

Foggia Le culle erano vicine, trenta indagati Puglia, sanità sott'accusa La morte di due neonati

Due neonati sono morti a meno di una settimana di distanza l'uno dall'altro negli Ospedali Riuniti di Foggia. I piccoli erano in due culle adiacenti nel reparto di terapia intensiva neonatale.

Giorgia Mavilia era nata il 16 dicembre con un parto cesareo programmato ed è spirata 2 giorni dopo. Samuele Volpe era venuto al mondo ugualmente con un cesareo il 22 dicembre ed è morto il 24, appena dopo il battesimo. Sulla vicenda ha aperto un'inchiesta la Procura della Repubblica di Foggia che ha indagato, tra personale sanitario e non, una trentina di persone. A Bari un ottantenne è morto cadendo dall'ambulanza.

ALLE PAGINE 18 E 19
Balenzano, Marrone
L. Salvia

Il caso Denuncia delle famiglie. Altre donne in attesa del parto hanno cambiato struttura

Due neonati uccisi da infezione A Foggia 30 indagati in ospedale

Erano vicini di culla. La direzione: episodi non collegabili

DAL NOSTRO INVIATO

FOGGIA — Le due cullette sono ad un metro l'una dall'altra. Lì dentro hanno dormito, pianto e sofferto Dio solo sa quanto Giorgia e Samuele. Dietro la grande vetrata di solito ci sono i parenti che fanno la fila e discutono sulla somiglianza con mamma o con papà. Adesso non c'è nessuno.

Anche gli infermieri abbassano lo sguardo nel reparto maternità al secondo piano dell'ospedale di Foggia. E c'è solo silenzio tra

queste pareti colorate con i pupazzi disegnati sopra le porte. Giorgia Mavilia e Samuele Volpe sono morti ad una settimana di distanza, vicini come le loro culle. E adesso l'inchiesta aperta dalla Procura della città pugliese dovrà accertare cosa è stato a portarli via dopo poche ore: un'infezione presa in ospedale, come sostengono i genitori che hanno presentato denuncia, oppure i problemi che i

due piccoli avevano manifestato subito dopo la nascita, come dicono i medici.

I risultati delle due autopsie parlano di setticemia, un'infezione che può avere origini diverse, anche un'operazione chirurgica o dei trattamenti non perfettamente sterili. Ma non è ancora chiaro, al momento, se la colpa sia stata dei medici oppure se davvero non si poteva far nulla.

Giorgia era nata il 16 dicembre con un cesareo pro-



grammato. Le era stato diagnosticato il cosiddetto polmone umido cioè la presenza di liquido negli alveoli, un problema che rende difficile l'ossigenazione del sangue. Respirava male ma il trasferimento in terapia intensiva e una dose massiccia di antibiotici non sono bastati. La bimba è morta che aveva appena due gior-

ni, il 18 dicembre. Samuele è nato quattro giorni dopo, il 22 dicembre. Anche per lui un cesareo, ma in anticipo rispetto al previsto perché dentro la pancia della mamma non cresceva bene. Quando le ostetriche l'hanno messo sulla bilancia pesava un chilo e otto, comunque nella norma per un piccolo di sette mesi e mezzo.

I problemi sono cominciati il giorno dopo. La cartella clinica, agli atti dell'inchiesta, parla di enterocolite necrotizzante, un'alterazione dei tessuti intestinali che può colpire i neonati sottopeso e prematuri. Urlava nell'incubatrice, Samuele. A

quel punto il suo intestino era già perforato ed era entrato in peritonite. È stato operato d'urgenza, un intervento delicato per chiudere quella perforazione e ferma-

nascono 2.500 bambini l'anno e a partorire vengono anche da fuori regione. Ma quello che è accaduto prima di Natale ha creato il panico e, nelle ultime ore, alcune donne in attesa hanno preferito farsi trasferire.

