

Sanità. I professionisti hanno tempo fino al 13 agosto 2013 per stipulare le polizze

Per le assicurazioni un anno in più ai medici

La riforma dell'intramoenia rinviata a fine 2012

Paolo Del Bufalo

■ Per stipulare le polizze delle **assicurazioni obbligatorie** stabilite dalla manovra estiva 2011 i **professionisti della sanità** avranno più tempo del 13 agosto 2012: un anno dopo la riforma delle professioni e comunque non oltre l'entrata in vigore di una disciplina specifica sulla responsabilità civile e le condizioni assicurative del settore. E la libera professione intramoenia dei **medici** del servizio sanitario pubblico potrà essere svolta negli studi professionali ancora fino al 31 dicembre di quest'anno e non finirà, come previsto, il 31 ottobre.

A fissare le nuove scadenze è il testo modificato del decreto legge 89/2012 di proroga di termini in materia sanitaria, approvato mercoledì dall'aula della Camera, passato ora al Senato.

Per quanto riguarda le assicurazioni lo slittamento dell'obbligo di stipulare le polizze «a tutela del cliente» da parte del professionista fissato dalla legge 148/2012, riguarda solo il servizio sanitario. E il termine è fissato a un anno dalla riforma delle professioni e comunque non oltre l'entrata in vigore di una normativa specifica sulla responsabilità civile e le condizioni assicurative per gli «esercenti le professioni sanitarie», in particolare quelli convenzionati (medici di medicina generale, specialisti e privati) costretti spesso a

spendere cifre da capogiro per le polizze, comunque soggette senza appello alla possibilità di revoca da parte delle assicurazioni. E su questo aspetto si concentra un decreto già messo a punto dal ministro della Salute **Renato Balduzzi** che prevede meccanismi per garantire contratti il più possibile calmierati, un fondo nazionale per garantire le polizze e certezza sulla loro stabilità senza la possibilità di disdette lampo. Questo anche per superare la cosiddetta "medicina difensiva", quando cioè il medico evita interventi "pericolosi" per non incorrere in denunce, che oggi costa al Ssn fino a 10 miliardi di troppo.

Lo stesso decreto prevede anche una riforma organica dell'intramoenia "allargata" dei medici, quella cioè che si svolge anche negli studi professionali. Il milleproroghe 2012 ne aveva fissato la scomparsa definitiva al 30 giugno scorso, rinviata dal decreto legge al 31 ottobre e ora, grazie agli emendamenti approvati, al 31 dicembre 2012. La riforma in cantiere - sollecitata dai deputati nel dibattito in aula di mercoledì e promessa dal ministro Balduzzi entro l'estate - prevede che Asl e ospedali debbano decidere se acquistare o affittare nuovi spazi, o se convenzionarsi con altri soggetti pubblici. La possibilità di lavorare negli studi sarà solo in via sperimentale e «residuale», con un collegamento «in rete» che renda tracciabili attività e pagamenti e una convenzione tra il medico e la sua azienda. A patto però che negli studi ci siano solo medici in esclusiva o convenzionati col Ssn.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici per un anno in sala d'attesa

POLIZZE OBBLIGATORIE

«**S**iamo riusciti a far comprendere ai politici che l'entrata in vigore di questa norma avrebbe messo fuori legge migliaia di medici. Le compagnie non hanno l'obbligo di assicurarci ma abbiamo chiesto invano alle prime 10 compagnie italiane di farci una proposta per i nostri 25 mila associati». Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami, l'Associazione dei medici accusati di malpractice ingiustamente (un'associazione che non poteva mancare dopo le migliaia di denunce che i medici si trovano a dover affrontare), gongola per il rinvio di un anno dell'obbligo della polizza assicurativa sulla responsabilità civile per i medici. La ragione è semplice: trovare chi assicura non è semplice e poi il singolo medico si trasforma in contraente debole di fatto costretto a clausole assai onerose (e a continuo rischio disdetta). Resta il fatto che tutte le categorie professionali sono riuscite ad avere polizze su misura. Solo i medici sono ancora in attesa.



