti gastrici. I ridotti consumi e il funzionamento intelligente, che la accende solo nel tratto d'interesse, e rallenta l'acquisizione delle immagini quando è ferma per accelerarla quando è in movimento, aumenta inoltre la durata delle riprese (finora uno dei suoi limiti), garantendo che completi l'esame senza esaurire le energie.



Chirurghi intervengono per via endoscopica.

Nel box, da sinistra: rx del colon, tessuto dell'intestino, mucosa dello stomaco

Grazie a queste innovazioni, la capsula è in sperimentazione - anche al Gemelli di Roma - pure per la ricerca di polipi e cancri nel colon: se si mostrerà all'altezza, potrebbe essere un'alternativa più pratica dell'endoscopia e facilitare l'adesione ai programmi di screening.

L'endoscopio, infatti, può essere fermato anche da impedimenti fisici, come restrizioni del colon, o dalle remore di chi magari ha già avuto una colonscopia e ne serba ricordi sgradevoli (anche se di solito i fastidi sono blandi). Oppure può essere sconsigliabile per il pericolo di perforazioni. In questi casi si può ricorrere alla colonscopia virtuale o, più precisamente, colografia virtuale: partendo da una serie di immagini ricavate con la Tac, l'interno del colon è ricostruito al computer in due o tre dimensioni, simulando una vera colonscopia.

«Si usa anche per visualizzare altri aspetti del colon come la diverticolosi, oppure varianti anatomiche come una lunghezza insolita, che predispone al colon irritabile», spiega Emanuele Neri, specialista in questa tecnica al Dipartimento di oncologia, dei trapianti e delle nuove tecnologie in medicina all'Uni-

Quando serve una gastroscopia

Pur preziose, le immagini non sono la sfera di cristallo cui ricorrere a ogni mal di pancia. Per chi soffre di gastrite, e vuole sapere se nel suo stomaco c'è il batterio che spesso la causa, *Helicobacter pylori*, bastano esami non invasivi come il test del respiro o la ricerca degli antigeni nelle feci. Se si vogliono anche informazioni sull'entità della gastrite, e sull'eventuale presenza di ulcere che richiedono

una terapia più aggressiva, allora è il caso di fare la gastroscopia. Un altro esempio tipico sono i sintomi di cattiva digestione, bruciore, acidità, gonfiore allo stomaco legati spesso al reflusso gastroesofageo, la risalita nell'esofago dei corrosivi succhi gastrici. Se i sintomi restano quelli tipici, se il paziente è giovane e risponde bene alla terapia e agli aggiustamenti dello stile

di vita, non occorre procedere subito alla gastroscopia. Se però la terapia non funziona, o compaiono sintomi insoliti o nuovi, come anemia, perdita di peso o difficoltà a deglutire, ecco un caso tipico in cui va fatta. L'endoscopia è consigliata quando aggiunge un elemento diagnostico che può modificare la terapia, altrimenti rischia di divenire inutile, ammoniscono gli esperti.



Gli strumenti più moderni usano onde luminose di diversi colori e sonore per varcare le pareti dell'intestino

sempre più accurate. Ma che hanno bisogno di essere lette e interpretate. «L'interpretazione spetta sempre all'occhio umano», racconta Larghi: «Moltissimo abbiamo imparato dai giapponesi. Lì il cancro dello stomaco è molto diffuso, e gli endoscopisti hanno accumulato un'esperienza immensa facendo esami accuratissimi, lentissimi, scrutando con dedizione assoluta ogni particolare, così che ormai sanno riconoscere a occhio anomalie minime che noi nemmeno vediamo. Sono un po' come i cercatori di funghi».

Qualche aiuto, però, il computer lo può dare. «Esistono sistemi che mettono in allerta il radiologo segnalando le zone sospette», spiega Neri: «Non tutti li usano, ma ormai sono molto efficaci. Non sostituiscono l'occhio, perché sta sempre al medico confermare o meno la diagnosi, ma lo aiutano a non lasciarsi sfuggire qualche dettaglio, specie in situazioni come uno screening in cui bisogna leggere 10-15 esami al giorno: il medico si stanca e può distrarsi, il computer no». ■

Su espressonline.it

Sul nostro sito, il video che illustra il funzionamento delle nuovissime tecniche endoscopiche. In Rete: www.espressonline.it



GUARDA IL FILMATO DIRETTAMENTE DAL CELLULARE

Fotografa questo codice e guarda il video dal tuo cellulare.