Il direttore sanitario ha aperto un'inchiesta interna e difende l'ospedale: «L'ipotesi che ci sembra più probabile — dice Deni Procaccini — è quella di due fatti dolorosissimi ma tra loro non collegati». E la setticemia di cui si parla nei risultati delle due autopsie? «Potrebbe essere una conseguenza delle patologie che i due piccoli avevano». A chiarire come sono andate davvero le cose sarà l'inchiesta della Procura.

«Speriamo sia fatta luce al più presto», dice l'avvocato Michele Curtotti che assiste le due famiglie. E lo chiedono anche due mamme e due papà che stanno ancora piangendo per un Natale che a loro ha portato solo dolore.

Lorenzo Salvia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

Le morti

Giorgia Mavilla (nella foto diffusa dai genitori) e Samuele

SE I BAMBINI SONO LE PRIME VITTIME DELLA MALASANITÀ AL SUD



Stanno diventando così frequenti i casi di malasanità in Italia, soprattutto al Sud, che fra poco, e purtroppo, potrebbero non «fare» più notizia.

È di pochi giorni fa la lettera di Fatima Bonanno, pubblicata dal *Corriere*, che denunciava la morte del suo bambino nel 2005 per un'ingessatura troppo stretta. Morte avvenuta nello stesso ospedale, l'Annunziata di Cosenza, dove gli ortopedici hanno ingessato, qualche giorno fa, il braccio sano, invece di quello fratturato, a Francesca, una bambina che era caduta accidentalmente da un divano.

Adesso la morte di due neonati, nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale di Foggia, riapre la questione degli errori nella sanità. Troppi. Così tanti e così concentrati in pochi giorni che hanno scosso anche il modo politico.

Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, auspica la realizzazione di un'Agenzia del garante per la salute con l'obiettivo di verificare la qualità delle cure e dei servizi prestati.

In altre parole: la politica sta cercando una terapia per un malato, il sistema sanitario che, soprattutto al Sud, è diventato un malato cronico.

Con qualche eccezione, come ha dimostrato una recente inchiesta del *Corriere*: anche da Roma in giù esistono esempi di eccellenza sanitaria, come la nefrologia a Reggio Calabria o la cardiocirurgia a Messina o la medicina generale a Cefalù all'ospedale San Raffaele, tanto per citarne alcuni. Ma è l'organizzazione, in generale, che non funziona. Dove esiste la buona volontà dei singoli, si possono ottenere risultati di tutto rispetto sia nel campo dell'assistenza che in quello della ricerca, ma dove il sistema è contaminato da interessi personali, da inefficienze gestionali, da croniche carenze organizzative, il rischio di «malasanità» è altissimo. Ed è ancora più alto quando si aggiunge la variabile «festività»: allora il disservizio diventa, come direbbero gli anglosassoni, «pericoloso per la vita». Appunto.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esponente del Pd

**Marino propone
il Garante della salute**



MILANO — «Nel nostro Paese è giunto il momento di istituire una struttura al di sopra delle parti con funzioni di Garante della salute». «La proposta — spiega Ignazio Marino (Pd) (nella foto), presidente della

Commissione parlamentare d'inchiesta su servizio sanitario nazionale — è contenuta nel ddl che ho depositato lo scorso 18 dicembre al Senato e che ha raccolto le firme di 60 senatori». L'articolo uno — ha precisato il senatore — prevede proprio l'istituzione di un'Agenzia con il compito di verificare la qualità delle cure e i servizi prestati dal Servizio sanitario con visite periodiche e non preventivamente annunciate presso le diverse strutture sanitarie, e sarebbe dotata di pieni poteri con la possibilità di chiudere i reparti ospedalieri o le strutture risultati non idonei».



IL FOCUS

Al Sud spese "folli" ma i servizi non ci sono

L'84% del disavanzo è imputabile per la Corte dei Conti alle regioni centro-meridionali

di CARLA MASSI

ROMA - Tra le ultime ad essere commissariate, Campania e Molise. Era estate, la scorsa estate. Entro giugno-luglio avrebbero dovuto presentare i conti della sanità in ordine e ripianare i debiti. Al governo, invece, gli amministratori si sono presentati con i bilanci ancora fuori controllo. Per questo, il commissario. Un documento del ministero del Welfare non lasciava spazi ad interpretazioni: l'andamento economico-sanitario delle Regioni del Centro-Sud, senza cambiamenti di rotta, avrebbe provocato, era scritto, «effetti devastanti».

