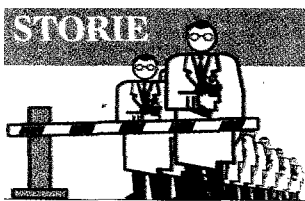


Rassegna del 13/09/2010

SOLE 24 ORE - Un futuro in corsia malgrado gli scandali - In corsia crescono le denunce - 1
Perrone Manuela



PAOLO DEL BUFALO
E MANUELA PERRONE

Un futuro in corsia malgrado gli scandali

Sarà il mito del Dr. House. O, banalmente, la garanzia del posto sicuro al termine di un percorso formativo né breve né semplice. È il fascino del "camice bianco", quello che spinge ogni anno migliaia di giovani diplomati ad affrontare la difficile roulette dei test d'accesso a corsi universitari dell'area sanitaria con probabilità di successo quasi da "6 al Superenalotto".

Professioni ambite. Ma anche

sotto i riflettori della cronaca. L'estate che si avvia al termine ne è un esempio, con una lunga (e preoccupante) lista di casi di *malpractice* - malasani, se preferite - che hanno visto coinvolti medici e strutture sanitarie, da Messina a Torino, da Roma a Matera. Non casi isolati, se è vero che per Asl e dottori le denunce corrono al ritmo di 30mila l'anno, con costi dei premi assicurativi arrivati a 450 milioni di euro.

Pensieri che, probabilmente, hanno solo sfiorato i 220mila candidati che quest'anno si sono condati a 37.679 posti dell'area sanitaria (medicina, odontoiatria e le 22 professioni sanitarie non mediche, dall'infermiere all'assistente sanitario), con il 10% di candidati in più dello scorso anno e il 250% in più rispetto a 14 anni fa. Ci sono sedi in cui per un posto hanno "gareggiato" in 30-40 candidati.

Gli altri fuori. Con un paradosso: tra qualche anno, oltre agli infermieri, dovremo importare dall'estero anche i medici. Perché la strategia del numero chiuso potrà rivelarsi un boomerang. A meno che non ci si affretti a ripensare la programmazione degli accessi.

Servizi > pagine 8 e 9

In corsia crescono le denunce

Aumentate del 10% quelle per responsabilità civile contro Asl e ospedali

Medici. Per evitare i pericoli si abbonda con la prescrizione di esami e farmaci

A rischio. Sette le aree più esposte alle contestazioni: in testa c'è ortopedia

Manuela Perrone

Cesarei nell'occhio del ciclone, giovani madri che perdono la vita in sala parto, litî tra medici, trasfusioni sbagliate, disservizi, indagini e sospetti. Da Messina a Matera, da Roma a Torino, l'estate buia della sanità ha riaperto i riflettori su una questione sempre "calda": la sicurezza negli ospedali e la responsabilità dei professionisti. Soprattutto al Sud, ma non solo. Con un'avvertenza d'obbligo: la cronaca di errori e negligenze rischia di esacerbare gli aspetti negativi del servizio sanitario, oscurando milioni di prestazioni di cui ogni anno usufruiscono i cittadini.

Al di là degli errori eclatanti, e in assenza di dati puntuali e ufficiali sulla cosiddetta *malpractice*, l'unica evidenza di cui si dispone è che negli ultimi anni la conflittualità tra medici e pazienti è aumentata. Secondo l'ultima rile-

vazione dell'Ania, l'associazione nazionale delle imprese di assicurazioni, tra il 1994 e il 2008 il numero di sinistri denunciati alle compagnie per le due coperture di area medica (responsabilità civile delle strutture sanitarie e responsabilità civile dei medici) è più che triplicato (da 9.567 a 29.597). A dispetto di quanto si pensa comunemente, dal 2008 al 2007 sono state le denunce nei confronti di Asl e ospedali a crescere (+10% soltanto dal 2007 al 2008, a quota 17.746) mentre hanno finalmente frenato quelle nei confronti dei singoli professionisti (-11,7%, a quota 11.851).

Eppure sono proprio i medici a subire i contraccolpi più pesanti. Sia in termini di costo dei premi assicurativi (che per Asl e professionisti sono lievitati in tutto dai 35 milioni di euro complessivi del 1994 ai 453 del 2007) sia a livel-

lo di immagine. L'Amami (l'Associazione per i medici accusati ingiustamente di *malpractice*) stima che l'80% dei chirurghi, nel corso della carriera, è raggiunto da un avviso di garanzia o da una richiesta di risarcimento danni. Ma stima anche che l'80% dei processi si risolve con l'assoluzione, soprattutto in sede penale.

Le aree specialistiche più a rischio denuncia sono sette, come si evince dal rapporto Pit Salute 2009 del Tribunale dei diritti del malato: ortopedia (17,5%), oncologia (13,9%), ginecologia e ostetricia (7,7%), chirurgia generale e oculistica (5,4%), odontoiatria (5,2%), emergenza e pronto soccorso (2,8%). La reazione dei camici bianchi è sempre la stessa: la medicina difensiva. Quell'atteggiamento per cui, pur di scansare ogni pericolo, si abbonda con la prescrizione di esami superflui e

farmaci inutili o addirittura ci si astiene da interventi ad alto rischio o si evitano pazienti particolarmente gravi. Da un'indagine della Società italiana di chirurgia è emerso che il 78% dei 307 chirurghi interpellati ha fatto ricorso a qualche forma di medicina difensiva.

Anche l'eccessivo ricorso al cesareo dipende, secondo la Società italiana di ginecologia (Sigo), proprio da questo. Uno studio condotto lo scorso anno dalla Sigo in oltre 200 centri ha messo in



evidenza come il ricorso al bisturi sia dettato nel 59% da «ragioni organizzative» e soltanto nel 32% da motivazioni cliniche. Chiarisce il presidente Sigo, Giorgio Vittori: «Per nove ginecologi su dieci è la paura di complicazioni medico-legali la prima causa del taglio cesareo in Italia». Pratica che non accenna a diminuire: in base agli ultimi dati sulle schede di dimissione ospedaliera 2009, i cesarei sono il 38,43% del totale dei parti, con il record del 62,24% in Campania e del 53% in Sicilia. Siamo lontani dal 15% raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità.

