

Partorire

La Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari ha ieri avviato la discussione della relazione sulle morti per parto. "Il 72 per cento dei centri ha in Italia dimensioni che mettono a rischio mamma e neonato". Non demonizzare il cesareo

Punti nascita, piccolo non è bello "Ecco quelli da chiudere subito"

Sotto accusa il ricorso eccessivo alla sala operatoria e lo scarso uso dell'epidurale. Il parere degli esperti

VALERIA PINI

ultimo caso qualche giorno fa: una donna è morta dopo il parto all'ospedale Miulli di Acquaviva, in Puglia. Dovrebbe essere un diritto, il primo per i bambini, ma anche per le mamme: nasce in modo sicuro. Eppure sono troppi gli ospedali e le cliniche considerati "a rischio" perché al di sotto dei necessari standard professionali e tecnologici, soprattutto a Sud. Lo ricorda la Relazione sui Punti Nascita italiani approvata, dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari, da ieri in discussione alla Camera. Un quinto delle segnalazioni che arrivano all'esame della Commissione riguarda episodi legati a gravidanza e parto e 8 volte su 10 ha perso la vita la madre o il neonato. Il 72% dei punti nascita nel nostro paese "è piccolo e fragile", con una media di 56 parti al mese, solo il 27,6% ha la terapia intensiva neonatale. «Specchio delle anomalie del paese è il numero e la dislocazione delle unità di terapia intensiva neonatale: ce ne sono otto solo a Palermo e otto in tutto il Veneto - spiega Leoluca Orlando, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari - Ma la quantità non coincide con l'efficienza del servizio, perché molto spesso queste unità non sono fornite dell'attrezzatura necessaria».

Nelle strutture dove si registrano meno di 500 parti l'anno può succedere che il ginecologo assista a una sola nascita alla settimana. Poche secondo la Commissione parlamentare d'inchiesta: almeno 86 centri dovrebbero chiudere. «Quelli più grandi in genere hanno una guardia medica 24 ore su 24. Fanno meno ricorso al cesareo e dispongono di migliori e più efficienti dotazioni, in termini di personale e di tecnologie complesse», incalza Orlando. Sotto accusa anche l'eccessivo ricorso al cesareo (più del 35,4%). Per fare chiarezza sul fenomeno il ministero della Salute ha appena avviato un'indagine nazionale e nei reparti di ostetricia degli ospedali pubblici e privati arriveranno anche i Nas. «Il rischio di morte neonatale è più alto nei centri dove ci sono meno di 500 parti l'anno - spiega il professor Nicola Surico, presidente della Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) - Anche l'aumento dei cesarei non ha portato a una diminuzione dei casi di mortalità, si può dire che per le madri ci sono più rischi». Secondo Claudio Giorlandino, segretario generale della Sidip, Società italiana di diagnosi prenatale e medicina materno fetale, «il cesareo non è un reato, anche se ci sono degli eccessi. Grazie al parto cesareo in Italia nascono pochissimi bambini cerebrolesi mentre in altri stati, dove ci sono meno cesarei, vengono al mondo molte creature con paralisi cerebrali causate da difficili parti naturali, voluti a tutti i costi». Spesso si ricorre al cesareo perché solo il 15,3% dei punti nascita è dotato di partoanalgesia, la possibilità di ricorrere a parto naturale indolore.



IL CASO

Nascere al Sud, è qui che si rischia di più

Nascere è comunque più rischioso nelle regioni del Sud con strutture più piccole e organici ridotti. «Non è un caso, come non lo è che anche il maggior numero di segnalazioni di presunti errori medici provengano sempre dal Meridione: su 104 episodi, la metà è concentrata tra Sicilia e Calabria», dice il presidente della Commissione d'inchiesta, Leoluca Orlando. Cresce il numero di denunce penali, ma il 99% si risolve con l'archiviazione. «Arrivare ad una condanna a carico di sanitari, è difficilissimo — spiega Orlando — Se pure, in-

fatti, è possibile dimostrare che si sia verificato un errore, non altrettanto facile è provare che sia stato la causa di un decesso». Esistono comunque fasi del parto più a rischio per mamma e bambino. «I momenti più delicati sono la fase dilatante del travaglio e qui, a volte, si deve ricorrere al cesareo, e la fase espulsiva — spiega Surico — In sala parto deve essere presente l'anestesista, il neonatologo, l'ostetrica e il ginecologo». Il fattore età non va sottovalutato.

