

**Indagine** I dati su quello che può accadere a danno dei ricoverati

# Negli ospedali italiani tanti «incidenti» evitabili

**C**omplicazioni in sala operatoria, cadute, infezioni, reazioni allergiche a farmaci: incidenti inattesi, non sempre dovuti a errori medici, che si verificano in ospedale e possono mettere a rischio la salute dei pazienti. Nel nostro Paese, in media cinque ricoverati su cento sono vittime di «eventi avversi», che in più della metà dei casi potrebbero essere evitati. Le conseguenze? Il prolungamento della degenza, una disabilità al momento della dimissione e, in un caso su dieci, il decesso del paziente.

Sono i principali risultati di uno studio italiano finanziato dal ministero della Salute e coordinato dal Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana che si è avvalso della supervisione di un gruppo di ricercatori internazionali. Gli autori dello studio, che sarà pubblicato sulla rivista internazionale «Epidemiologia e prevenzione», hanno esaminato un campione di più di 7 mila cartelle cliniche di 5 ospedali italiani: Niguarda di Milano, Careggi di Firenze, San Filippo Neri di Roma, Azienda ospedaliera-universitaria di Pisa e Policlinico di Bari. L'obiettivo? Individuare con criteri scientifici, riconosciuti a livello internazionale, la frequenza di eventi avversi durante i ricoveri, capire se è possibile prevenirli e quali conseguenze provocano in termini di danni al paziente. «Finora il nostro Paese era uno dei pochi a non disporre a livello nazionale di studi sugli eventi avversi, cioè incidenti inattesi e indesiderati, non attribuibili alla malattia del paziente ma alla gestione sanitaria — chiarisce uno degli autori dello studio, Riccardo Tartaglia, coordinatore nazionale del Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza delle cure —. I dati italiani sono in linea con quelli di altri

Paesi europei, come l'Olanda o la Francia, o addirittura migliori di quelli internazionali, che fanno registrare in media una percentuale di circa il 9 per cento di eventi avversi. Si tratta comunque di "numeri" importanti». Per intenderci, se questo tasso di incidenza si estendesse al numero di ricoverati nel 2010, circa 11 milioni, significherebbe che si verificano circa 550 mila eventi avversi l'anno, di cui più della metà prevenibili. «Contrariamente ad altri studi — precisa Tartaglia — il nostro evidenzia che il maggior numero di eventi avversi avviene in area medica e non in quella chirurgica, che però segue a breve distanza. Altre aree maggiormente interessate sono il pronto soccorso e l'ostetricia». Chirurghi italiani, dunque, più bravi dei colleghi stranieri? «Operare secondo protocolli scientifici e adottare check-list per la sicurezza dei pazienti in sala operatoria sono buone prassi che aiutano a ridurre eventi avversi ed errori» commenta Marco d'Imporzano, presidente del Collegio italiano dei chirurghi e della Società italiana di ortopedia e traumatologia.

Eppure, secondo uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, le richieste di indennizzo da parte di pazienti che intraprendono azioni giudiziarie nei confronti dei medici per presunti errori vedono ai primi posti proprio la chirurgia, in particolare quella cardiovascolare, ortopedica e, negli Stati Uniti, la neurochirurgia.

La ricerca evidenzia che in media più di sette medici su cento ricevono una richiesta di risarcimento, riconosciuta però dai giudici soltanto nell'1,6% dei casi.

«Alcuni interventi chirurgici sono ad altissimo rischio clinico e l'aumento vertiginoso del contenzioso giudiziario per casi di

presunta *malpractice* sta spingendo soprattutto i chirurghi più giovani a evitare queste procedure, per timore di azioni legali — sottolinea d'Imporzano —. Inoltre, diventa ogni giorno più difficile stipulare polizze assicurative, che vengono disdette dalle compagnie alla prima segnalazione di sinistro medico-legale». Lo studio italiano, comunque, puntava a individuare eventi avversi al fine di prevenirli.

«Rispetto ad altri Paesi, da noi risulta più alta la stima di incidenti che potrebbero essere evitati: il 56,7% contro il 43% registrato all'estero — puntualizza Tartaglia —. È la conferma che occorre insistere sulle misure di prevenzione per contenere il numero di eventi avversi ed errori, migliorando la qualità delle cure. Il ministero della Salute e l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari regionali hanno reso disponibili, sui rispettivi siti web, raccomandazioni e buone pratiche per la sicurezza del paziente, basate su evidenze scientifiche: possono permettere di ridurre su larga scala gli eventi avversi prevenibili».