«Sono necessarie una bella manutenzione dei punti nascita e una formazione adeguata», dice Vittori. Che scagiona i medici: «Abbiamo tanti bravi ginecologi in un sistema che non sempre e non dappertutto funziona. Non è possibile sostenere punti nascita che fanno meno di 300-400 parti l'anno». Inevitabile, alla luce della cronaca, che la categoria si senta sotto torchio: «Siamo arrivati a pagare tra i 10mila e i 15mila euro annui per una polizza assicurativa, che tra l'altro è spesso insufficiente».

Mentre l'Istituto superiore di sanità sta accelerando la revisione delle linee guida sui cesarei, della sicurezza dei punti nascita si sta occupando la commissione parlamentare sugli errori sanita-

ri, presieduta da Leoluca Orlando, che ha inviato un questionario a tutti gli assessori regionali. «La soglia minima di parti per avere garanzia di servizi ottimali - ricorda Benedetto Fucci, coordinatore dell'indagine - è di almeno 800, 1.000 l'anno». Il 55% delle strutture italiane ne effettua meno. E proprio in quelle il cesareo va per la maggiore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI ULTIMI SCANDALI

Messina, 26 agosto

■ Una lite tra ginecologi al Policlinico di Messina avrebbe ritardato il cesareo su una donna di 30 anni, alla sua prima gravidanza. A causa delle complicazioni, la mamma ha subito l'asportazione dell'utero e il bimbo due ischemie cerebrali

Torino, 7 settembre

■ Una donna di 76 anni ricoverata alle Molinette di Torino muore dopo essere stata sottoposta a una trasfusione: per errore, la sacca di sangue era stata scambiata con un'altra di un gruppo sanguigno diverso dal suo

Matera, 8 settembre

■ Una donna di 32 anni, già mamma di una bimba di 3, muore all'ospedale di Policoro per uno shock emorragico dopo un parto cesareo gemellare avvenuto la notte prima

Dall'ambulatorio al tribunale

IL CONTENZIOSO

29.597

È il numero delle denunce alle compagnie di assicurazione, sia per la responsabilità civile delle strutture sanitarie sia per la responsabilità civile dei medici. Secondo l'Ania, tra il 1994 e il 2008 il fenomeno ha registrato una crescita del 200 per cento

CHI È NEL MIRINO

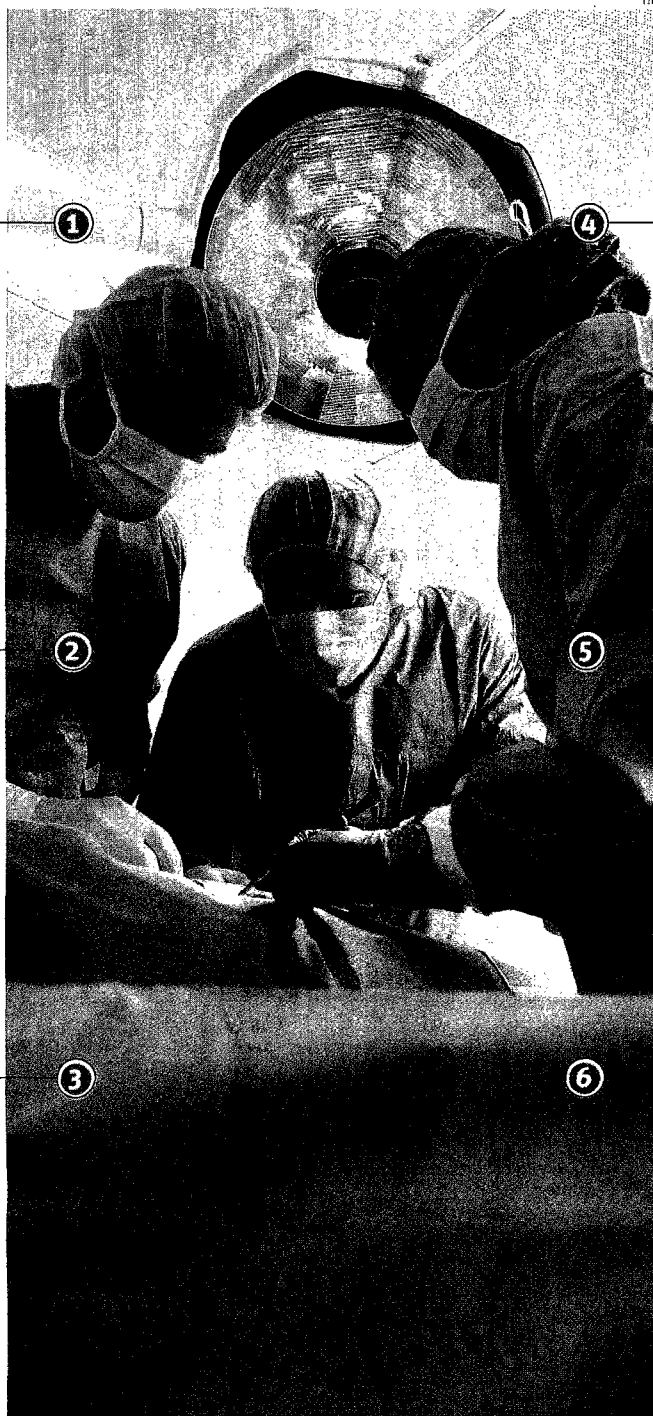
11.851

Sono le denunce ai singoli medici nel 2008, per la prima volta in diminuzione (l'anno precedente erano state 13.415). Le denunce ad Asl e ospedali continuano invece a crescere: 17.746 nel 2008, il 10% in più rispetto al 2007

I RISARCIMENTI

30.000 €

Il costo medio dei sinistri è impossibile da individuare a causa dei lunghi tempi di liquidazione. In ogni caso, l'Ania calcola - a esempio - che il costo medio dei sinistri verificatisi nel 1994 abbia raggiunto quota 30mila euro (mentre nel 2002 per gli stessi sinistri erano stati pagati mediamente 16.500 euro)



L'ATTESA

15 anni

Complici i tempi lunghi della giustizia (si stima che ogni anno nei tribunali arrivino 15mila nuove cause) trascorrono circa 15 anni prima che le compagnie di assicurazione abbiano liquidato il 95% dei sinistri denunciati.