A pagina 28 trovate le istruzioni per attivare il servizio

TUMORI**L'OFFICINA DEI VACCINI**

Tra i primissimi in Italia, l'Istituto neurologico Besta di Milano ha ricevuto dall'Agenzia italiana per il farmaco (Aifa) il via libera per la sua Unità Produttiva di Terapie Cellulari, cioè per un'officina farmaceutica interna incaricata di produrre medicinali biologici personalizzati a partire dalle caratteristiche del singolo paziente. Per iniziare, il laboratorio sintetizzerà vaccini contro il glioblastoma, una delle forme peggiori di tumore cerebrale, che tende a dare recidive. In sintesi, dal sangue dei singoli pazienti saranno estratte alcune componenti del sistema immunitario, messe poi a contatto con cellule del tumore affinché acquisiscano una competenza specifica, e reiniettate nel malato, con la speranza che inducano una risposta immunitaria specifica. La sperimentazione sarà coordinata da Gaetano Finocchiaro. A. Cod.



LA GIORNATA DEL MALATO ONCOLOGICO

In Italia il tumore non è uguale per tutti

*Ieri presentati i dati: sono troppe le differenze di terapie innovative e di assistenza tra le varie regioni
Tra le domande di invalidità, i tumori hanno rappresentato il 54 per cento nel 2009 (65.284 casi)*

Luigi Cucchi

Il malato oncologico in primo piano. I suoi drammi, le paure, le ansie, le cure mediche, il sostegno psicologico, i suoi diritti. Tanto è stato fatto e tanto resta ancora da fare. In Italia, in numerose regioni, siamo all'avanguardia, in altre siamo deficitari. Abbiamo Centri di eccellenza e volontari che da anni si battono per togliere dall'emarginazione, dalla solitudine, dall'abbandono, chi entra in questo tunnel. Sono circa 2 milioni gli italiani a cui è stato diagnosticato un tumore. Un numero che con gli anni è cresciuto, passando da 820mila casi nel 1970 a 1,2 milioni nel Duemila. Nel 2008: 1,8 milioni (806.103 uomini 43,8%) e 1.034.820 donne (56,2%). Sono i pazienti in trattamento-270mila i nuovi casi).

Ieri è stato presentato a Roma, in occasione delle celebrazioni della quinta Giornata nazionale del malato oncologico, il secondo Rapporto sulla condizione assistenziale. Si approfondiscono le analisi avviate lo scorso anno dalla Favo, la Federazione delle 500 associazioni italiane di volontariato impegnate in oncologia e dal Censis, l'istituto di ricerca socioeconomica fondato nel 1964. È il primo atto ufficiale dell'Osservatorio permanente sulla condizione dei malati oncologici voluto dalla Favo a Taranto lo scorso anno. Il Rapporto si è aperto con le note di Francesco De Lorenzo, presidente Favo e Giuseppe De Rita, presidente del Censis. All'esame i vari aspetti della vita e dell'assistenza del malato oncologico in Italia. Si analizzano le competenze dell'Inps in materia di concessione delle pensioni di invalidità civile

per poi sottolineare l'esigenza di una grande inchiesta nazionale da affidare al Censis per valutare l'impatto sociale ed economico che i tumori hanno, e sempre più avranno, nella società italiana. Il Rapporto prosegue con una rappresentazione grafica dell'organizzazione assistenziale realizzata in ciascuna Regione: molte le difformità assistenziali e le carenze che penalizzano i malati di tumore. Vengono poi approfondite le difformità assistenziali con riferimento al tema dei farmaci innovativi.

Il Rapporto analizza le misure che contribuiscono alla qualità di vita dei pazienti che hanno superato la fase acuta e che convivono con gli esiti della patologia tumorale: la riabilitazione, l'assistenza domiciliare integrata, la sedazione del dolore, l'accompagnamento dei malati terminali. È l'aspetto delle disparità che preoccupa. Per l'assistenza domiciliare integrata, che costituisce un indicatore di qualità assistenziale estremamente importante per i malati di cancro, si registrano differenze assai elevate tra Regioni come la Basilicata e la provincia autonoma di Trento, con, rispettivamente 237 e 153 casi di assistenza domiciliare ogni 100mila abitanti e Regioni come la Campania (35 casi), la Valle d'Aosta (34 casi) e la provincia di Bolzano dove non risulta fornito alcun tipo di assistenza domiciliare. Così per le dotazioni di posti negli Hospice per l'accompagnamento dei malati terminali, ambito nel quale si passa da oltre 5 posti ogni 100mila abitanti in Lombardia, Emilia Romagna e Molise, a Regioni (soprattutto meridionali), dove le dotazioni scendono a 1 posto (Sicilia e Calabria) o sono presso-