**Maria Giovanna Faiella**



## L'evento avverso

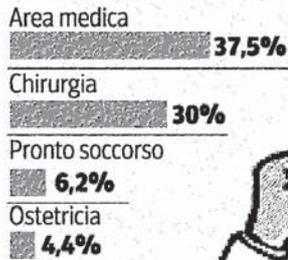
è un incidente inatteso, derivato non dalla malattia ma dalla gestione sanitaria, che provoca prolungamento del ricovero, lesione, disabilità, morte del malato



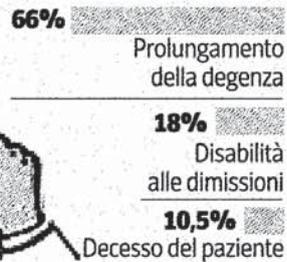
**5 ricoverati su 100**  
vanno incontro a eventi avversi

Nel **56,7%**  
dei casi l'evento avverso  
potrebbe essere prevenuto

### Le aree dove si registrano più eventi avversi



### Le conseguenze (percentuali sul totale dei casi)



Fonte: Indagine "Eventi avversi e conseguenze potenzialmente prevenibili" (Ministero della Salute, Centro gestione rischio clinico Regione Toscana) su 7460 schede dimissioni ospedaliere (2008) di 5 ospedali

D'ARCO



## Pensa la salute



di **Riccardo Renzi**

# La speranza viaggia sempre dal Sud al Nord

**U**n tempo li chiamavano «viaggi della speranza», quelli dei cittadini italiani che si spostavano per curarsi, soprattutto dal Sud al Nord o dall'Italia all'estero. Poi c'è stata la regionalizzazione della sanità, l'introduzione di nuove regole, la ricerca di un maggiore equilibrio. Ma non è cambiato niente. Ci si sposta ancora all'estero per motivi legislativi (la fecondazione assistita) o economici (per curarsi i denti), ma soprattutto, come segnala il rapporto Censis 2012, il sistema sanitario in controlloce, oggi ci sposta dalle regioni con Piano di rientro (che devono cioè ridurre il disavanzo) a quelle cosiddette virtuose. Siccome le regioni col Piano di rientro sono tutte quelle a sud di Roma, tranne la Basilicata, con l'aggiunta del



**Ben dieci milioni di italiani vorrebbero emigrare per cure**

Piemonte, il flusso migratorio è più o meno sempre quello: da sud a nord. Secondo il Censis quelli che hanno intenzione di «emigrare» per motivi di salute sono 10 milioni, il 18% degli abitanti delle regioni sotto osservazione, più oberate da tagli e ticket, lo hanno già fatto. E meno male che la relazione della Corte dei conti ha valutato che la sanità ha fatto la sua parte nel clima generale di risparmio: disavanzo ridotto del 27%, spesa scesa dal 7,3% al 7,1% del Pil, una quota sempre più scarsa rispetto ai principali Paesi europei. Eppure si prevedono nuovi tagli nei prossimi due anni. A quel punto non sapremo più dove emigrare.



**Al centro delle cure** Viaggio fra malati impazienti e dottori nel mirino

# Se il patto medico-paziente si rompe bisogna ripartire dalle buone azioni

**Claudio Lo Tufo**

■ Napoli, Castellamare di Stabia. Nell'ospedale di zona, reparto Ortopedia, entrano fiumi di pazienti, si muovono senza una direzione precisa. Uno tra i più doloranti entra di forza in ambulatorio e "ordina": «Dottore ho un piede rotto, mi metta il gesso». Il medico reagisce «Lei cosa ci fa qua, le ho già detto che si deve sgonfiare con l'antibiotico». Ma lui non vuole sentire ragioni, vuole il gesso e da lì non si schioda. Scene di ordinaria follia. Benvenuti al Sud. Verona, immersi nella nuova struttura di Borgo Trento, reparto di Pediatria. Una giovane mamma ha in braccio la figlia di 5 anni piena di strane bolle rosse. Per tre volte l'hanno rimandata a casa: È solo allergia». Alla quarta la risposta cambia: «Sua figlia ha un serio problema al pancreas». Non era né l'uno né l'altro, ma un'antipatica infezione. Scene di ordinaria follia. Benvenuti al Nord. Entrare nella sanità nostrana è roba da capogiri, c'è qualcosa che non si capisce, una sorta di scontro di civiltà tra pazienti e dottori. Da un lato loro, i malati, che girano a vuoto, non sanno dove dirigersi e sono frustrati da sguardi pieni di alterigia. Dall'altro i dottori costretti a lavorare oltre il dovuto, correre da una corsia all'altra senza sosta di notte e a restare fino al mattino a causa della carenza del personale. Medici e specializzandi: quando entrano in ospedale si avvia il tritacarne e non si salva nessuno. E così i pazienti vengono a frotte per un giradito o un leggero raffreddore. Il pronto soccorso sembra la sala di un cinema. Il patto sociale tra medico e paziente sembra essersi rotto, dissolto tra burocrazia e spese da capogiro. Ma come è potuto succedere? Se si guardano i dati dell'ultimo rapporto Pit del Tribunale del Malato non ce n'è per nessuno. Il 16% segnala problemi nelle liste d'attesa, il 14 nella cattiva informazione, il 9 nell'accesso ai servizi e il 6,2% si lamenta dell'umanizzazione delle cure. Insomma, il pro-