IL COSTO DELLE POLIZZE

453 milioni di €

L'evoluzione del rapporto tra sinistri e premi evidenzia che, per alcuni anni, è stata abbondantemente superata la soglia del 300 per cento. Il costo complessivo delle coperture per Asl e medici è passato dai 35 milioni di euro del 1994 a 453 milioni del 2007

I PIÙ DENUNCIATI

17,5 %

Secondo l'ultimo rapporto Pit Salute del Tribunale dei diritti del malato, sono sette le aree specialistiche maggiormente interessate da presunti errori medici. Nell'ordine: ortopedia (17,5%), oncologia (13,9%), ginecologia e ostetricia (7,7%), chirurgia generale e oculistica (5,4%), odontoiatria (5,2%), emergenza e pronto soccorso (2,8 per cento)

IL CASO DELLA DONNA INCINTA PER CUI NON C'ERA UN'AMBULANZA

Neonato morto dopo il parto il giallo del medico irreperibile

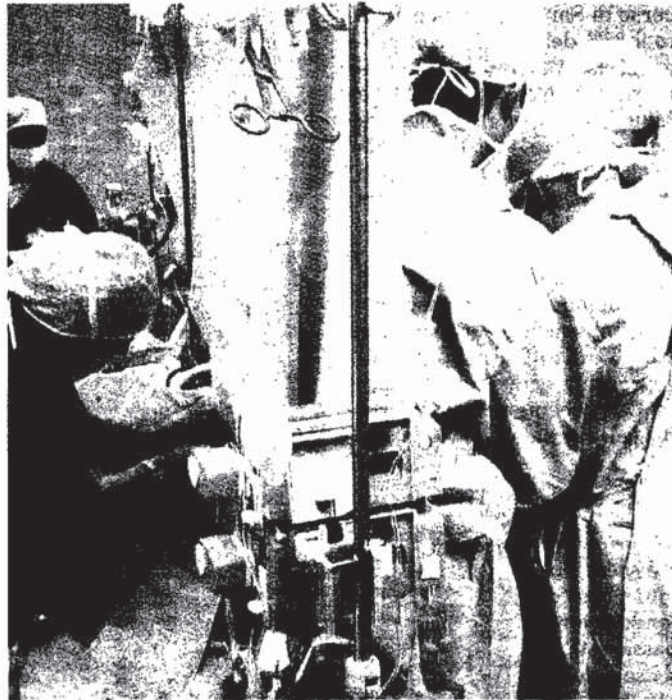
Padova, era di turno ma nessuno lo sapeva. L'ospedale: fatto gravissimo

FLAVIA AMABILE
ROMA

È il quarto caso di malasanità in sala parto in quindici giorni, ma la storia della notte in cui una donna è finita in coma e il suo bimbo che aspettava da sette mesi è morto, è ancora tutta da raccontare. Oltre all'ambulanza non concessa all'ospedale di Pieve di Sacco anche alla divisione ostetrica di Padova, si sono verificati problemi con un medico di turno che nessuno riusciva a trovare.

**Il direttore generale:
«Oggi prenderemo
i provvedimenti
necessari»**

La donna arriva a Padova con il marito alle 2,15 della notte del 2 settembre dopo una corsa in auto da Pieve di Sacco, una ventina di chilometri di distanza che a quell'ora e in quelle condizioni diventano molti di più perché sbagliano anche strada. Avrebbe avuto diritto ad un'ambulanza dicono ora in molti. All'ospedale di Padova dove sgranano gli occhi quando ascoltano il racconto della coppia sul fatto che a Pieve di Sacco hanno escluso ogni urgenza e alla ri-



In sala operatoria a Padova un'incredibile serie di errori

chiesta di un'ambulanza hanno risposto che era impossibile nonostante fosse a disposizione.

La sottopongono ad un'ecografia e alle 2,30, un quarto d'ora dopo il suo arrivo, la donna è in sala parto per un intervento cesareo urgente. Il medico di turno è Roberto Laganara. Il bambino nasce già in condizioni disperate, ma anche la

donna non è messa bene. E' in corso un'apoplezia utero placentare, Laganara si prepara ad un secondo intervento. Si tratta di un'operazione delicata, bisogna asportare l'utero e questo significa che la donna non potrà avere figli. Laganara fa quello che le regole prevedono, chiama il «reperibile», il dottore che ha dato la sua disponi-

bilità per quella notte, un superiore di grado, per chiedere una consulenza sia nella decisione sia - eventualmente - nell'intervento. Sul foglio di servizio è scritto il nome di Donato D'Antona, 43 anni, professore associato all'università di Padova. Partono le telefonate, ma del «reperibile» nessuna traccia. L'intervento prosegue, i tentativi di rintracciare Donato D'Antona anche. Dopo un po' si decide di chiamare il professore Gianni Nardelli, direttore della Clinica Ostetrica. In dieci minuti Nardelli arriva, si rende conto della situazione, parla con il marito della donna per spiegargli che cosa sta accadendo. L'operazione viene completata togliendo l'utero alla paziente e frenando l'emorragia. Il direttore della clinica ha i contatti personali di D'Antona. E si scopre così che c'era stato un cambio di turno con un altro medico della divisione, Guido Ambrosini, anche lui 43 anni, professore universitario. Ma il personale non lo sapeva. E oggi la vicenda sarà oggetto di interventi disciplinari. Adriano Cestroni, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Padova non ha dubbi: «Prenderemo i provvedimenti disciplinari necessari. Quest'episodio è di una gravità inaudita».

www.lastampa.it/amabile



Principi. La giurisprudenza della Cassazione

Nel processo il paziente può far valere il rispetto del contratto

LA SENTENZA

Contratto

Per la Cassazione il rapporto tra il paziente e la struttura (ovvero il medico) ha natura contrattuale, in quanto l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (sentenza 1698/2006)

Onere della prova

La natura contrattuale del rapporto tra paziente e struttura ha come conseguenza, in caso di controversia legale, che il primo ha l'onere di dimostrare il contratto e l'insorgenza o aggravamento della patologia, mentre il convenuto deve dimostrare che non vi è stato inadempimento o che nessun danno è derivato al paziente (sentenza 577/2008)

Nesso di causa

Al paziente vengono risarciti i

Filippo Martini

La materia della responsabilità civile in ambito sanitario ha subito nell'ultimo decennio una vera e propria rielaborazione sulla base di un'evoluzione della giurisprudenza della Cassazione che ha fornito al paziente un maggior grado di tutela risarcitoria.

Già verso la fine degli anni novanta la Suprema corte aveva affermato che il rapporto tra paziente e medico o struttura sanitaria ha una natura contrattuale, in ragione proprio del "contatto sociale" che si crea tra il primo, che invoca il servizio medico, e i secondi, obbligati a fornire la prestazione con alto grado di diligenza tecnica (sentenza 589/1999).