Rinviata la polizza professionale obbligatoria. Ma solo per i medici

Polizza professionale obbligatoria rinviata al 2013. Solo per i medici. Con un emendamento inserito in extremis nel ddl di conversione del decreto legge che proroga i termini dell'intramoenia allargata (dl 28 giugno 2012, n. 89, recante proroga di termini in materia sanitaria), la Camera ha infatti dato il via libera in prima lettura, l'altro ieri, al rinvio di un anno, al 13 agosto 2013, dell'entrata in vigore dell'obbligo di dotarsi di una polizza per la responsabilità civile. Il testo passa ora al Senato. Un colpo a sorpresa destinato a suscitare polemiche da parte di tutti gli altri ordini professionali, che stanno chiedendo a gran voce, proprio in questi giorni al governo, di prevedere un periodo transitorio all'obbligo di polizza professionale, per consentire ai professionisti di organizzarsi. Proprio mentre si stanno svolgendo le audizioni in commissione Giustizia della Camera sul dpr di riforma delle professioni, infatti, Montecitorio, con il benestare del ministro della salute, Renato Balduzzi, ha approvato un emendamento che modifica, solo per gli iscritti all'ordine dei medici, il decreto legge 138/2011, che impone a tutti i professionisti di dotarsi di una polizza assicurativa. Per il resto, il ddl (ac 5323) proroga dal 31 ottobre al 31 dicembre 2012 l'intramoenia allargata, cioè la possibilità per i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale di utilizzare, in via straordinaria, il proprio studio per l'esercizio della propria attività libero-professionale. Rinvio di conseguenza anche il completamento, da parte delle regioni, del programma di realizzazione delle strutture sanitarie dedicate all'attività intramuraria.

Gabriele Ventura



Sanità. La «cura Bondi» sulle forniture colpirebbe soprattutto le Regioni del Centro-Nord anche se virtuose

Tagli da 3,2 miliardi sui beni non sanitari

IRISPARMI

La scure si abbatterebbe su mense, carburanti, utenze e rifiuti di asl, ospedali e Irccs. Le Regioni protestano: criteri sbagliati, conti da rifare

Roberto Turco
ROMA

■ Mense e carburanti, luce e telefoni, trasporti e consulenze, lavanderie e smaltimento rifiuti, riscaldamento e manutenzioni. La forbice del supercommisario Enrico Bondi potrebbero tagliare nel medio-breve termine ad asl e ospedali la bella cifra di 3,237 miliardi. Risparmi da "costi standard" per l'acquisto di beni e servizi non sanitari - non le famose siringhe a mille velocità di spesa, insomma - che potrebbero abbattersi soprattutto sul Centro-Nord e sulle Regioni considerate più "virtuose". Tagli contro i quali i governatori, alla lettura del librone di Bondi finora tenuto segretissimo, sono letteralmente trasaliti. Sia per l'entità della posta in gioco. Sia perché il metodo seguito dai tecnici governativi a loro dire farebbe acqua da tutte le parti.

La richiesta secca fatta ufficialmente dalle Regioni, insomma, è di ricominciare daccapo nell'analisi e di andare anche rapidamente a caccia di risparmi ma sulla base di ben altri criteri. Valutando caso per caso, Regione per Regione. Con tutte le tare del caso. Come invece il Governo non avrebbe intenzione di fare, a dispetto di qualsiasi valutazione scientifica, forse fittando il rischio che alla fine tutti i risparmi possano finire in cavalleria.

Nel mirino - come anticipato in un ampio servizio del prossimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità» - sono finite le spese 2011 per beni e servizi non sanitari sostenute da ogni asl, ospedale gestito dalle asl e ospedale-azienda. Per le asl s'è calcolato il costo rispetto al bacino di popolazione, per gli ospedali rispetto al numero di dimissioni. E già questo metodo viene contestato in toto. I risultati poi parlano da sé.