blema c'è e solo nel 2010 le segnalazioni arrivate al Tribunale del Malato erano oltre 23 mila. Attilio Bianchi è uno dei direttori generali più esperti del Paese, vicepresidente di Federsanità Anci, ed è presidente della commissione regionale sull'appropriatezza e qualità delle prestazioni. Non ha dubbi: «Il problema è che il cittadino quando si avvicina alla sanità trova una serie di ostacoli, tra i quali la frammentazione dei servizi e una quantità di differenti risposte senza sapere come sintetizzare il tutto. Insomma, è palese che si sente la mancanza di una persona unica in grado di rispondere alle problematiche, capace di unire i fili del percorso che il paziente dovrà affrontare». Bianchi non gira attorno all'argomento e ha già in tasca una soluzione: «Il problema del rapporto medico-paziente si può estendere a quello del rapporto paziente-sistema sanitario. Questa sensazione di disagio nasce anche da una disorganizzazione complessiva della macchina sanitaria. Per risolverla c'è bisogno di percorsi terapeutici che permettano al paziente di non essere stressato e al medico di poter svolgere la sua attività in maniera più equilibrata». Insomma, facilitare il percorso di cura e rendere tutto più accessibile. Ma come? Bianchi propone una soluzione: «Dobbiamo cambiare il sistema di remunerazione delle attività sanitarie. Non più in base alla prestazione, cioè quante tac ho fatto, ma in base al livello di salute del territorio. Qui entra in gioco il medico di base che è il Virgilio dantesco all'interno dell'offerta sanitaria. È lui che deve essere il sunto di tutta l'offerta e mettere a proprio agio il paziente ed educarlo. Ed è lui che deve essere premiato non per il numero di cittadini che segue, ma per la qualità di cura che offre. Insomma, non c'è nessuna correlazione tra l'incremento degli esami e il risultato della cura, basti pensare che l'80 per cento delle tac sono negative. Questo significa che si va a incidere sui costi della gestione e in

più si mette sotto stress l'intera struttura». In poche parole l'idea di Bianchi è quella di finanziare non ciò che si fa, ma come si fa e quale sia la reale capacità di cura di quella struttura: «Pensiamo ai diabetici. Questo tipo di malattia non solo è assai diffusa, ma interagisce con moltissimi reparti di un ospedale; dalle cardiologie all'oculistica. Se noi ci prefiggiamo come punto di arrivo di abbassare di un punto percentuale il valore dell'emoglobina sulla popolazione diabetica di uno specifico territorio e rapportiamo il finanziamento sulla base di quell'obiettivo, metteremo tutti nella condizione di lavorare in maniera completamente differente e cominceremo a risolvere parte dei problemi». Se Bianchi propone una soluzione amministrativa e organizzativa per colmare questa distanza tra servizio sanitario e cittadini, Gianfranco Conti, direttore generale della Fondazione Cesare Serono, sta portando avanti un progetto sulla centralità della persona che ha come obiettivo lo studio di quella complessa trasformazione antropologica nella relazione tra paziente e medico. Conti chiarisce il suo punto di vista: «Fino a ieri si andava dal medico di famiglia e il paziente obbediva pedissequamente, oggi la civiltà si è evoluta e il cittadino non è più remissivo, ma è diventato proattivo. Per questo la centralità del paziente è diventato un tema fondamentale. Con la Fondazione Cesare Serono stiamo cercando da tempo di promuovere questo valore. Ci dobbiamo rendere conto che oggi, tanto più il paziente è motivato tanto migliorerà il suo percorso di cura. Insomma, il medico non deve solo curare la malattia, ma anche il malessere che si manifesta in maniera diversa in ogni individuo. Per far sì che questa visione diventi realtà, e che si riequilibri il rapporto tra malato e dottore, bisogna non solo formare i medici, ma essere in grado di rieducare anche i cittadini».