L'inquadramento della prestazione sanitaria in un contesto contrattuale ha avuto immediate conseguenze in termini di onere della prova e di prescrizione del diritto al risarcimento del danno. Sotto il primo profilo, al paziente che oggi lamenta una responsabilità del medico è sufficiente dimostrare in giudizio il "contatto" con la struttura

danni che possano essere messi in relazione causale con il comportamento illecito, omissivo o commissivo del medico, secondo una valutazione di probabilità, ma, nel dubbio, il danno è sempre risarcibile (sentenza 1538/2010)

Cartella clinica

Nel caso in cui la cartella clinica si presenti incompleta o non perfettamente compilata, le conseguenze in termini di mancato accertamento dei fatti ricadono sulla struttura sanitaria (sentenza 1538/2010)

Perdita di chance

Il paziente ha diritto anche al risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione, intesa come possibilità di conseguire un risultato migliore di quello ottenuto (sentenza 4400/2004)

sanitaria, riferendo di averne tratto un pregiudizio alla salute, senza più doverne dimostrare la colpa. Il convenuto, medico o struttura, deve provare, invece, che il danno lamentato dal paziente non è riferibile a un proprio inadempimento o che non può essere messo in relazione causale con il proprio operato (sentenza 3520/2008).

Sul piano della prescrizione del diritto al risarcimento del danno, la natura contrattuale del rapporto fa sì che l'azione giudiziale possa essere intrapresa dal paziente insoddisfatto anche dieci anni dopo l'errore medico. Anche in tema di nesso causale tra l'azione (o l'omissione) colpevole e il danno alla salute in capo al paziente, la giurisprudenza della Cassazione si è data, nella materia civile, regole in parte difformi dai principi generali della colpa. In ogni contenzioso il giudice ha il compito di valutare - con il supporto della scienza - quali siano effettivamente i danni da porre in relazione causale con l'errore medico e quali siano invece conseguenze di una malattia contratta dal paziente. Tuttavia in tale attività di accertamento istruttorio, la giurisprudenza della Cas-

sazione ha qualificato il grado di probabilità sufficiente a condannare il sanitario a un livello di semplice possibilità, ove invece per condannare in sede penale un medico occorre sia raggiunta una prova sul nesso causale «oltre ogni ragionevole dubbio» (sentenza 584/2008).

Sempre di recente i giudici del Supremo collegio hanno altresì ritenuto in colpa il sanitario persino quando non sia possibile stabilire un grado accettabile di relazione causale tra l'errore e il danno, nel senso che il rischio dell'incertezza probatoria deve ricadere sul soggetto obbligato alla prestazione sanitaria e non sul paziente (sentenza 1538/2010).

La colpa del medico o della struttura è stata altresì affermata nelle ipotesi in cui non sia stato provato un danno emergente, ma solo quando il paziente abbia riferito di avere perso una semplice chance di guarigione (sentenza 4400/2004) ovvero quando non sia possibile svolgere delle indagini esaustive sulla vicenda sanitaria per carenze documentali della cartella clinica (sentenza 577/2008).

Le decisioni degli ultimi anni hanno spostato la barra della dialettica processuale a svantaggio della struttura sanitaria o del medico, che devono in effetti farsi carico di provare, sotto ogni profilo clinico e deontologico, che il danno lamentato dal paziente non sia loro imputabile in minima parte, finendo talvolta col risarcire anche danni che non siano con certezza riferibili al loro operato.

La scelta della giurisprudenza di fornire un tale alto livello di tutela a favore degli utenti del servizio sanitario è giustificata con la necessità di privilegiare il valore del bene primario della salute, ma non vanno ignorate

le ricadute del sistema in termini anche socio-economici.

Viene spesso paventata la diffusione delle pratiche di "medicina difensiva", con il professionista che sceglie solo trattamenti con basso grado di rischio per il paziente. Al tempo stesso, vengono denunciate le carenze di camici bianchi in branche della sanità soggette oggi a maggiore esposizione al contenzioso da malpractice (ginecologia, anestesologia, eccetera).

Non estraneo a quanto illustrato è anche il fenomeno della crescente difficoltà di reperire sul mercato assicurativo operatori e prodotti disposti a offrire, a costi sostenibili per il sistema, la copertura della responsabilità professionale di strutture e di medici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ONERE DELLA PROVA

Spetta al professionista o alla struttura dimostrare che non si sono verificati inadempimenti o errori nei confronti del malato



ANALISI

Patto di solidarietà per frenare le controversie

di **Giovanni Comandé**

Imedia sono sempre più interessati alla responsabilità per danni realizzatisi in occasione di una prestazione sanitaria. La notizia, come è accaduto anche in questi giorni, si accompagna alla denuncia di sacche di inefficienza e rissosità presso le strutture sanitarie pubbliche o private nonché di casi di colpevole e crassa negligenza da parte di singoli professionisti.

Stando al numero di sentenze di responsabilità sanitaria pubblicate dalle riviste specialistiche, verrebbe da pensare che la nostra sanità viva una profonda crisi qualitativa che la spinge al centro dell'universo della responsabilità civile.

Tuttavia, questa centralità non è certo frutto di una morbosa attenzione mediatica né di una generale diminuzione del livello qualitativo della sanità italiana (invero regionale). L'innovazione tecno-scientifica è in buona parte alla base della crescita della responsabilità sanitaria e del suo focalizzarsi sempre più sui suoi profili di responsabilità istituzionale, che di norma coinvolge le strutture di cura piuttosto che il singolo operatore sanitario.

Oggi, nella realtà delle corti la responsabilità (finanziaria) di un danno è sempre meno legata al medico e sempre più alla struttura in cui agisce, prendendo la forma della cosiddetta responsabilità per difetto di organizzazione. Le prestazioni sanitarie sono sempre più complesse e incisive: un malfunzionamento tecnico o una diagnosi semplicemente ritardata può avere conseguenze più gravi che in passato. Ciò, con l'aumento delle aspettative dell'utenza, si è associato al venire meno dell'aura di sacralità propria del medico e a un cresciuto ruolo del paziente nelle scelte terapeutiche.