Per gli acquisti delle asl il risparmio teorico è stimato in 1,1

miliardi, il 31% dei costi attuali: dal top per valore assoluto del Lazio con 202 milioni ai 6 milioni della Basilicata, ma con picchi percentuali che vanno (escluse le "speciali") dal 47% dell'Umbria e dal 44% della Liguria fino al 6% della Lombardia, all'8,4% della Campania e al 16% della Sicilia. Altri 831 milioni (media del taglio del 23%) dovrebbero risparmiare gli ospedali gestiti dalle asl: il Veneto dovrebbe tagliare 202,7 milioni (36,58% dei suoi costi) e il Lazio 120 milioni (40,3%), solo le briciole il Sud tra Sicilia (1%), Puglia (5%), Molise (11%) ma anche al Nord la Liguria (9,3%). Infine ospedali-azienda e Irccs (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) che potrebbero risparmiare 1,3 miliardi: 477 milioni dalla Lombardia (27% di taglio) ma il Lazio lascerebbe sul campo il 45% delle spese attuali e il Veneto ne perderebbe il 40%, mentre la Sicilia avrebbe un taglio del 3,7% e la Puglia del 6,3% su una media nazionale del 24,4 per cento.

Il risultato finale sarebbero appunto risparmi teorici totali per 3,237 miliardi. Con la fetta più grande attesa dal Lazio (580 milioni), ma con il Centro-Nord che dovrebbe avere meno spese per oltre 2,2 miliardi, dai 496 milioni della Lombardia ai 445 del Veneto, ai 227 dell'Emilia fino ai 191 della Toscana. Al Sud perderebbe di più la Campania (196 milioni), le altre Regioni molto meno con l'eccezione dei 140 milioni indicati per la Sardegna.

Risparmi tutti da verificare, naturalmente. Anche perché i governatori contestano il percorso seguito da Bondi. Che non considera i modelli organizzativi locali - in Lombardia ad esempio gli ospedali sono tutti incorporati dalla asl - né le scelte di esternalizzare o meno le attività o di raggrupparle a carico di una sola asl. Ma anche non considera la mobilità o calcola in maniera sbagliata il bacino di utenza delle asl. Fino ad arrivare a premiare chi dimette di più, con molti ricoveri e spesso impropri se non inutili. Altro che premiare la virtù, accusano i governatori. Quelli del Centro-Nord naturalmente.

I risparmi

Dati in milioni di euro

Regioni	Totale risparmi
Lazio	579.483
Lombardia	495.878
Veneto	445.742
E.Romagna	227.562
Piemonte	213.763
Campania	195.800
Toscana	191.431
Sardegna	140.660
Liguria	105.206
F.V.Giulia	101.387
Puglia	84.077
Abruzzo	75.983
Umbria	74.928
Marche	64.469
Bolzano	48.575
Sicilia	45.859
Trento	43.699
Calabria	35.288
Valle d'Aosta	34.586
Basilicata	22.103
Molise	11.121
Italia	3.237.600



I costi sul territorio

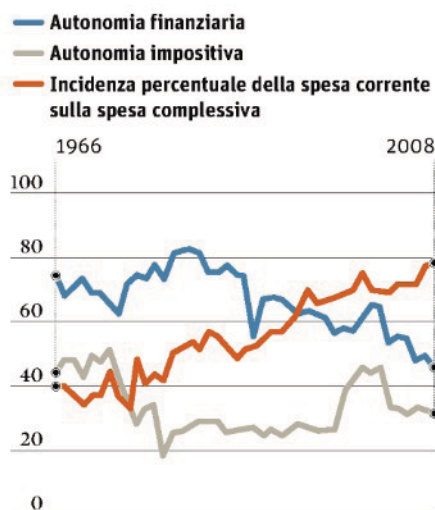
LA SPESA DEL BILANCIO DELLO STATO

Regionalizzata per abitante, anno 2009. Dati in €

Valle d'Aosta	11.093
Provincia di Bolzano	7.135
Provincia di Trento	6.314
Lazio	6.202
Friuli Venezia Giulia	5.871
Sardegna	5.529
Totale Rss (*)	5.399
Sicilia	4.827
Molise	4.578
Liguria	4.529
Basilicata	4.396
Calabria	4.243
Totale Italia	4.126
Campania	3.952
Abruzzo	3.923
Totale Rso (**)	3.900
Puglia	3.851
Umbria	3.756
Toscana	3.556
Piemonte	3.536
Emilia Romagna	3.361
Lombardia	3.354
Marche	3.309
Veneto	3.139