# Donazioni di sangue in crescita ma ancora poche dai giovani

Aumentano le donazioni di sangue in Italia: +1,5% nel 2011 rispetto al 2010, anche se a donare meno sono i giovani, che sono circa il 28% del totale dei donatori. La situazione del comparto sangue è stata illustrata al **ministero della Salute** dal direttore del Centro nazionale sangue, Giuliano Grazzini,

**3,3 milioni**

È il numero delle donazioni di sangue effettuate in Italia nel 2011, con un aumento dell'1,5 per cento rispetto al 2010

in occasione della Giornata mondiale del donatore. Nel 2011 in Italia i donatori sono stati 1.733.398 (il 69,9% maschi) di cui il 35,5% sono donatori frequenti. Circa 700 mila perso-

ne lo fanno una volta all'anno, mentre la media è di 1,9 donazioni per ogni donatore l'anno, in linea con i livelli Ue.

Il numero di donazioni totali è stato invece pari a 3,3 milioni e i pazienti trasfusi nel 2011 hanno raggiunto quota 685.419. «I donatori — ha precisato il direttore del Centro nazionale sangue — sono stati in continuo incremento dal 2001 al 2011. Il picco si registra nella fascia d'età 36-45 anni. Il problema è però che rimane una carenza di donatori giovani». Aspetto fondamentale per il ricambio nei prossimi anni.



Per saperne di più

Centro nazionale sangue

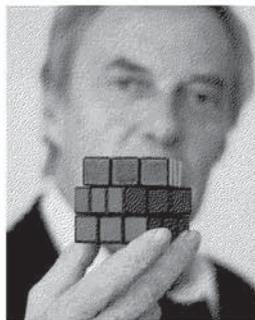
[www.centronazionalesangue.it](http://www.centronazionalesangue.it)



## Vicino al traguardo il brevetto unico europeo che taglia i costi

Alla ricerca accademica italiana manca una regia per valorizzare l'eccellenza anche tramite i brevetti. Fa ben sperare lo snellimento delle procedure previsto dal trattato europeo sulla validazione unica che sarà firmato entro giugno.

**Antonio Dini**, pag. 47



UNIVERSITÀ&INNOVAZIONE

# Chi ha paura dei brevetti?

**Agli atenei manca una regia ma ci darà una mano la validazione europea: entro fine mese la firma del trattato da parte di 25 Paesi**

di **Antonio Dini**

**U**n mercato per la ricerca. L'università cerca finanziamenti ma anche sbocchi lavorativi per i propri giovani ricercatori. L'eccellenza accademica italiana si scontra con la debolezza strutturale del sistema-Paese: la difficoltà ad accompagnare i ricercatori nelle fasi successive. «Ci vorrebbe una regia istituzionale per far correre in maniera coordinata le potenzialità dei nostri centri di eccellenza, ma il nostro Paese per definizione fa fatica ad avere una regia in qualsiasi campo, in quello della ricerca scientifica a maggior ragione», dice Alberto Silvani, direttore generale dell'Università degli Studi di Milano, già dal 2005 responsabile di Ateneo per il trasferimento tecnologico dopo una lunga carriera come dirigente di ricerca del Cnr, dove si è occupato, come economista territoriale, di

politica della ricerca e dell'innovazione.

«La competizione nel settore dei brevetti da parte del privato cresce come complessità, dimensione, velocità. Cambia per ogni area scientifica, perché le esigenze sono diverse. L'università italiana si sta facendo i muscoli ma è comunque all'inseguimento».

Il problema non è solo il privilegio accademico del singolo ricercatore, ma soprattutto di associare analisi di costo e opportunità alla ricerca. Capire se è fattibile brevettare e perché lo è. «Gli indicatori sono complessi: il brevetto da un lato è una pubblicazione scientifica del ricercatore, dall'altro è anche un modo per avere un ritorno economico e finanziare nuova ricerca. In molti casi non serve». A Milano il rapporto tra candidature e deposito di brevetti è di 3 a 1, con 200 invenzioni in 20 anni. Il quadro però è destinato a cambiare.