In questo scenario non è casuale che i numeri del contenzioso si dicano più elevati laddove migliore è la sanità né che gli

standard di diligenza abbiano, per varie vie, mosso verso un minore ruolo della colpa individuale: più che di responsabilità medica si parla infatti di responsabilità (della struttura) sanitaria, di gestione del rischio clinico e monitoraggio degli eventi avversi per evitare che mancanze momentanee, o errori sistemici, possano creare una sequenza di buchi nell'erogazione della prestazione sanitaria attraverso cui il rischio di danno si materializza. È di James Reason l'immagine di un formaggio gruviera attraverso i cui buchi l'errore si trasforma in tragedia.

A fronte dell'attivismo giurisprudenziale, che a prestazioni standard tra i sistemi sanitari regionali associa livelli di diligenza standard, i tentativi di risposta normativa hanno finora assunto il sapore della reazione corporativa a un'offensiva risarcitoria montante, perdendo di vista che per difendere la salute del paziente bisogna mettere il medico in condizioni di servirlo al meglio e per tutelare il medico bisogna garantire l'alleanza terapeutica con il paziente. Altrimenti si stimola solo un malsano contenzioso che fa lievitare i costi assicurativi e suscita inefficienti reazioni da medicina difensiva, con l'effetto perverso di un ulteriore contenimento delle risorse disponibili per curare i pazienti.

Quasi per errore, però, il decreto legislativo 28 dello scorso marzo prevede (oggi facoltativamente ma dalla prossima primavera obbligatoriamente) che «chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di (...) risarcimento del danno derivante (...) da responsabilità medica» è tenuto ad esperire un procedimento di mediazione, di cui si attendono i regolamenti attuativi. La mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale rilevabile anche d'ufficio.

Se si lascia momentaneamente da parte il profilo della re-

sponsabilità penale, anche questa sola innovazione normativa, se ben gestita, può già contribuire a ridurre il ruolo di fattori di rivalsa dovuti a cattiva informazione prima e dopo la prestazione sanitaria.

Se poi i propositi di riforma puntassero ad agevolare la distinzione tra danni inevitabili, di cui eventualmente dovrebbe farsi carico la solidarietà, e danni evitabili, per i quali la struttura con adeguati meccanismi di garanzia finanziaria o assicurativa potrebbe fornire copertura salvo rivalsa per le responsabilità personali gravi accertate, si potrebbe avviare un patto di solidarietà tra tutti gli attori della sanità.

Una riforma di "pacificazione" e di convergenza di tutti gli interessi coinvolti eliminerebbe il contenzioso non fondato su effettive responsabilità e promuoverebbe un sistema che tutela la persona all'insegna della sua dignità e del principio costituzionale di tutela della salute.

gico@sssup.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VUOTO LEGISLATIVO

L'unica novità è quella che subordina l'azione giudiziaria al tentativo di mediazione



Scambio di siringhe, bimbo vaccinato con un anti-tumorale

PADOVA- A un bimbo di cinque mesi è stato somministrato per errore un vaccino sbagliato, che invece era destinato alla sorella di 11 anni per prevenire il tumore all'utero. A presentare denuncia ai carabinieri è stata la madre, che mercoledì scorso aveva accompagnato i due figli al distretto sanitario di Limena (Padova) per far vaccinare il piccolo contro poliomelite e difterite e la sorella più grande contro il papilloma virus (Hpv).

Il bambino finora non ha accusato problemi e al momento sta bene ma sarà monitorato per un mese per controllare l'eventuale comparsa di effetti collaterali, su cui ancora non ci sarebbero sufficienti conoscenze scientifiche, soprattutto nel caso di un maschietto così piccolo.

Un «grave errore» dovuto molto probabilmente alla cattiva organizzazione del lavoro, anche se molto probabilmente non avrà conseguenze sulla salute del bambino: così il farmacologo Silvio Garattini ha commentato lo scambio la vicenda dello scambio di siringhe.

«Non dovrebbero esserci grandi problemi perchè si tratta di una vaccinazione come tante altre», ha osservato il direttore dell'istituto «Mario Negri» di Milano. Nemmeno l'età del bambino sarebbe motivo di preoccupazione perchè «le vaccinazioni si fanno abbastanza presto nella vita. Non dovrebbero esserci problemi, ma è comunque molto difficile fare previsioni», ha aggiunto.

«Tuttavia - ha rilevato Garattini - l'errore rimane tale ed è grave. Bisogna sempre controllare e dovrebbero essere separati molto bene gli spazi destinati a tutto ciò che serve per i bambini più piccoli. Non è solo un problema di attenzione, ma di organizzazione del lavoro».

L'errore umano, ha concluso l'esperto, «può capitare, ma è importante che gli spazi e il lavoro siano organizzati in modo da minimizzare gli errori».



**GARATTINI:
ERRORE GRAVE**

*Il direttore del "Negri"
però rassicura:
«Non ci dovrebbero
essere conseguenze»*



Nel Padovano

Bebé vaccinato per errore con farmaco antitumorale

PADOVA — Un vaccino per prevenire il tumore al collo dell'utero. Destinato a una bimba di 11 anni, e invece somministrato per errore a un piccolo di 5 mesi, suo fratello. È stata la madre, che mercoledì scorso aveva portato i figli al distretto sanitario di Limena (Padova), a denunciare l'accaduto ai carabinieri; entrambi dovevano essere vaccinati — il piccolo contro poliomielite e difterite, la grande contro il papilloma virus (Hpv) — ma incredibilmente le siringhe sono state scambiate. Per ora il bebé sta bene e non ha accusato problemi di sorta, come riporta il *Mattino di Padova*; ci vorrà un mese di monitoraggio medico, comunque, per escludere l'eventuale comparsa di effetti collaterali. La somministrazione del vaccino su un soggetto così giovane, e di sesso maschile, è un caso sul quale non ci sarebbero ancora sufficienti conoscenze scientifiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



giore precisazione della sede di anomalia nel funzionamento cellulare. In base a come il radiofarmaco si è distribuito nel tessuto oggetto della scintigrafia, noi medici possiamo stabilire lo stato di salute dell'organo. Molte sono le scintigrafie che si possono effettuare, e le più frequenti sono quella ossea, volta a rilevare anomalie o patologie a livello dell'apparato scheletrico, la scintigrafia tiroidea, con la quale si riesce a valutare la morfologia e la funzionalità della tiroide, e la tomo scintigrafia miocardica, attraverso la quale si possono avere importanti dati relativi al rischio in pazienti colpiti da patologie cardiache».