ché nulle (Campania, Abruzzo e Valle d'Aosta). Inoltre, anticipando culturalmente le indicazioni del Libro bianco del ministero del Lavoro e delle Politiche sociali per quanto concerne il nuovo Welfare solidale e compatibile, il Rapporto propugna un tipo di risposta globale interistituzionale ai bisogni esenziali, sanitari, assistenziali, previdenziali e lavorativi dei malati di cancro, per consentirne il recupero alla «buona vita nella società attiva». In questo scenario di assistenza globale, un ampio paragrafo è dedicato a come l'Inps si è strutturato per far fronte ai nuovi compiti attribuiti (2.013 unità lavorative mobilitate per finalità medico-legali). Nel settore delle prestazioni previdenziali le patologie neoplastiche costituiscono la causa principale di accoglimento delle domande di invalidità (30 % sul totale), con 136.748 casi nel 2009 e con un onere per gli assegni di invalidità, riferiti ai soli nuovi casi incidenti, cioè riconosciuti nell'anno, di oltre 116 milioni di euro. Per le domande di inabilità la percentuale dei tumori sul complesso delle domande accolte nel 2009 sale al 54 %, con 65.284 casi, e con un onere, sempre riferito ai soli nuovi casi accolti, di oltre 80 milioni di euro.

NUMERI

2 milioni

gli italiani a cui è stato diagnosticato un tumore. Un numero che con gli anni è cresciuto moltissimo, passando da 820mila casi nel 1970 a 1,2 milioni nel Duemila.

500

Le associazioni che fanno parte della Favo, la federazione delle associazioni dei volontari oncologici. È dalla Favo che nasce la giornata del malato oncologico.

136.748

I casi in Italia di richieste di invalidità da parte dei malati oncologici. È un fenomeno in grande aumento perché purtroppo sono in grande aumento i casi di tumore.

56,2%

La percentuale femminile tra gli attuali malati oncologici. Le donne quindi sono più esposte alla malattia. E la tendenza è quella al continuo incremento.

43,8

La percentuale maschile tra gli attuali malati oncologici. Gli uomini quindi sono meno esposti alla malattia, anche se la tendenza è quella al continuo incremento.



GLI EFFETTI

In pericolo soprattutto i servizi domiciliari e di riabilitazione

di CARLA MASSI

ROMA - Un miliardo di euro in Calabria, un miliardo e 600 milioni nel Lazio, 110 milioni in Molise e 770 milioni in Campania. Su questi conti sanitari shock si sono trovati a dibattere, anche animatamente, alla fine di marzo, i presidenti delle quattro regioni e il governo. Riuniti al ministero dell'Economia. E' spuntata in quell'occasione l'ipotesi di utilizzare i fondi Fas per ripianare i disavanzi di gestione 2009. «Le mancate scelte di riorganizzazione - disse a caldo il ministro del Welfare Maurizio Sacconi - hanno comportato da una parte la carenza di servizi territoriali, dalla prevenzione all'assistenza domiciliare alla non autosufficienza e dall'altro l'obbligo di legge di chiudere i buchi con l'aumento pressione fiscale regionale e con il taglio dei fondi Fas».

E' quando i cittadini vanno agli sportelli delle Asl che si rendono conto di quanto siano in rosso le casse sanitarie regionali. I primi servizi ad essere cancellati sono quelli domiciliari, per esempio (in molti casi appaltati a cooperative), ma anche la riabilitazione e i programmi di controlli preventivi per adulti e bambini. «Non c'è da sorprendersi - commenta Cesare Fassari direttore di "Quotidianosanità" on line - che i candidati alle elezioni abbiano fatto della sanità il loro cavallo di battaglia in campagna elettorale. Il loro

tema fisso». La scure, quando soffia aria di crisi, si abbatte anche sulla disponibilità dei farmaci più costosi (e innovativi) nelle corsie degli ospedali. Uno dei primi allarmi è stato quello dell'Aiom, l'associazione degli oncologi medici: i fondi stanziati per la cura dei tumori, generalmente, dopo l'estate è già finito. Questo significa esser costretti a prescrivere, in caso di casse vuote, farmaci di prima generazione e, quindi, di minor forza terapeutica. Soprattutto nell'ultimo trimestre dell'anno quando gli stanziamenti sono agli sgoccioli. Gli oncologi hanno fatto un sondaggio tra gli oltre duemila iscritti all'Aiom:

uno su due dice di essere spesso condizionato, nelle scelte delle terapie, dal bilancio della Asl.