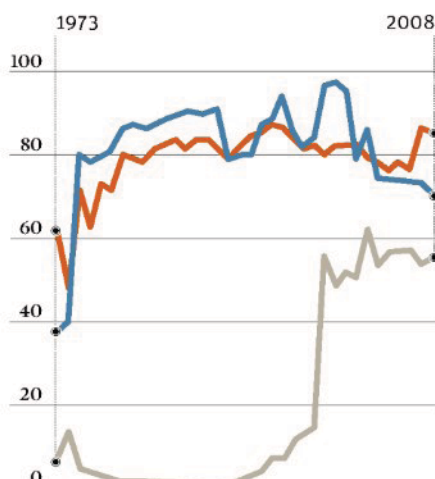
REGIONI A STATUTO SPECIALE

Anni 1966-2008. Valori percentuali



REGIONI A STATUTO ORDINARIO

Anni 1973-2008. Valori percentuali



(*) Regioni a statuto speciale; (**) Regioni a statuto ordinario

Fonti: Elab. Direzioni Risorse Finanziarie regione Veneto su dati ministero dell'Economia, Ragioneria dello Stato e Istat

Prestazioni ospedaliere, presto informazioni sul web

ANCHE in Italia potrebbero presto essere rese pubbliche le prestazioni dei singoli ospedali attraverso un sito web, come già avviene ad esempio in Gran Bretagna. Lo annuncia Carlo Perucci, direttore scientifico del Programma nazionale Esiti dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, durante un convegno su "Premiare il merito in Sanità" organizzato a Roma dall'associazione I-Think di Ignazio Marino. "Abbiamo ricevuto l'incarico dal ministero della Salute di realizzare un portale che si concentra sull'assistenza ospedaliera - ha spiegato Perucci - l'obiettivo è entro la fine di quest'anno di avere almeno le 'pagine gialle' con l'ubicazione e le caratteristiche di tutti gli ospedali, compresi i volumi di attività. Se le Re-

gioni condivideranno l'iniziativa pensiamo poi di aggiungere anche alcune indicazioni sugli esiti di procedure come i cesarei e le fratture del femore". Il modello a cui si ispirerebbe questo portale è quello realizzato dal National Health Service britannico, denominato 'Choice', in cui è possibile vedere le singole prestazioni di ogni ospedale in termini di interventi effettuati, percentuali di complicazioni, tempi di dimissione e tutti gli altri indicatori di qualità. In Italia questi dati sono raccolti dall'Agenas, attraverso il programma Esiti, ma non sono disponibili al pubblico: "Penso che già sapere qual è l'ospedale che fa più interventi di un certo tipo - sottolinea Perucci - sia un'informazione rivoluzionaria per i pazienti".



Sanità, trasparenza e merito per risparmiare davvero

● **Tagliare i posti letto** è un criterio rozzo che punisce chi ha lavorato bene e premia chi fa i ricoveri inutili ● **Il convegno di I Think:** mettere on line i dati sui costi e sulla qualità dei servizi

JOLANDA BUFALINI
ROMA

Il latinorum manzoniano è diventato, nella burocrazia italiana, l'inglese abusato da tagliatori di costi e di teste. Invece quando parla Pietro Micheli, 34 anni, che pure insegna al *Centre for Business Performance - Cranfield School of Management - Uk*, l'inglese si capisce benissimo, anche perché, essendo il professore perfettamente bilingue, per lui la lingua di Shakespeare non ha nulla del carattere misterico-tecnico-sacerdotale che ha assunto nella nostra Pubblica amministrazione, dalla spending review in giù. Micheli, al tempo della riforma Brunetta, si era illuso di poter essere utile al proprio Paese di origine. Se ne è andato perché non è riuscito a far capire al ministro che per migliorare la "performance" non servono il bastone e la carota (il tornello e l'incentivo), anche perché la «psiche umana è più complessa di quella equina», se non si sa in quale direzione si vuole migliorare e, invece, «non si sapeva nulla, non c'erano dati su niente, su nessun ministero». Si dovrebbero, invece, fare cose come organizzare il lavoro, formare le persone e motivare i loro comportamenti. Micheli rovescia un luogo comune sull'Italia: ci compiacciamo di essere un Paese che si comporta bene nell'emergenza e invece il problema grosso è proprio questo: «siamo sempre in emergenza» e siamo sempre «fra gli ultimi 5 Paesi nella classifica Ocse per qualità dei servizi, efficienza, efficacia, stima dei cittadini». Il re era nudo e quando fu chiaro che la riforma serviva essenzialmente a una campagna sui «fannulloni», il cervello in fuga

del management pubblico è tornato nel Regno Unito. Piero Micheli ieri era ospite di convegno «Premiare il merito in sanità» organizzato da *I Think*, associazione fondata da Ignazio Marino insieme a Lorenzo Sommella, Giuseppe Benagiano, Antonio Giordano, che si propone di mettere il merito al centro delle scelte politiche.