Per quanto riguarda la PET, «il suo utilizzo permette spesso di individuare precocemente alcune patologie e di stabilire le terapie mediche o chirurgiche più appropriate - aggiunge il dottor Ciocia -. In questo campo, l'utilizzo diagnostico della PET è

importante non solo per individuare il tessuto tumorale, ma anche per valutarne accuratamente l'estensione. E per avere informazioni in tempo quasi reale sull'andamento di una terapia: se le cellule non consumano più zucchero (anche quello reso radioattivo per la PET) significa che stanno riducendo la loro replicazione o stanno perdendo la loro vitalità; quindi si può affermare che il paziente risponde in modo positivo alla cura». Scintigrafia o PET non sono esami che richiedono al paziente una preparazione particolare. Per la PET con FDG è necessario il digiuno, per alcune scintigrafie la sospensione dei farmaci, secondo le istruzioni del medico.

In ogni caso di gravidanza, sospetta o presunta, o durante l'allattamento, è importante avvertire il medico nucleare prima di fare l'esame per valutare le necessarie limitazioni o il possibile rinvio.

DISABILI SEMPRE PIÙ ULTIMI

LE NUOVE NORME SUL DIRITTO AL LAVORO

Augusto Battaglia
PD, PROGETTO NON AUTOSUFFICIENZA



Nuove nubi all'orizzonte per i disabili. Non bastava il penoso e goffo tentativo del decreto Tremonti di tagliare indennità di accompagnamento ed assegni di invalidità civile, sventato dalla grande mobilitazione delle associazioni dei disabili e delle loro famiglie. Ora è arrivato il Decreto 102 che rischia di compromettere irrimediabilmente il diritto al lavoro.

L'articolo 5, infatti, al punto 7, mescolate alle misure sulle missioni militari internazionali, recita quattro righe destinate a determinare conseguenze drammatiche sul collocamento obbligatorio dei disabili.

D'ora in poi gli avviamenti al lavoro di orfani e vedove di vittime del terrorismo e della criminalità organizzata, e di soggetti equiparati come i superstiti delle vittime sul lavoro, avranno precedenza su ogni altra categoria, non saranno contenuti entro la quota di legge dell'1 per cento ed andranno inevitabilmente ad occupare i posti riservati ai disabili. Con quattro righe il Governo Berlusconi assesta un durissimo colpo ad una norma di civiltà, la legge 68 del 1999, frutto di un lungo lavoro parlamentare e per la quale i disabili italiani hanno lottato per più di vent'anni.

C'è da augurarsi che il tutto sia l'esito indesiderato del "combinato-disposto" di più norme, fra tutte la 407 del 1998 e la 244 del 2007, nate dal lodevole e condiviso intento di tutelare persone pesante-

mente colpite da eventi drammatici. Ma il diritto di queste non è pensabile possa fondarsi sulla negazione di quello, altrettanto legittimo, dei disabili, per i quali le possibilità di lavoro sono limitate di fatto al solo collocamento obbligatorio. Andrebbe allora precisato che la nuova disposizione non intacca il 7 per cento di posti ad essi riservati.

Se invece la decisione è consapevole, difficile fuggire i sospetti su una malcelata volontà di limitare il diritto al lavoro dei disabili. D'altra parte questo Governo ha già abrogato il certificato di ottemperanza al collocamento obbligatorio, previsto, pena esclusione, per le imprese che operano con la pubblica amministrazione, sostituito da una più vaga autocertificazione. Ha ridotto al lumicino le ispezioni in materia. Ritarda la relazione al Parlamento sull'attuazione del collocamento obbligatorio.

Il Governo chiarisca. E' quanto già chiedono i servizi per l'impiego, palesemente disorientati dalla nuova norma. E, soprattutto, lo faccia presto, perché in mancanza di chiarimenti non si farebbe attendere la reazione delle associazioni dei disabili, che non sono certo disposte a subire passivamente l'ennesimo, inaccettabile, attacco ad un sacrosanto diritto costituzionale: il lavoro. ♦




Malati & malattie

Gloria Sacconi Jotti

Sono dodici milioni gli italiani che soffrono di dolori cronici

Si è svolto recentemente a Firenze il summit interdisciplinare Impact 2010, durante il quale le Istituzioni e circa 45 Società scientifiche hanno discusso la concreta attuazione della Legge n 38/2010 sulle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore. È emersa in modo deciso la richiesta di definire i sistemi di misurazione e cura del dolore adatti a ciascun settore terapeutico e predisporre adeguati programmi di formazione per diffonderne l'applicazione ed arrivare ad uniformare la pratica della misurazione del dolore e relativa terapia, in ciascun settore terapeutico. In sostanza, geriatri, neurologi, ortopedici, pediatri, oncologi, medici internisti, chirurghi, medici di medicina generale, infettivologi hanno espresso la medesima necessità di una specifica educazione alla cura del dolore, chiedendo l'inserimento nel corso di laurea in medicina di un corso ad hoc sul dolore e, a livello post universitario, corsi di forma-

zione per gli specialisti. Inoltre, è stata evidenziata la necessità di un maggiore collegamento dell'ospedale al territorio, segnalando che sarebbe opportuno che alla dimissione del paziente dall'ospedale, si dessero indicazioni per chi dovrà curare e seguire lo stesso sul territorio. In Europa sono 75 milioni di persone, ovvero il 19% della popolazione adulta, ad essere interessate dal problema del dolore cronico, in particolare le donne, tanto che ne soffre circa un terzo di tutte le casalinghe europee. Nel nostro Paese, terzo in Europa per frequenza di casi, dopo Norvegia e Belgio e primo per quanto riguarda la frequenza di dolore cronico severo, il problema colpisce più di 12 milioni di pazienti. Si tratta di un fenomeno dal forte impatto sociale: il dolore cronico è infatti una delle principali cause di consultazione medica. Come sottolinea il professor Guido Fanelli, coordinatore della commissione terapia del dolore e cure palliative del ministero della Salute, la legge 38 del 15 marzo scorso riconosce il dolore cronico come malattia e non solo come sintomo. Medici ed infermieri dovranno misurare e segnalare in cartella il dolore riportato dai pazienti e dei farmaci impiegati. È semplificata la prescrizione dei farmaci oppioidi. Si prevede una rete assistenziale sul territorio per il dolore cronico con Centri di terapia del dolore ed una seconda rete per i pazienti in fase terminale.