Entro la fine del mese i capi di Stato della Ue dovranno decidere per il nuovo trattato che darà il via operativo al brevetto unico europeo. Bisogna decidere la sede del tribunale competente a dirimere le controversie: in lizza ci sono Monaco di Baviera, Parigi e Londra. Se passa il nuovo assetto, cambia tutto. Già oggi è possibile fare richiesta di un brevetto all'Epo (European Patent Office), che però deve poi essere validato in ognuno dei 27 Paesi europei. Invece, dopo la ratifica, la validità sarà automatica in 25 Paesi. Restano fuori l'Italia e la Spagna per il problema della lingua: infatti sono state previste solo tre lingue di lavoro (inglese, francese e tede-

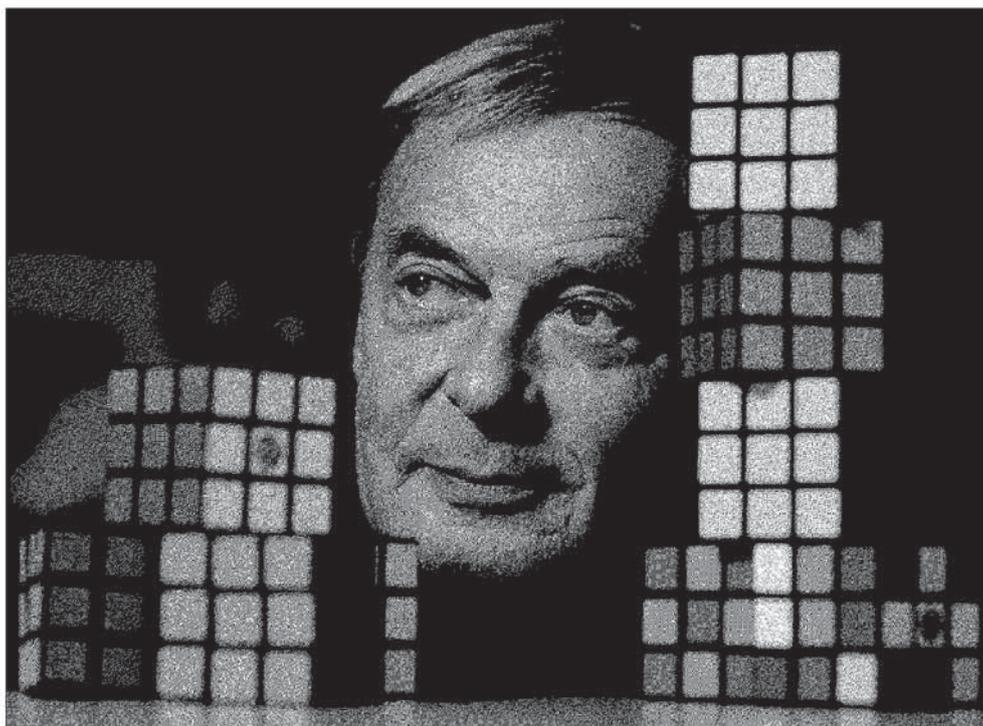


sco) con traduzioni nelle altre lingue a richiesta e in modo automatico. Roma e Madrid non ci stanno: con gli spagnoli perseguiamo anche in quest'ambito la "guerra delle lingue" per tutelare l'identità e il ruolo culturale. «La lingua di lavoro è l'inglese. E le traduzioni necessarie sono anche in giapponese, coreano, cinese e altre lingue tra le quali emerge sempre di più il brasiliano, ad esempio. Considerando che a fare più brevetti al mondo sono i cinesi, non mi preoccuperei dell'inclusione dell'italiano. Piuttosto, ridurrei le registrazioni e per quanto possibile anche le traduzioni», aggiunge Silvani.

L'anno scorso l'Epo ha ricevuto 245mila

richieste di brevetto, il record nei suoi 34 anni di storia. Ne sono stati approvati 62.100. Tra gli europei il Paese che ne registra di più in assoluto è la Germania, mentre la quota più ampia è quella degli Usa. Aumentano costantemente le richieste e i rilasci per la Cina, che a livello mondiale insidia il primato degli Usa.

La soluzione per l'Italia? «Non c'è una regia, ma dal basso emerge un modello su base regionale, come in Lombardia e in altre parti d'Italia», dice Silvani. L'obiettivo è assistere il ricercatore e allentare gli ostacoli al trasferimento tecnologico. Creare una rete capace di replicare i successi.