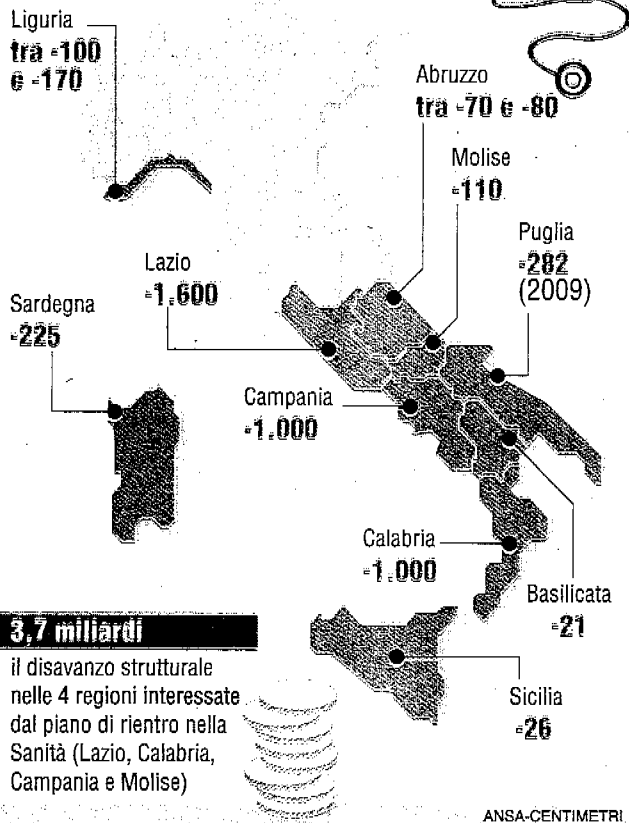
Risparmio, temono le associazione dei pazienti, vuol dire, nelle gare d'appalto, scegliere i materiali meno costosi e, in alcuni casi, anche meno affidabili. E risparmio vuol dire anche taglio dei letti: il governo ha previsto una sforbiciata da diecimila posti.

I MEDICINALI IN CORSIA

La scure si abbatte anche sui farmaci più costosi negli ospedali

I bilanci

Le regioni con deficit nel comparto Sanità (dati in milioni di euro)



LA V GIORNATA NAZIONALE

Cura dei tumori: al Sud tanti ritardi e inefficenze

ROMA - Italia a due velocità sulla strada, tutta in salita, della cura dei tumori. La forbice esistente tra diverse aree del Paese emerge con forza nel secondo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato a Roma in occasione delle V Giornata nazionale. I ritardi sono prevalentemente al Sud. «I finanziamenti per gli hospice ci sono - afferma a mò di esempio Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione associazioni volontariato in oncologia (Favo) - ma in Campania non sono stati utilizzati, ed esistono solo 2-3 strutture invece della ventina che dovrebbero esserci». Ma è sul fronte dei farmaci innovativi che si registrano le distanze più stridenti. Le regioni in cui tardano ad arrivare sono Basilicata, Liguria, Molise, Lazio, Sicilia, Sardegna, ma anche Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Veneto.



IL CASO**Privacy ma non troppo**

DI ROBERTO SATOLLI

Partecipo a una tavola rotonda su come progettare una piattaforma informativa negli ospedali che riferisca ogni dato al singolo malato: significa nientemeno che rivoluzionare l'organizzazione della medicina, perché non è più il paziente che passa da un reparto all'altro nel suo percorso di cura a compartimenti stagni, ma sono i servizi e le competenze specialistiche che lo prendono in carico complessivamente ruotandogli intorno.