I SISTEMI DI VALUTAZIONE

E, al centro delle critiche, ieri, vi era quella cosa che si scrive «spending review» e si legge «tagli lineari» nell'emergenza vera che sta fronteggiando il governo. Pietro Ichino non nasconde la sua vicinanza ideale al governo Monti ma, dice, «se capisco il taglio del 20% di dirigenti, che in Italia sono quattro volte quelli della Francia, non capisco quello del 10% dei dipendenti, anche perché si mette in difficoltà chi ha fatto il proprio dovere e si premia chi ha il 50% di persone in più. Spending review non è questo. Il problema italiano è, semmai, quello di poter spostare le persone».

Sabina Nuti è direttore del MeS (Università S. Anna, Pisa) che ha elaborato i sistemi di valutazione adottati prima dalla Toscana e poi da altre regioni come Liguria e Piemonte. Non si capisce come sia possibile che, per ridurre le spese del Ssn, il governo abbia adottato un parametro così rozzo come quello dei ricoveri, «premiando così i ricoveri inutili contro chi ha privilegiato i day hospital». I numeri, infatti, se mancano per quanto riguarda l'insieme della Pa, sul Sistema sanitario nazionale ci sono. Ma, dice Ignazio Marino, non c'è trasparenza. «Io, come presidente della Commissione, accedo a dati sugli ospedali

che dovrebbero essere disponibili per tutti i cittadini, i quali devono sapere quale è, per esempio, il tasso di mortalità in questo o quell'ospedale e per quali ragioni». La mancanza di trasparenza riguarda anche le centrali di acquisto:

Marino: il servizio sanitario è pagato dai cittadini: hanno diritto di sapere cosa funziona e cosa no

«Le venti centrali regionali non hanno accesso ciascuna ai prezzi pagati dall'altra». E i prezzi variano moltissimo, dalla celebre siringa sino alla protesi in ceramica per l'anca. «Quest'ultima - spiega Marino - va dai 280 ai 2800 euro» Ed è chiaro che il taglio del 5% del decreto

«sui 2800 euro è ridicolo, sui 280 impone all'assessore alla sanità della Toscana un'impossibile suk». Soprattutto ridurre i posti letto ospedalieri a 3 per mille abitanti (3,7 dice il decreto ma lo 0,7% è per le lungodegenze) è, dice Marino, «un numero che stride con gli standard europei, visto che in Francia e in Germania, la media è di 5,2» ma ha anche «l'effetto paradossale di premiare i peggiori». Il senatore fa l'esempio di ospedali calabresi dove per «operare un'ernia inguinale c'è un ricovero di 7 giorni mentre in Emilia Romagna o Toscana si entra la mattina e si esce la sera». Se si taglia allo stesso modo, è «sbagliato economicamente, e questo dovrebbe interessare il governo, e eticamente, perché è inutile essere più bravi». Il merito, sostiene il professore-senatore, «deve essere assunto come metodo e come risorsa».



Trapianti senza rete

Il rifiuto di espianare un fegato destinato a un altro centro. Le liti in corsia. Il blitz dei Nas. Fino alla chiusura. Tutto sullo scandalo di Genova

DI MICHELE SASSO

Alla fine sono arrivati i carabinieri, mandati dalla procura per impedire che quel centro trapianti fuori controllo diventasse addirittura un pericolo per la salute dei pazienti. La mossa estrema, per chiudere una stagione di liti interne e decisioni paradossali che sono state giudicate dai vertici di ospedale e Regione ormai prive di ogni logica. Eppure quella dell'ospedale San Martino di Genova era una struttura modello, nata con criteri d'avanguardia tanto che le sue ricerche sono state pubblicate da prestigiose riviste scientifiche come "Lancet". La creatura di un luminaire, Umberto Valente, 70 anni, docente di chirurgia e oggi descritto come un primario-padrone: da oltre vent'anni è stato l'unico arbitro dell'attività del centro, lì dove ogni decisione può significare vita o morte. Finché un mese fa la situazione si è fatta drammaticamente ingestibile, con una scelta che appare assurda. Due medici del suo staff si sono rifiutati di eseguire l'espianamento di un fegato: un organo che non doveva rimanere nel reparto, ma era destinato a un malato di Torino. Quel