Prendiamo i dati della Corte dei Conti per capire gli squilibri dell'assistenza sanitaria nel nostro paese. Per vedere quanto è profonda la crepa tra Nord e Sud. Quattro miliardi di euro il "buco" quantificato nel 2009 (basandosi su cifre 2008). L'84% (parliamo di oltre tre miliardi) è imputabile ai disavanzi delle Regioni centro-meridionali. Il Lazio è tra queste.

I perché del "buco" si cercano nell'organizzazione del lavoro quotidiano, nei fondi non utilizzati ma anche nei fondi utilizzati male, nella non chiusura degli piccoli ospedali, nei reparti elefantiaci nonostante le mille difficoltà di personale. Al ministero del Welfare una ricognizione l'hanno fatta: sarebbe troppo alto il tasso di ospedalizzazione e, soprattutto, solo in poche zone è stata attivata l'assistenza domiciliare in grado di "sgravare" le corsie. Ogni mille abitanti, è la media nazionale, se ne ricoverano circa 134. Al Nord la cifra si abbassa, in alcune zone, anche a 120 mentre da Roma in giù (ma anche nella Capitale) si va da 144 fino a quasi 180. Andiamo al Nord: qui i pazienti si dividono tra day hospital, ricoveri superbrevi, cure domiciliari e assistenza gratuita delle cooperative. Al Meridione, tutto questo, sta quasi solo sulla carta. Sta nei progetti che di anno in anno si rinnovano senza diventare realtà. Mentre gli anziani

continuano a crescere e le persone invalide chiedono tutele durante la giornata. Facciamo un confronto che riguarda proprio gli over 70: in regioni come la Lombardia o il Piemonte si contano dai 2500 ai 2800 posti letto

riservati per loro, in Campania si scende a poco più di 40 e in Puglia la situazione non è certo più felice.

Quella degli ospedali è una voce che fa lievitare i costi enormemente e, al tempo stesso, almeno sui registri, giustifica l'apertura di alcuni reparti. Giustifica l'accentramento del personale e il mantenimento di piccoli-grandi privilegi. Ricordiamo che il taglio dei letti viene determinato dallo scarso uso di questi. Se, invece, si riesce a dimostrare che i malati ci sono e che il turn over è regolare tutto diventa più difficile. Come dimostrano le lotte, la Puglia è capofila, che sono state ingaggiate tra gli amministratori che volevano tagliare e la popolazione che insisteva per avere l'ospedale sotto casa. Il documento del ministero del Welfare parla di «iperdotazione ospedaliera». Che vuol dire una inutile parcellizzazione dei servizi senza pensare ad accentrare le eccellenze. Ma, in molti casi, anche ad offrire i servizi base. Lente di ingrandimento sulla Sicilia. Chi si ammala di tumore nelle provincia di Enna, Siracusa. Caltanissetta, Trapani ed Agrigento non può contare sulla radioterapia vicino casa. Non hanno i macchinari. Nell'agosto del 2001 un accordo governo-regioni imponeva alle amministrazioni locali la riorganizzazione della rete ospedaliera. La Calabria ha avviato circa un anno fa il piano di riordino. E, proprio dalla Calabria, ancora si levano le urla di genitori che hanno visto i propri figli morire in ospedale per un mal di gola, una caduta, un'operazione di appendicite...