**Rompicapo.** L'architetto ungherese Ernő Rubik inventò il famoso cubo a metà degli anni 70 e ci mise sei anni a portarlo sul mercato. Fu un successo mondiale, 300 milioni di cubi venduti: se messi in fila unirebbero il Polo Nord e il Polo Sud





**JOSEF BILLE**

## Laser super precisi per correggere l'occhio

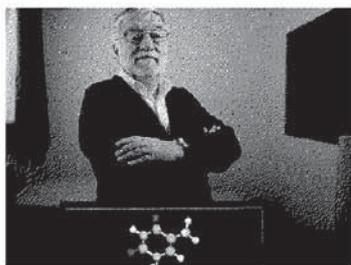
**Premio Ia carriera.** Josef Bille, professore a Heidelberg, ha registrato un centinaio di brevetti nell'oftalmologia. Ha messo a punto un metodo preciso di mappatura delle irregolarità della cornea, trattata con una tecnica laser super precisa per correggere miopia, presbiopia e astigmatismo.



**TØPHOLM, WESTERMANN, ANDERSEN**

## Le protesi acustiche stampate in 3D

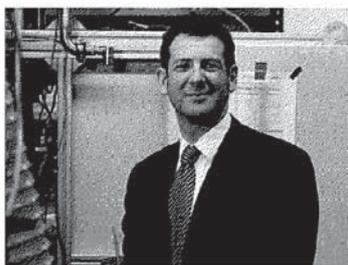
**Categoria Industria.** I premiati sono Jan Tøpholm, Søren Westermann, Svend Vitting Andersen. I ricercatori di Widex (Danimarca) hanno sviluppato un metodo computerizzato stereolitografico (Camisha) per produrre dispositivi in aiuto agli audiolesi con particolari caratteristiche di comfort.



**GILLES GOSSELIN**

## Un farmaco efficace contro l'epatite B

**Categoria Ricerca.** Gilles Gosselin (nella foto), assieme a Jean-Louis Imbach (professore al French National Center for Scientific Research) e Marti L. Bryant, hanno sviluppato un farmaco contro l'epatite B, una malattia che ogni anno colpisce 350 milioni di persone.



**MANFRED STEFENER**

## La prima fuel cell a uso portatile

**Categoria Piccole e medie imprese.** Il tedesco Manfred Stefener, (nella foto) fondatore di Smart Fuel Cell Ag, Oliver Freitag e Jens Müller hanno ricevuto il premio per la prima cella a combustibile per uso portatile, «direct methanol fuel cell» (Dmfc), impiegata nella gestione del traffico e sistemi di sorveglianza.



**JOHN O'SULLIVAN**

## La rete wireless Lan da cui è nato il wi-fi

**Categoria Paesi non europei.** L'australiano John O' Sullivan (nella foto), assieme al suo team - composto da Graham Daniels, Terence Percival - ha creato una tecnologia per render più veloce e robusta la rete wireless Lan. L'innovazione ha poi permesso lo sviluppo del wifi.



## In Toscana

I controlli  
di tossicità  
senza ticket

La Regione Toscana ha appena approvato una delibera a favore dei malati reumatici (soprattutto delle loro tasche). Con un recente decreto (Del. Giunta n. 286 del 10/4/2012) sono state aggiornate alcune prestazioni correlate alle patologie reumatiche, già riconosciute e

codificate dal Decreto ministeriale 329/99. «In pratica — spiega Renato Giannelli, tesoriere dell'Associazione nazionale malati reumatici (Anmar) e presidente dell'Associazione toscana malati reumatici (Atmar Onlus) — la Toscana ha stabilito di rendere

i malati reumatici affetti da artrite reumatoide, psoriasi e spondilite anchilosante esenti dalle analisi necessarie per controllare le malattie e le eventuali tossicità nel caso di terapia con farmaci biologici. Non solo, la delibera ha esteso, per equità, parte di tali analisi

anche ai pazienti trattati con farmaci di fondo (che comprendono una serie di molecole, come il methotrexate, in grado di modificare il decorso della malattia e per questo chiamati farmaci antireumatici modificanti la malattia) o con particolari necessità,

come i malati in età pediatrica». Insomma, un piccolo, ma significativo traguardo in tempi in cui la priorità della sanità sembrerebbe solo tagliare i costi il più possibile.

A. S.