► **Pandemie** Il sociologo Massimiano Bucchi analizza l'importanza dell'informazione nella gestione delle emergenze sanitarie

«I media oscillano troppo fra allarmismo e rassicurazione»

Cresce l'attenzione

«Eppure la sensibilità dei lettori per scienza, tecnologia e medicina è in costante ascesa»

I timori sono altri

Il timore per le pandemie è vivo, ma è preceduto da quelli per l'inquinamento e i mutamenti climatici

In principio furono la "mucca pazza" (o encefalopatia spongiforme bovina, Bse) e l'influenza aviaria (o epidemia da virus H5N1). Poi, il 2009 è stato l'anno della "suina", altrimenti nota come influenza A, causata dal virus H1N1.

Nell'ultimo decennio almeno tre pandemie hanno scatenato il panico in tutto il mondo, causando morti e gravi danni all'economia.

E i mezzi d'informazione come si sono comportati? «Non nel migliore dei modi» risponde Massimiano Bucchi, professore di Scienza Tecnologia e Società all'Università di Trento, fra i relatori della Sesta Conferenza Mondiale sul Futuro della Scienza organizzata a Venezia, dal 19 al 21 settembre, dalla Fondazione Umberto Veronesi. «Il fatto è — prosegue l'esperto — che i mass media non si percepiscono come distributori d'informazioni risolutive e oscillano tra allarme e rassicurazione, senza mai mettere la parola fine».

Giornali, radio o Tv, nostrani o internazionali, non c'è molta differenza: si forniscono ai lettori enormi quantità di notizie, senza che siano decisive. Insomma, non si prende una posizione chiara.

«Eppure scienza, tecnologia, medicina hanno sempre più spazio e l'attenzione e la sensibilità dei lettori per questi argomenti è in costante crescita» aggiunge Bucchi che, dati alla mano, sfata un mito: le materie scientifiche occupano un buon 11 per cento delle notizie pubblicate ogni anno sui principali quotidiani italiani. E ben il 67 per cento degli articoli che le riguarda transita sulla prima pagina dei siti

internet dei giornali. I dati che verranno presentati a Venezia sono il frutto del costante monitoraggio dell'Osservatorio Scienza e Società (sorto all'interno di Observa, un centro di ricerca attivo dal 2001) che attraverso un software appositamente creato archivia e analizza ogni giorno tutti gli articoli scientifici pubblicati online dai quattro principali quotidiani italiani (Corriere della Sera, Repubblica, Sole24 Ore e La Stampa). Da qui nascono anche le riflessioni sui rapporti tra pandemie e stampa, relativi in particolare agli articoli comparsi nel 2009 sull'influenza A.

«In occasione di un'epidemia — spiega Bucchi — i media tendono ad avere sempre lo stesso atteggiamento. Nonostante si tratti di virus che colpiscono in tutto il mondo, i giornali enfatizzano e drammatizzano a livello locale: contano i decessi nazionali, tralasciano le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, premono insomma su fatti e referenti nostrani. Poi, generalmente, si concentrano sull'epidemia negli umani, tralasciando l'origine animale del virus. Infine, passano da un allarme all'altro. Se inizialmente si punta sui pericoli del contagio animale, si passa poi a quelli per la salute umana per arrivare all'emergenza sul vaccino».

Rileggendo titoli e articoli, appare evidente che i toni oscillano tra grida d'allerta e rassicurazione. «Anche a causa degli intervistati, soprattutto medici (a scapito di virologi e ricercatori che sarebbero referenti più adeguati) — prosegue — che non si presentano come

un coro unanime, ma piuttosto come una polifonia. Il dissenso e la discussione interni al mondo scientifico arrivano sui giornali, anche perché le varie istituzioni e i loro rappresentanti cercano visibilità, e finiscono per confondere il pubblico. Così, per portare un po' di chiarezza si decide di ricorrere ai testimonial: dal Primo Ministro inglese che fece mangiare un hamburger alla figlia ai tempi della mucca pazza, agli spot con Topo Gigio, passando per politici, giornalisti, persone di spettacolo si tenta di rassicurare la platea. Ma lei, l'opinione pubblica, è di gran lunga più disincantata di quanto si creda. Secondo un sondaggio condotto da Observa nel 2010 su circa un migliaio di connazionali, il timore per virus e pandemie è vivo (lo prova il 23,8 per cento degli intervistati), ma è preceduto in graduatoria da ben altri problemi, quali l'inquinamento atmosferico dei centri urbani (primo in classifica con il 39,1 per cento) e i mutamenti climatici (secondo, con il 24,4)».

V.M.



federalismo e sanità

«Le aziende ci aiutino a ridurre gli sprechi»

Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio: «Per riallineare la spesa serve un uso appropriato dei farmaci e una costante revisione dei prezzi»



Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. LaPresse

■■■ SANDRO IACOMETTI

■■■ «Responsabilità e trasparenza». Sono queste, secondo Ferruccio Fazio, le due parole chiave per capire l'impatto del federalismo sulla sanità. «Ci sarà una maggiore responsabilità delle regioni sulla spesa», spiega il ministro della Salute, «la storia degli ultimi anni ci ha insegnato che le regioni che non hanno avuto disavanzi hanno offerto una qualità dell'assistenza migliore di quelle che hanno accumulato cospicui disavanzi». Contemporaneamente, prosegue Fazio, «diverrà più trasparente il rapporto tra quantità di risorse finanziarie richieste ai cittadini tramite le varie leve fiscali e il loro corretto utilizzo da parte delle amministrazioni regionali. Il federalismo sanitario oltre a eliminare gli attuali sprechi garantirà a tutti i cittadini l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza».

Il Cerm ha calcolato che se tutte le regioni si fossero già allineate ai costi standard invece che alla spesa storica il fondo nazionale avrebbe potuto già nel 2009 risparmiare circa 4 miliardi sui 107 spesi. Ma i tagli non andranno a scapito della qualità dei servizi?

Nelle analisi condotte dal Cerm e anche da altri istituzioni scientifiche universitarie, quale ad esempio l'Istituto Sant'Anna di Pisa, è stato evidenziato che nei vari settori della spesa sanitaria vi sono cospicui margini di recupero di efficienza. In altre parole si

può spendere meno di quello che oggi si spende. Tuttavia in questa maggiore spesa vi sono due componenti di parità che occorre tenere ben distinte. La prima si riferisce a veri e propri sprechi che vanno semplicemente eliminati. La seconda invece si riferisce a linee di erogazione di servizi offerte talvolta a scapito di altre prestazioni comunque necessarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza. In questo secondo caso si tratta di una spesa che non va eliminata ma riqualificata.