TANTI OSPEDALI, ECCESSO DI RICOVERI

IL TASSO DEI RICOVERI

In alcune zone della Sicilia manca perfino l'apparecchio per la radioterapia



Ogni mille abitanti, in Italia, si contano, in media, 133 ricoveri. Questa cifra arriva a quasi 180 al Sud mentre al Nord sfiora i 120

ASSISTENZA AGLI ANZIANI



Nelle regioni del Sud l'assistenza agli anziani è molto scarsa. Pochi anche i posti letto per loro: in Lombardia sono 2800, in Campania 40

LE DENUNCE IN OSPEDALE



Sono circa 15mila ogni anno le denunce contro i medici. Sono tre su 10 i pazienti che, per sbagli di trascrizione rischiano errori con i farmaci



L'INTERVISTA / ENRICO GARACI

«La lotta all'Hiv è a 360°, stiamo sperimentando un vaccino»



RICERCA Enrico Garaci è presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Gloria Sacconi Jotti

Dieci anni di ricerca. Dieci anni nel solco di una lunga tradizione rinnovata da una riforma che ha mutato il volto dell'Istituto Superiore di Sanità senza alterarne i tratti di autorevolezza, prestigio ed eccellenza e senza tradirne la missione di servizio pubblico diretto a tutelare la salute dell'intera collettività. Di questi ultimi due lustri, festeggiati a Palazzo Chigi insieme al Sottosegretario di Stato Gianni Letta ed agli ultimi quattro ministri della Salute e con la pubblicazione di un volume edito in collaborazione con l'Ansa, ne abbiamo parlato con Enrico Garaci, presidente dell'Istituto ed artefice, in un certo senso, della riforma varata dieci anni fa, che disegnò il nuovo Istituto, trasformando ciò che era un organo tecnico del Servizio Sanitario Nazionale in quello che oggi è anche un ente pubblico di ricerca dotato di autonomia scientifica ed amministrativa.

Professor Garaci, cosa era ieri l'Istituto e cosa è oggi, a dieci anni di questa riforma?

È la stessa eccellenza di ieri, con la stessa capacità di essere al fianco del Servizio Sanitario Nazionale, di fare una ricerca destinata a tradursi in nuove terapie, prevenzione, strumenti diagnostici precoci, da portare direttamente dal laboratorio al letto del paziente, ma con una marcia in più: la possibilità di fare sinergie con altre istituzioni, con aziende, qualora ci sia una coincidenza di interessi sulla salute pubblica, come è stato per esempio per la creazione di una banca dati per l'antibioticoresistenza, al servizio di tutta la sanità pubblica, per migliorare l'uso del farmaco ed ottimizzare la spesa sanitaria. Con la possibilità di ritagliarsi uno spazio di politica autonoma di ricerca scientifica, oltre a quella che deve rigorosamente fare al servizio di Ministero e Regioni.

Un lifting oppure un rinnovamento profondo?

Né l'una, né l'altra cosa. Di vecchio non abbiamo buttato quasi nulla, tranne, forse, una eccessiva burocratizzazione nei meccanismi amministrativi, che abbiamo cercato di rendere più flessibili ed adatti ad affrontare il panorama competitivo in cui oggi si sviluppa la ricerca scientifica. Direi piuttosto che siamo andati aggiungendo qualcosa. Lo stesso spirito di ieri nel supporto al Servizio Sanitario Nazionale, come sottolinea l'attuale stretta collaborazione nell'emergenza scattata con la diffusione dell'influenza A, ma con una capacità nuova di fare accordi nazionali ed internazionali. Un esempio per tutti quello del 2003 con i National Institutes of Health, di cui oggi stiamo già raccogliendo i frutti e nei quali è stato realizzato un importante filone di ricerca contro i tumori, attraverso lo studio dei micro-Rna e dei marcatori precoci di diagnosi, in un contesto scientifico innovativo che promette, con fondate speranze, cure non invasive e maggiormente mirate sul profilo genetico dell'individuo.

Una strada difficile come quella della lotta contro l'Aids?