Facile a dirsi, ma gli ostacoli sono tanti. Il più coriaceo, però, secondo gli esperti, è oggi quello della privacy: se ogni volta che si accede ai dati del paziente si deve richiedere il permesso, il sistema diventa ingestibile. Nello stesso discorso si inciampa regolarmente ovunque si stia cercando di migliorare le cure e facilitare la ricerca scientifica collegando tra loro con gli strumenti dell'informatica i dati tradizionali e quelli della biologia e della genetica molecolare. Altri esempi? Cerco i dati più aggiornati sui tumori in Italia, e mi imbatto in un grido di disperazione lanciato dai responsabili dei registri sui tumori, uno strumento indispensabile per l'oncologia di un paese avanzato: senza un provvedimento che modifichi le attuali norme sulla privacy, il flusso di informazioni sulle neoplasie necessario per qualsiasi attività è sul punto di prosciugarsi. O ancora: il comitato etico di cui faccio parte affronta la questione delle bio-banche di ricerca, considerate da "Time" una delle dieci idee che stanno cambiando il mondo. E scopro che non possono funzionare se ogni volta che si vuole analizzare un campione di sangue o di tessuto per un'indagine scientifica bisogna nuovamente interpellare chi l'ha donato (e che potrebbe essere morto). Dunque: la privacy è un diritto individuale sacrosanto, ma non può essere posto sempre e comunque al di sopra di qualsiasi interesse collettivo, anche quando i benefici per la società sono ingenti. Ma forse porre la questione in termini di bilanciamento di interessi contrapposti è fuorviante. Innanzitutto anche i singoli malati hanno un interesse diretto a essere curati meglio, e quindi a lasciar funzionare le banche dati e i circuiti informatici che rendono possibile l'innovazione. Soprattutto però, nel campo delle informazioni riguardanti la salute, la salvaguardia dai rischi concreti richiede un'interpretazione dei dati, che di fatto il singolo deve affidare un professionista o a una istituzione sulla base della fiducia.

I dati della Sanità spiegano che il federalismo serve, ma duro

UNO STUDIO STATISTICO FINALMENTE IN GRADO DI MISURARE QUANTO, COME E DOVE GLI OSPEDALI LAVORANO. OPPURE NO

La qualità dell'assistenza sanitaria varia da regione a regione. Tra centro-nord e sud un abisso. Campania, Puglia, Calabria e Sicilia rappresentano da sole il 99 per cento della "inappropriatezza ospedaliera". E il quoziente di "ricoveri impropri" è 25 volte superiore

Roma. Si fa presto a dire solidale. Parlo del federalismo. Ad analizzare certi dati sanitari, e più specificamente ancora della principale attività sanitaria, quella relativa ai ricoveri negli istituti di cura, c'è letteralmente da rabbrivire. Cosicché passa perfino la voglia di pensare al federalismo solidale. Non è che sarà meglio duro e puro? Il bello è che questi dati, decisivi per capire quel che succede nel pianeta sanità, sono praticamente nascosti, portarli alla luce è un lavoro da speleologi, prima ancora che da statistici sanitari.

Un recentissimo volume (marzo 2010) del Dipartimento della qualità della Direzione generale della programmazione sanitaria dal titolo disaccattivante come pochi, "Analisi di variabilità delle attività ospedaliere - Dati 2008", sembra fatto apposta per non essere letto (oltre 300 pagine esclusivamente di cifre) o almeno per impedirne una piena comprensione (non una tavola riassuntiva, non una riga di commento, solo una esoterica nota metodologica introduttiva per addetti ai lavori). Peccato - sempre che la non leggibilità non sia voluta - perché si tratta di un lavoro rivoluzionario, attraverso i cui risultati si può arrivare a elaborazioni che portano a conclusioni tanto inattaccabili quanto clamorose. Inutile aggiungere che, però, non fanno parte del citato lavoro.

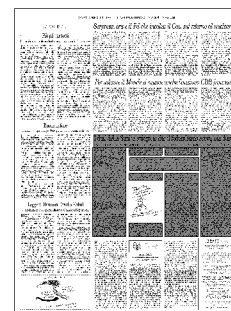
Il nocciolo della questione

Il nocciolo della questione. Com'è noto i livelli e la qualità dell'assistenza sanitaria variano da regione a regione. Quanto e in che senso variano è questione decisiva, ma tutt'altro che facile da affrontare. Per le attività di ricovero ospedaliero ci ha pensato il suddetto lavoro selezionando in base a vari criteri (tra i quali anche l'im-

patto economico) alcune diagnosi e verificando per esse, con criteri oggettivi basati sulle medie nazionali, l'inadeguatezza e l'inappropriatezza dei servizi ospedalieri.