(v. p.)

1914-2012

Addio al Nobel Dulbecco
Cambiò la lotta ai tumoridi **Edoardo Boncinelli**
a pagina 33

Dulbecco, lo scienziato-pioniere che intuì come scoprire i tumori

Gli studi sulle colture in vitro, la scommessa del Progetto Genoma

1914

2012

Le prime esperienze a Torino, poi i lavori in California per decifrare le mutazioni genetiche. Il riconoscimento nel 1975 con il Nobel

Biologia

Traghetto la biologia moderna dalle ricerche sui batteri a quelle sulle cellule animali

Renato Dulbecco, nato a Catanzaro, è morto ieri a La Jolla (California). Domani avrebbe compiuto 98 anni.

Nobel per la medicina nel 1975

di EDOARDO BONCINELLI

Renato Dulbecco è l'uomo che quasi da solo ha traghettato la biologia moderna dallo studio dei batteri a quello delle cellule animali e quindi, fra le altre cose, dei meccanismi dell'insorgere dei tumori. Per tutta la prima parte del Novecento è stato molto difficile studiare seriamente qualsiasi organismo diverso da quelli più minuscoli, i batteri appunto e i loro virus, chiamati fagi. Questi studi hanno prodotto una grande massa di conoscenze che hanno contribuito a far nascere quella che è stata poi chiamata la biologia molecolare. È chiaro però che non si sarebbe potuto studiare il funzionamento più intimo del nostro corpo e molte delle patologie a esso connesse conducendo studi sui batteri. Occorreva un salto di quali-

tà. E questo è quello che è successo negli anni Cinquanta e Sessanta, per opera di Dulbecco e di altri pionieri del campo della coltura in vitro delle cellule animali.

Passare da coltivare i batteri a coltivare le cellule del corpo ha rappresentato un salto concettuale e sperimentale di enorme portata. Ricordo che quando ne sentii parlare per la prima volta espressi tutto il mio stupore e quasi scetticismo per la difficoltà dell'impresa. Prendere un tessuto vivente di mammifero, estrarne delicatamente le cellule componenti e metterle a crescere in un incubatore dentro piastrine che contenevano i mezzi di coltura più vari, di natura essenzialmente semisintetica, appariva e appare anche oggi un'impresa di enorme complessità e difficoltà. Non a caso ci sono voluti anni e un numero enorme di tentativi prima che qualcuno mettesse a punto le condizioni ottimali per la coltivazione delle cellule stesse e per la conduzione degli esperimenti necessari.

Oggi questi tempi sembrano lontanissimi e si tende a dimenticare questo primo sforzo pionieristico, preferendo raccontare quello che si è trovato successivamente, ma non c'è dubbio che senza la fase di concezione e messa a punto del sistema, tutti quegli studi non sarebbero stati possibili. Nella scienza un grande evento ne trascina con sé innumerevoli altri.

Venendo dall'Italia, dove pure aveva appreso, a Torino, i rudimenti della coltivazione dei tessuti, il giovane Dulbecco ebbe la ventura di trovarsi a lavorare al Caltech in California, fianco a fianco con i «mostri sacri» che avevano fondato la biologia molecolare, tra i quali si trovava anche l'italiano Salvador Luria. Il merito di questi pionieri era stato quello di riuscire a rendere quantitativa anche la biologia, la scienza che fino agli anni Quaranta era appunto soltanto qualitativa. La loro intuizione era consistita nel cercare un sistema semplice — quello composto dal virus batterico e dalla sua cellula ospite — dove si potesse anche «contare» e misurare qualcosa. A dieci anni

di distanza il giovane Dulbecco tentò di applicare tutto questo alle cellule animali, che però sono molto più grandi ed enormemente più complesse di un batterio. Fino a che il gioco riuscì e oggi tutto il mondo coltiva tutti i giorni cellule di tutti i tipi.