IL TRAPIANTO DI UN ORGANO. A SINISTRA: IL PROFESSOR UMBERTO VALENTE



fegato era la salvezza per una persona, dovunque si trovasse: loro invece hanno detto no. Di fronte all'urgenza, la direzione dell'ospedale non si è arresa: è stata mandata un'equipe esterna, che ha completato l'operazione con la massima velocità per garantire che l'organo fosse utilizzabile.

A quel punto l'assessore regionale alla Sanità Claudio Montaldo è stato perentorio e ha ordinato di farla finita: «Bisogna bloccare tutta l'attività, perché non ci sono più garanzie: c'è

un problema di serenità dell'équipe». Valente non si è rassegnato allo stop e in una sfida personale alle autorità regionali, due settimane fa ha chiesto una deroga per eseguire d'urgenza un doppio trapianto su una donna in arrivo da Savona. Anche in questo caso, si è trattato di bilanciare il rapporto tra condizioni del paziente e alternative cliniche: l'intervento poteva essere fatto

altrove, la cittadina ligure è collegata direttamente a Milano. Ed è allora che la procura ha spedito i carabinieri in sala operatoria, per rendersi conto di cosa stesse accadendo. E capire se il centro trapianti si fosse trasformato in una specie di repubblica autonoma. I militari del Nas devono fare luce su tanti esposti ed episodi oscuri avvenuti negli ultimi mesi, cercando di stabilire se la salute dei pazienti sia stata messa a rischio. Partendo proprio dal caso del mancato espianamento: una scelta

professionale legittima, di cui però si vuole identificare ogni responsabilità e chiarire se - come riportano le voci delle corsie - l'ordine di non operare sia venuto dal primario.

Di fatto, nel tempo la struttura di Valente era diventata «un ospedale nell'ospedale, con una sua dialisi, una terapia intensiva e una rianimazione», come dichiara l'assessore Montaldo. I costi sono lievitati, fino a sfiorare ogni parametro. Nel 2011 per undici trapianti di fegato e 60 di rene sono stati spesi undici milioni di euro. Certo, la sala operatoria è servita anche per altre attività chirurgiche. Ma l'esistenza di un centro specializzato così oneroso è giustificata solo dagli interventi sul fegato. E - come ha denunciato Ignazio Marino, presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sulla sanità pubblica - gli studi sostengono che a un numero limitato di operazioni corrisponde una minore sopravvivenza dei pazienti. La Conferenza Stato-Regione ha fissato standard chiari: una struttura del genere ha senso solo se esegue almeno venticinque interventi

l'anno. «Fin dall'inizio il monoblocco per i trapianti è stato fuori portata per budget e manie di gigantismo» spiega Giulio Cecchini, segretario del Coordinamento italiano medici dirigenti. Con i tagli dell'ultima stagione, il bilancio del San Martino è diventato insostenibile.

Il primario settantenne non ha accettato le indicazioni della Regione. Ha scritto un pamphlet, intitolato: «Come demolire un centro trapianti internazionale». Ha difeso «il modello organizzativo statunitense» e vantato il risparmio di 4 milioni di euro, sui 17 stanziati nel 2010. Cifre accolte con scetticismo dall'assessore Montaldo.

Il problema non è solo nei conti. A preoccupare è stato soprattutto il clima di guerra totale che regnava nel reparto, con scontri tra il primario e i suoi collaboratori, lo scambio di provvedimenti disciplinari ed esposti alla magistratura, accuse di mobbing e critiche professionali. Ci sono state denunce penali, finite con l'archiviazione, anche per il ruolo del figlio di Valente, medico e

inserito tra i docenti dei corsi universitari paterni. Lo scenario peggiore per professionisti che dovrebbero agire in squadra, nel massimo affiatamento. Ad aprile, dopo l'ennesima lite in carta bollata, i vertici del San Martino dispongono lo stop.