Prenderemo in esame soltanto l'inappropriatezza, un indicatore ben più chiaro e utilizzato di quanto non sia il primo, e vera cartina di tornasole dell'eccesso non giustificato in sanità. Le diagnosi considerate (in realtà Aggregati Clinici di Codici - ACC - in quanto corrispondenti a gruppi omogenei di diagnosi) sono dieci e vanno dai "disordini della ghiandola tiroidea" alla "ipertensione essenziale", dal "diabete mellito con complicanze" alla "aterosclerosi coronarica". Per queste dieci diagnosi sono stati calcolati (tutti i dati che seguono sono di chi scrive, ma ricavati fedelmente dai dati analitici del lavoro citato) 164.135 ricoveri impropri, così distribuiti: 150.448 nelle regioni del mezzogiorno e 13.687 nelle regioni del centro-nord, cosicché il 91,7 per cento dell'inappropriatezza totale del sistema ospedaliero è imputabile agli ospedali del sud, contro l'8,3 per cento del centro-nord. In rapporto alla popolazione abbiamo valori ancor più divergenti. Infatti, per il complesso delle diagnosi considerate (che sono soltanto una piccola parte, ricordiamolo, del totale) si hanno a livello nazionale 2,7 ricoveri impropri annui ogni mille abitanti, valore che scende a 0,35 nel centro-nord e che sale a 7,2 nel mezzogiorno. L'inappropriatezza nei ricoveri ospedalieri al sud è venti volte superiore.

Ma il bisturi può portarci più lontano, con l'incisione. Scendendo infatti dalle ripartizioni territoriali alle singole regioni il quadro diventa più preciso e inquietante. Si prendano le seguenti quattro regioni: Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. In ciascuna di esse il tasso di ricovero è mag-



giore di quello nazionale per tutte le dieci diagnosi considerate. In secondo luogo, il totale dei ricoveri impropri è di 144.589, pari all'88,5 per cento dell'inappropriatezza ospedaliera dell'intero paese. In terzo, il quoziente di ricoveri impropri sale per il complesso di queste regioni a 8,5 per mille abitanti, quasi venticinque volte in più. Dunque, se il sud ha pressoché il monopolio dell'inappropriatezza, al suo interno queste quattro regioni detengono il monopolio del monopolio (e infatti rappresentano oltre il 96 per cento dell'inappropriatezza). C'è poi, a volere essere pignoli, un primato che spicca nello stesso monopolio del monopolio, quello relativo alla Campania che, da sola, con 65.457 ricoveri impropri, pari a un quoziente di 11,5 ricoveri impropri per mille abitanti, detiene il 40 per cento dell'inappropriatezza totale del sistema ospedaliero. Questi tre dati relativi alla Campania rappresentano altrettanti record, a connotare una regione che, sotto questo aspetto, non teme confronti. Come quoziente di inappropriatezza ospedaliera il secondo posto è appannaggio della Calabria con 9,1 ricoveri impropri per mille abitanti, seguita dalla Puglia con 8,7. Ma, in virtù della loro maggiore popolosità, la quota di inappropriatezza sul totale della inappropriatezza ospedaliera nazionale vede al secondo posto la Puglia (21,7 per cento) e al terzo la Sicilia (15,5 per cento). Con appena un trentesimo della popolazione, la Calabria deve accontentarsi di una quota di inappropriatezza pari all'11,2 per cento.

Una volta giunti alla fine di questa che è pur sempre una bella sfilza di numeri, non occorrono molti commenti per chiarire la situazione. Che l'Italia fosse profondamente spaccata in due (spaccata, dire divisa non rende più l'idea) anche sotto l'aspetto medico-sanitario, e del servizio sanitario, lo si sapeva. Ma che la spaccatura fosse a tal punto profonda, francamente no. Che in questa spaccatura, non entrino minimamente questioni di fondi e finanziamenti pubblici la rende certamente ben più significativa, in quanto più difficile ancora da aggredire. Che essa, infine, sia una diretta conseguenza (e una palese dimostrazione) di livelli di organizzazione e di professionalità dei/nei servizi ospedalieri abissalmente insufficienti, è qualcosa che sgomenta. Ed eccoci allora alla domanda: come può mai un federalismo solidale apportare un qualche lenimento a una, per restare in tema, malattia di questa profondità e di questa radicalità?