La lotta contro l'Aids in Istituto è oggi a trecentosessanta gradi. Dal Registro che sorveglia l'andamento dell'epidemia in Italia fino al telefono verde per orientare i malati e le persone a rischio, agli studi sulle terapie, alla creazione di infrastrutture nei Paesi poveri, fino allo studio del vaccino contro il virus, che sta per varare la fase 2 di sperimentazione. Un orgoglio, quest'ultimo, non solo scientifico, ma anche etico. Il successo di un vaccino sarebbe l'unica risposta concretamente possibile per ridurre significativamente la mortalità nei Paesi in cui i morti per Hiv/Aids raggiungono cifre drammatiche, per motivi diversissimi, da quelli





La ricerca

Nuove terapie dal laboratorio al letto del paziente

Aids

Esiste anche un telefono verde per aiutare i malati

Autonomia

Dal 2001 sono stati registrati circa cento brevetti

Competitività

Il confronto migliora la qualità dell'assistenza

Orientamento

La scienza è fatta dagli uomini per gli uomini

culturali a quelli strutturali. Uno scenario che rende difficile programmare strategie efficaci di somministrazione di terapie alla popolazione.

La lotta alle malattie della povertà è antica quanto l'Istituto, che nasce grazie alla Fondazione Rockefeller con un programma per combattere la malaria. Ma oggi la tradizione di ricerca contro le malattie infettive continua e vanta addirittura lo studio di un vaccino universale.

Ernst Chain, che lavorò da noi, vinse il premio Nobel per le sue scoperte, insieme a Fleming, sulla penicillina ed organizzò la prima fabbrica pubblica di questo farmaco che fu il padre di tutti gli antibiotici. Oggi questa tradizione continua ed il vaccino universale contro l'influenza rappresenta uno studio importante, anche perché potrebbe aiutarci ad affrontare la minaccia costante dovuta alla capacità di molti virus di mutare rapidamente, mettendo in difficoltà le autorità sanitarie, che non sempre potrebbero essere in grado di intervenire tempestivamente nel caso di pandemie.

Uno dei volti più moderni dell'Iss è rappresentato dalla crescita del numero dei brevetti, un pianeta completamente nuovo per ricercatori pubblici al Servizio dello Stato.

Questo è uno dei frutti della riforma. Grazie all'autonomia amministrativa e scientifica è stato possibile promuovere il trasferimento tecnologico della ricerca, un campo in cui l'intero settore della ricerca è deficitario nel nostro Paese, in particolare quella pubblica. Dal 2001 ad oggi, grazie all'istituzione di un ufficio brevetti, si è letteralmente moltiplicato il numero delle proprietà intellettuali dell'Istituto, che oggi conta su 25 accordi industriali e circa cento brevetti. Uno stimolo per il ricercatore, i cui vantaggi però si riflettono sull'intera istituzione.

Tornando alla ricerca, tra le più moderne, frutto degli studi epidemiologici, c'è il cosiddetto «benchmarking» e cioè un confronto tra gli esiti delle prestazioni sanitarie, un'operazione molto diffu-

sa in America ed in molti Paesi Europei ed assolutamente assente in Italia. Come mai?

In Italia, dove la Sanità pubblica è molto forte, non c'è una cultura della competizione tra strutture in senso stretto: Ciò che noi abbiamo cercato di fare, per esempio, con gli studi sugli esiti della mortalità dopo gli interventi di by-pass aortocoronarico non è stato, però, per capire chi fossero i buoni ed i cattivi o piuttosto il più bravo della classe quanto, invece, per promuovere un confronto tra gli operatori, offrire dei dati perché ciascuno, riflettendo sulle condizioni in cui quei dati sono stati ottenuti, potesse migliorare le proprie prestazioni, riflettere sulle eventuali criticità e superarle. Un'operazione che non è stata né facile, né indolore, ma che continuerà attraverso altri studi su altre prestazioni sanitarie, poiché ci sembra un approccio importante e concreto non per favorire una cultura di mercato rispetto al valore delle strutture o delle prestazioni, ma per fornire strumenti utili al confronto ed alla discussione. Per migliorare la qualità dell'assistenza.

Tra gli eventi più recenti Gianni Letta ha ricordato a lungo i 100 anni della Montalcini e l'aula che le avete dedicato come una delle celebrazioni più emozionanti fatte in suo onore.