Di deroga in deroga, però, Valente ha continuato a mantenere la sua creatura in funzione. Solo ora, con i Nas che per conto della procura stanno ricostruendo tutti gli ultimi mesi di attività, sembra essersi rassegnato al pensionamento, che avverrà ad ottobre. Tanti in città temono che con il suo addio tutto sarà smantellato, moltissimi dei suoi pazienti lo difendono: sono state raccolte 20 mila firme contro la chiusura del polo del San Martino. «Per fortuna non abbiamo avuto danni e i pazienti pronti a ricevere un fegato sono stati dirottati a Milano», tranquillizza Nanni Costa del Coordinamento nazionale trapianti, la rete che smista gli organi dove c'è più bisogno. Un danno c'è stato: il pessimo esempio verso i cittadini, che invece dovrebbero venire convinti a donare sempre più organi. ■



Ignazio Marino Ministro, stavolta usa la scure

ELIMINARE I DOPPIONI, chiudere i reparti e gli ospedali che ricoverano pochi pazienti risultando inefficienti e persino pericolosi per l'assistenza, in poche parole chiudere le strutture che non servono. Questa è la spending review, o almeno è quanto ci si sarebbe aspettati da quel processo di revisione della spesa in sanità annunciato come risolutore di tanti sprechi. La chiusura del centro per il trapianto di fegato a Genova è invece esemplare di come funzionano davvero le cose in Italia. Da oltre un anno era divenuta palese l'inefficienza del servizio: solo undici trapianti nel 2011 nonostante le risorse investite nella struttura e nel personale altamente specializzato e sempre reperibile che, in passato,

aveva garantito un eccellente servizio agli ammalati. La decisione di intervenire è stata opportuna, ma la motivazione va ricercata in conflitti interni che duravano da anni ed erano divenuti ormai ingestibili, piuttosto che nella ricerca dell'efficienza e nell'interesse di un prezioso servizio pubblico. E può darsi abbia influenzato la scelta anche l'idea di risparmiare qualche milione di euro in una Regione che, a causa del deficit sanitario, rischia il temuto piano di rientro e il commissariamento. Motivazioni ben diverse da una logica razionale che richiederebbe la riorganizzazione complessiva del sistema trapianti. In Italia i centri per i trapianti d'organo sono più di cento, decisamente troppi,

e ci sono ben ventidue centri per il trapianto di fegato, più di uno per regione. Nel Lazio ce ne sono addirittura cinque, tutti concentrati a Roma, mentre in Lombardia quattro. Di tutti i centri, dati alla mano, un terzo risulta efficiente dal punto di vista sia clinico che economico, un terzo viene promosso solo per gli aspetti clinici e il rimanente andrebbe bocciato. Se a guidare le scelte di chi governa la sanità fossero la sicurezza per i pazienti e l'ottimizzazione delle risorse, di centri ne basterebbero solo tre, uno al Nord uno al Centro e uno al Sud. Un discorso simile vale per le strutture dedicate al trapianto di cuore e di rene, anche queste ridondanti e spesso poco efficienti ma intoccabili e nemmeno sfiorate dai piani di revisione della spesa sanitaria avanzati dal governo. Non sarebbe il momento perfetto per mettere mano in modo complessivo a queste costose distorsioni piuttosto che lasciare ai singoli assessori l'onere di decisioni sporadiche?

Cacciare il junk food cominciando dalle scuole

Grassottelli? Colpa delle lusinghe di pc e tv che ci fanno sedentari. E della diseducazione alimentare. Al convegno milanese (vedi "Quanto basta" di ieri) ha parlato anche un funzionario danese, Torbjorn Christensen. Dal 2009 la Danimarca ha introdotto una tassa su cioccolato, caramelle, bibite e gelati. Obiettivo: aumentare di 3 anni l'aspettativa di vita. Risultato: dal 2009 al 2011, essa è passata per le donne da 80,8 anni a 81,2 a 81,6; per gli uomini da 76,5 a 77,1 a 77,3. Meno zuccheri, meno grassi saturi; e la Danimarca non ha il problema dell'obesità, che invece ha l'Italia. Replica del vicepresidente del notissimo gruppo alimentare italiano organizzatore del convegno: «L'Italia, a differenza dell'Europa del Nord e degli Usa, non ha cibo spazzatura. E comunque, che cos'è esattamente questo junk food?». Potrebbe chiederlo ai danesi... «Meglio puntare sull'educazione al buon cibo e ai buoni prodotti». Intanto nei distributori automatici delle scuole ci sono le sue merendine. Non sarebbero più educative frutta e verdura? (2.fine)