Le industrie farmaceutiche temono che la lotta agli sprechi si traduca in una riduzione dei farmaci rimborsabili. È così?

Non è prevista alcuna riduzione dei farmaci rimborsabili, il costo fissato dall'Aifa è uno dei più bassi d'Europa. È prevista invece una maggiore appropriatezza prescrittiva grazie alla quale risparmiare risorse per l'utilizzo di farmaci innovativi.

I contraccolpi sulla spesa farmaceutica per le aziende ospedaliere, però, saranno inevitabili...

Dobbiamo partire da una considerazione importante: la maggior parte dei farmaci innovativi sono per



loro natura destinati a un uso ospedaliero. Risulta quindi evidente come sia indispensabile trovare le risorse economiche per sostenere la spesa ospedaliera regionale. Tutto ciò che costituisce il futuro della cura delle patologie più importanti non potrà che essere gestito in ambito ospedaliero. Esiste, quindi, prima di tutto un problema circa la congruità dell'attuale valore di riferimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Un problema, tuttavia, che deve essere affrontato combattendo con forza ogni forma di spreco e di uso inappropriato dei farmaci. È necessario che ogni Asl e tutte le Regioni utilizzino quegli strumenti di appropriatezza prescrittiva e di rimborso condizionato con cui l'Aifa ha autorizzato l'immissione in commercio dei farmaci più costosi. In ultima istanza, è doveroso che ogni azienda farmaceutica partecipi attivamente ad una revisione costante dei prezzi dei propri prodotti, adeguando gli stessi ai volumi di vendita progressivamente guadagnati evitando così che sia necessario ricorrere a manovre straordinarie, quando una costante gestione può garantire la sostenibilità del sistema.

Pensa che puntare sui generici può essere un modo per riallineare la spesa?

Il farmaco generico ha un valore imprescindibile per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale poiché rende disponibili le risorse necessarie a garantire un accesso sempre più ampio ai farmaci. La scelta del generico da parte del medico prescrittore e del cittadino non deve rappresentare solo un mezzo di contenimento della spesa ma deve diventare un fenomeno e un atteggiamento culturale di utilizzo responsabile delle risorse comuni.

Prima dell'estate ha condiviso le richieste dell'industria farmaceutica sostenendo di preferire alle gare per selezionare i farmaci generici più convenienti una riduzione progressiva del prezzo. Quale sarà la procedura?

La procedura è chiarissima ed è contenuta nel comma 9 dell'articolo 11 della legge Finanziaria. L'Aifa avrà il compito di operare una ricognizione dei prezzi vigenti nell'Ue e conseguentemente dovrà fissare un prezzo massimo di rimborso per confezione. L'obiettivo è quello di attivare un circolo virtuoso che spinga le aziende ad abbassare autonomamente il prezzo di vendita al pubblico.

I disagi

Farmaci, arriva il superticket

Arriva il superticket per i farmaci. Il decreto è quasi pronto e il vice di Caldoro, Giuseppe Zuccatelli, nei panni di commissario alla Sanità dovrebbe firmarlo tra lunedì e martedì per far sì che gli aumenti scattino dal 15 settembre. L'aumento del ticket (che dovrebbe restare in vigore sino al 31 dicembre 2011) si è reso necessario per far fronte al debito della sanità, accertato in 5,5 miliardi di euro. Gli incrementi potrebbero arrivare fino a due euro per ricetta. Si tratta, però, sulle fasce di reddito che saranno esentate dal rincaro.

> A pag. 43

Aumento del ticket sui farmaci si tratta sulle fasce di reddito

Il caso

Lunedì la firma del decreto le misure al via dal 15 settembre
Incrementi fino a due euro

Ultimi ritocchi al decreto che introduce l'aumento del ticket sui farmaci. Caldoro è al lavoro con il suo vice Giuseppe Zuccatelli e nei panni di commissario alla Sanità dovrebbe firmare il decreto tra lunedì e martedì per far sì che gli aumenti scattino dal 15 settembre, come del resto aveva anticipato Il Mattino lo scorso agosto.

L'aumento del ticket (che dovrebbe restare in vigore sino al 31 dicembre 2011) si è reso necessario per far fronte al debito della sanità, accertato in 5,5 miliardi di euro. In realtà si tratta di un ulteriore aumento perché già da quattro anni i campani pagano per ogni ricetta un ticket che va da cinquanta centesimi a un euro. Stando al decreto il ritocco va da un minimo di uno (per redditi inferiori ai 22mila euro) a un massimo di due euro (per i redditi superiori ai 22mila euro). L'aumento non toccherà disoccupati, pensioni minime e sociali, reddito Isee fino a 10mila euro tenendo conto delle condizioni familiari. Tuttavia in queste ore i tecnici stanno valutando, da un lato, di allargare la platea degli esenti e, dall'altro, di differenziare ulteriormente le fasce di reddito. Non è scon-

tato che si possa fare perché comunque bisogna stare dentro i parametri indicati dal piano di rientro. Quanto alle prestazioni specialistiche (analisi di laboratorio diagnostica per immagini, cure termali, riabilitazione) l'aumento va da un minimo di 5 a un massimo di 10 euro. Il gettito previsto attraverso l'intervento sui ticket è calcolato in 200 milioni l'anno.

La sanità campana è alle prese con numeri da brivido. Detto dell'indebitamento pari a 5,5 miliardi di euro, il solo disavanzo al 31 dicembre 2009 ammonta a 800 milioni. C'è poi da fare i conti con la crisi di liquidità: alla fine di luglio la tesoreria della Regione aveva in cassa solo 500 milioni. Pochi se si pensa alle anticipazioni dovute dalla giunta alle Asl che si ritrovano con i conti correnti pignorati dai creditori per 1,5 miliardi. Con l'aumento del ticket (che segue quello delle aliquote Irap e Irpef) e con l'attuazione del piano ospedaliero la Regione proverà a convincere il governo a liberare le risorse che spettano alla Campania. In particolare, 2,5 miliardi del fondo sanitario nazionale e 500 milioni dei fondi Fas. Il prossimo tavolo tecnico è previsto a Roma all'inizio di ottobre. La Regione si presenterà con un fardello appesantito dai debiti ma anche dalle proteste: i farmacisti sono in sciopero, i centri diagnostici e di riabilitazione erogano solo prestazioni a pagamen-



Giuseppe Zuccatelli, sub-commissario della Sanità

p.mai.