Abbiamo scelto di dedicare uno spazio importante a Rita Levi Montalcini, sia concreto che simbolico: un'aula e, come ha ricordato Letta, abbiamo cercato di raccogliere la storia che la riguardava e la ricollegava a noi, attraverso testimonianze e letture che le sono state dedicate. Attraverso questo omaggio abbiamo così riattraversato anche la memoria di tutti gli altri Premi Nobel che hanno abitato i nostri laboratori, da Chain a Fermi, a Bovet. Con questa scelta abbiamo cercato di riunire l'espressione umana e quella scientifica del lavoro di un ricercatore, per sottolineare come la scienza sia fatta dagli uomini e per gli uomini, attraverso le loro emozioni ed al servizio della vita. Un orientamento questo che io ho trovato già in Istituto e che nessuna riforma ha mai cambiato.

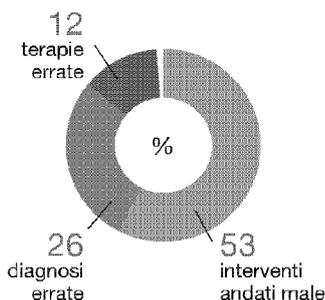
Diagnosi errate e infezioni in corsia boom di denunce, trentamila l'anno

Ortopedia, oncologia e ostetricia: ecco dove si rischia di più

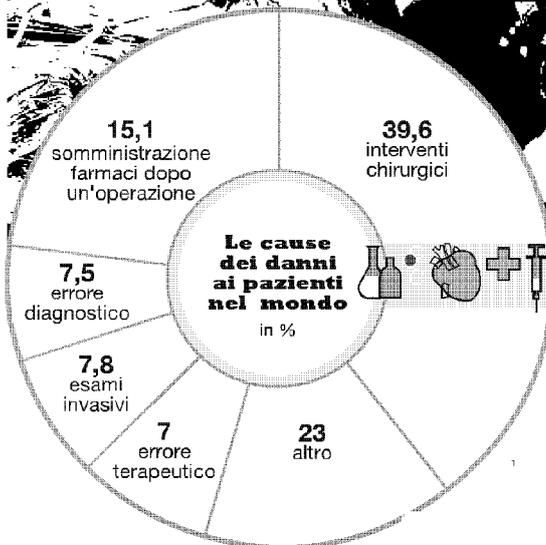
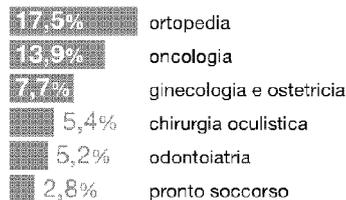
I casi segnalati in Italia

4mila

le segnalazioni di casi di malasanità che arrivano in media ogni anno all'associazione Cittadinanzattiva



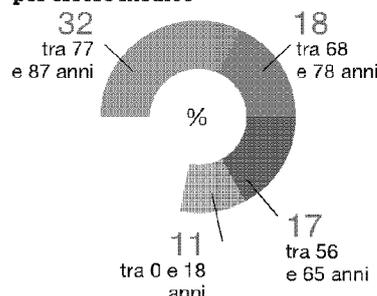
Le specialità più a rischio d'errore



L'età delle vittime di errori medici



L'età dei pazienti deceduti per errore medico



Dove avviene l'errore



A morire a causa di uno sbaglio sono per un terzo gli anziani tra i 77 e gli 87 anni