di *Umberto Folena*



RICERCA

Nature, nuova scoperta sulla Sla

È stato pubblicato sulla rivista scientifica *Nature*, fra le più importanti voci mondiali della ricerca di settore, l'ultimo e fondamentale studio condotto da un team internazionale (e molto italiano) che ha portato alla scoperta di un nuovo gene che causa la Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), malattia neurodegenerativa che colpisce i motoneuroni determinando

la paralisi progressiva di tutta la muscolatura scheletrica.

Lo studio è stato condotto dal consorzio guidato dal prof. John E. Landers del dipartimento di neurologia dell'Università del Massachusetts grazie al contributo di due Istituti scientifici di eccellenza milanesi: l'Irccs Istituto Auxologico Italiano - Università degli

Studi di Milano - Centro Dino Ferrari, la Fondazione Irccs Istituto Neurologico Carlo Besta che si sono avvalsi della collaborazione dell'Università di Pisa.

Il team scientifico ha scoperto il legame tra la mutazione del gene Profilina 1 e la Sla. Il lavoro è stato realizzato grazie al finanziamento della Fondazione AriSla.

—© Riproduzione riservata—■

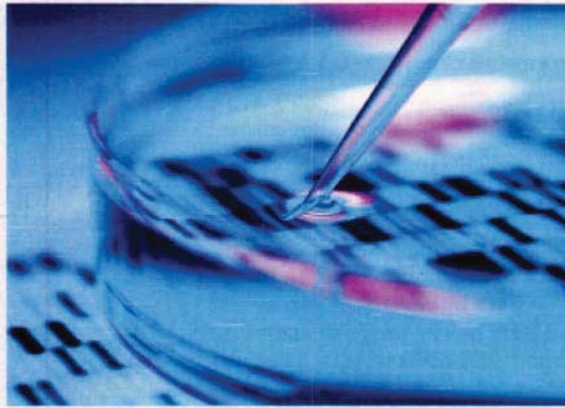


Ictus

Guerra al gene cattivo

L'ictus ischemico, che rappresenta circa il 30 per cento di tutti gli ictus e che è causato da un restringimento di alcuni vasi come quelli del collo e della testa, potrebbe avere un'origine genetica. L'indicazione è emersa dal più grande studio mai effettuato sull'argomento, coordinato dal Wellcome Trust di Londra e dall'Università di Oxford, ma condotto anche in Italia dai ricercatori dell'Istituto neurologico Besta dell'Istituto Ma-

rio Negri di Milano, e potrebbe cambiare la prevenzione e anche la terapia di quella che è la seconda causa di morte a livello mondiale, e la prima di invalidità. Nello studio sono state selezionate 10 mila persone che avevano avuto un ictus ischemico e 40 mila soggetti sani, e su tutti è stata compiuta un'accurata indagine genetica. Il risultato, pubblicato su "Nature Genetics", ha mostrato che chi aveva una certa variante di un gene (chiamato Hdac9) aveva anche un rischio doppio di andare incontro all'ictus ischemico (ma non a quello emorragico) rispetto a chi non presentava questo particolare gene. La buona notizia è che esistono già farmaci



diretti contro questo gene. E che la scoperta apre le porte a un approccio diverso alla malattia, come sottolinea Giorgio Boncoraglio, del Besta, responsabile della parte italiana dello studio: «Per i soggetti sani, la conoscenza di un tratto genetico che predispone alla malattia impone una maggior attenzione nel controllo dei fattori di rischio quali il fumo, l'obesità, la mancanza di esercizio fisico, la pressione alta, il diabete o il colesterolo elevato, e della loro eventuale correzione farmacologica. Inoltre, il fatto che non tutti gli ictus abbiamo la stessa componente potrebbe portare all'identificazione di nuove e più mirate terapie». **Agnese Codignola**