MICHELE BOCCI

IL TUMORE non riconosciuto, lo sbaglio in sala operatoria, la terapia dannosa, l'infezione in reparto. Quasi 30mila volte ogni anno i cittadini italiani denunciano i medici e gli ospedali per errori che mettono in moto le assicurazioni per i risarcimenti e talvolta costano la vita ai loro parenti o amici. Spesso,

più o meno in un terzo dei casi, si finisce nelle aule dei tribunali. La cosiddetta malasanità in Italia è una lunga lista di sviste, disattenzioni, carenze strutturali che finisce per allungare un'ombra scura su un servizio sanitario che quasi sempre funziona bene. È quel "quasi" a inquietare e soprattutto a gettare nello sconforto le famiglie che incontrano la sanità che invece di curare fa male. La madre del bimbo ingessato al braccio sbagliato, quella del piccolo a cui non viene riconosciuta una peritonite e muore, il giovane vittima del melanoma perché non gli hanno fatto l'esame istologi-

co a un neo. Solo a Cittadinanzattiva - Tribunale diritti del malato ogni anno pervengono 4mila segnalazioni, buona parte delle quali poi risultano fondate. Gli errori riguardano le specialità di ortopedia nel 17,5%



dei casi, di oncologia (13,9%), di ginecologia e ostetricia (7,7%), di chirurgia e oculistica (5,4%), odontoiatria (5,2%) e pronto soccorso (2,8%). Secondo il rapporto Pit - salute dell'associazione di cittadini oltre la metà delle persone segnala interventi chirurgici andati male, circa un quarto una diagnosi errata, un ottavo una terapia sbagliata che ha fatto male al paziente. Un peso importante lo hanno anche le infezioni ospedaliere, responsabili del 14% dei danni accertati dai medici legali, registrati cioè in una fase successiva alla denuncia.

I casi più eclatanti, quelli che finiscono sui giornali, capitano spesso al sud, talvolta per carenze strutturali o disorganizzazione dei servizi, ma si sbaglia anche al centro nord. Il ministero della Salute cerca di tenere il merito - raggio della situazione ma solo poche Regioni inviano dati aggiornati e credibili. Basti pensare che tra il 2005 e il 2008 il dossier del ministero conta appena 243 eventi sentinella, cioè fatti gravi, con pazienti morti. «Chiediamo al

Governo di rendere operative su tutto il territorio nazionale le linee guida sugli errori, le checklist e tutti gli strumenti di prevenzione che già esistono, ma corrono il rischio di rimanere solo dei pezzi di carta», diceva ieri Teresa Petrangolini, segretario di Cittadinanzattiva. Il

68% degli errori avviene durante il ricovero in ospedale, il 18,4% in un ambulatorio pubblico. A morire a causa di uno sbaglio, sempre secondo la ricerca annuale dell'associazione, sono anziani tra i 77 e gli 87 anni nel 32% dei casi, seguono quelli tra i 68 e i 78 anni (18%). Le vittime tra 0 e 18 anni sono circa l'11%.

«I nemici dei cittadini continuano ad essere la mancanza di una cultura della sicurezza, disorganizzazione, manutenzione troppo spesso dimenticata, assenza di qualsiasi sistema serio di valutazione degli operatori - dice ancora Petrangolini - Ancora oggi vengono frequentemente sottovalutati anche dei gestiminimi, come quello di chiudere un portellone, o controllare l'igiene di una terapia intensiva, così come lo stato delle culle o il superamento di intoppi burocratici».

In base ai dati di Ania, l'associazione nazionale imprese assicuratrici, negli ultimi anni c'è stata un'impennata di richieste

danni, che potrebbe non indicare solo un aumento degli errori ma anche una maggiore tendenza dei danneggiati a chiedere i risarcimenti. Si è passati dalle circa 17 mila segnalazioni del 1996 alle 29.500 del 2007. Il valore medio dei sinistri è di circa 25 mila euro. Sempre secondo il ministero della Salute, sono circa un terzo le denunce a cui segue un risarcimento (il 25% tramite accordo tra le parti, il 6 dopo un processo) perché viene riconosciuto l'errore. Per proteggersi dalle richieste di danni e assicurarsi, le Regioni italiane spendono circa 500 milioni di euro ogni anno.

CAMPANIA**Cancro, Bassolino giura:
200mila euro alla ricerca
Ma poi ne versa solo uno***Il presidente della Regione affetto dalla sindrome del braccino corto mette in crisi una fondazione***Guido Mattioni**

■ Ieri, era stato un generoso, seppur verbale, slancio in avanti. Un promettente annuncio: «La Regione vi finanzia con 200mila euro». Slancio che oggi si è invece trasformato in un drastico, quasi irritante, passo indietro. Più o meno: «Eccovi un euro. È una cosa così, una cosa simbolica».

Per amor di cronaca, «ieri» vuol dire tre anni fa. A sporgersi sul precipizio senza pericoli delle promesse, era stato il Consiglio Regionale della Campania. Che approvando all'unanimità un ordine del giorno che dava via libera in tal senso alla Regione, aveva riempito di speranza i cuori dei promotori della nascita della Fondazione Melanoma. Tutti oncologi e ricercatori di fama internazionale che già pensavano di poter così presto assicurare a Napoli e alla Campania tutta un organismo unico, in grado di colmare un grave vuoto nell'assistenza medico sanitaria del Sud. Specie contro una delle neoplasie più infide, pericolose e assassine.

L'«oggi» taccagno è invece quello della Giunta Regionale, presieduta dal compagno Antonio Bassolino. Che evidentemente affetto dalla sindrome del braccino corto - anzi cortissimo - ha sì approvato lo statuto della nascita della Fondazione, ma restringendo il finanziamento dai ventimila euro a un'unica moneta. Che suona come un'elemosina ai promotori, ma quel che è peggio come uno schiaffo in faccia alle migliaia di persone affette dal melanoma in tutta Italia

(ogni anno 7mila nuovi casi e 1.500 decessi) e in particolare in Campania, una delle regioni più colpite dal terribile tumore della pelle, con 800 nuove diagnosi ogni dodici mesi.

A questo punto è iniziata una corsa contro il tempo, perché chi è impegnato quotidianamente nella lotta contro il cancro non può certo accontentarsi di finanziamenti «simbolici», soprattutto se pari a un euro. Su questo fronte, purtroppo, non basta il pensiero. «Mi appello alla generosità dei napoletani e di tutti i campani - dice il professor Paolo Ascierio, direttore dell'Unità di Oncologia medica e Terapie innovative dell'Istituto dei Tumori partenopeo, il Pascale - perché offrano un contributo alla costituzione della Fondazione Melanoma, la prima in Italia che vede la partecipazione di tre istituzioni pubbliche». Oltre alla Regione, quantunque anch'esse con quel singolo euro simbolico, aderiscono infatti all'iniziativa anche la Fondazione G. Pascale e la Seconda Università di Napoli.

«Abbiamo bisogno dell'aiuto di tutti - ribadisce Ascierio, che è anche il presidente del Comitato promotore (coordinatore è il professor Nicola Mozzillo e tesoriere il dottor Pierluigi de Falco) - per poter raggiungere la cifra di 60mila euro, quella minima affinché la Fondazione possa nascere». A questo scopo, presso il Banco di Napoli, è stato attivato il conto IBAN IT71C0101003400100000015560 intestato al Comitato Promotore Fondazione Melanoma.

Come confermano i numeri

ricordati in precedenza, il melanoma è un tumore particolarmente aggressivo e in costante crescita. «E se è purtroppo vero che la Campania è una delle zone del Paese più colpite - sottolinea Ascierio - è altrettanto indiscutibile che su questo fronte, sempre in Campania disponiamo di competenze uniche, riconosciute in tutto il mondo. Ciò che invece manca è una rete territoriale in grado di soddi-

sfare le esigenze dei campani». A partire dalla prima «medicina», la prevenzione, basata su sensibilizzazione e informazioni. Notizie che passano spesso inosservate sui media. Per esempio uno studio dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro in cui si dimostra come l'esposizione alle lampade abbronzanti, se avviene in età inferiore ai 30 anni, comporta un aumento del rischio melanoma del 75%.

I TEMPI Tre anni**fa gli aiuti erano stati****votati all'unanimità****dal consiglio regionale****EMERGENZA E adesso****i medici chiedono****ai napoletani di aiutarli****e aprire il portafoglio**