Dopo questo inizio il cammino fu poi interamente in discesa. Le cellule coltivate si possono studiare per sé, ma anche in relazione ai virus che le attaccano. Alcuni di questi le uccidono, altri non le uccidono, ma le fanno diventare, più o meno velocemente, tumorali. Sulla traccia di questi fenomeni si mise allora Dulbecco e in pochi anni concretizzò una tradizione di studio sui virus tumorali e il loro rapporto con le cellule, di topo, di criceto, di scimmia o di uomo. Come succede sempre in questi casi ebbe presto dei collaboratori eccezionali e insieme a loro chiari un numero enorme di fatti considerati oggi pietre miliari della biologia dei tumori. Il tutto poi culminò verso la metà degli anni Settanta con la scoperta di che cosa sia effettivamente una formazione tumorale: un insieme di cellule dentro le quali, per i motivi più diversi, si vengono a trovare una manciata di mutazioni a carico di geni chiave, chiamati oncogeni e geni oncosoppressori.

Per questi suoi studi Dulbecco ricevette nel 1975 il Premio Nobel per la Medicina, ma non cessò di occuparsi attivamente di biologia, fino a quando nel 1986 propose al mondo la realizzazione del Progetto Genoma umano, un'avventura che sembrò all'epoca a dir poco folle, ma che si concretizzò poi con sorprendente celerità. Il suo



merito, anche in questo caso, fu di vedere molto più lontano di altri e di concepire un'idea ardita in anticipo sui tempi. La storia del Progetto Genoma la conosciamo tutti e ne parliamo in continuazione. È in connessione con tale progetto che ho conosciuto il grande scienziato, venuto in Italia per dare vita a un progetto italiano. Ricordo che a prima vista sembrava la persona più normale del mondo, dotato di un grande *savoir faire* e di solido buon senso. Ma dentro la sua testa evidentemente turbinava un universo di forme e di idee sulle ali dell'immaginazione e della creatività. Pensare di coltivare le cellule o di esplorare il genoma non è meno ardito dell'immaginare un cosmo di stelle e di pianeti. È solo più vicino a noi e alla nostra natura. Alla scoperta della nostra essenza.

Antifascismo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel 1943 Dulbecco frequentò alcune organizzazioni antifasciste clandestine. Entrò anche a far parte del Cln della città di Torino, diventando membro della giunta popolare guidata dal sindaco Giovanni Roveda

La scheda

Il Nobel

Renato Dulbecco, biologo, medico e genetista italiano naturalizzato statunitense, è stato insignito del Nobel nel 1975

La ricerca

Ha scoperto il meccanismo d'azione dei virus tumorali nelle cellule animali

Da Torino agli Usa

Con Luria e la Levi uno dei 3 «magnifici»

MILANO — Renato Dulbecco faceva parte dei «magnifici tre», tre italiani che partiti insieme da Torino raggiungevano tutti il premio Nobel. È una delle storie più incredibili della scienza. I protagonisti sono Rita Levi Montalcini, Renato Dulbecco e Salvador E. Luria (vero nome: Salvatore Luria). Le loro vite si intrecciavano da studenti di Medicina all'università torinese negli anni Trenta. Il loro maestro era Giuseppe Levi, illustre studioso dei tessuti nervosi e padre della scrittrice Natalia Ginzburg. Lo si incontra, con il suo rigore, leggendo *Lessico familiare*. La sua scienza e il suo metodo formeranno i tre allievi in modo eccezionale. Dopo la guerra Dulbecco e Montalcini saranno suoi assistenti ma la passione per la ricerca non trovava prospettive. Luria per sfuggire alle leggi razziali era già volato negli Stati Uniti nel 1938, poco dopo Fermi con cui aveva anche collaborato, e invitava Dulbecco a raggiungerlo all'università di Bloomington nell'Indiana

dove lui era docente. Accettava, lo raggiungeva e diventava cittadino americano. Nello stesso anno, il 1947, anche Rita Montalcini emigrava negli States, alla Washington University di St. Louis dove rimarrà per trent'anni. Torino e l'Italia erano ormai lontani e le esperienze politiche di Dulbecco (era stato assessore nella giunta popolare della città) un remoto ricordo. Ora gli interessi riguardavano soprattutto i virus batteriofagi. Pure Luria si occupava di virus ma di tipo diverso. Montalcini, invece, forse raccogliendo più direttamente l'eredità del maestro, indagava le strutture nervose. Come da studenti, la vita dei «magnifici tre» continuerà a intrecciarsi tra amicizia e ricerche al di là dell'oceano. E uno dopo l'altro torneranno in Europa, a Stoccolma, per ritirare il Premio Nobel per la Medicina. Sarà Luria, nel 1991, ad abbandonare per primo gli amici di una storia straordinaria.

Giovanni Caprara

twitter@gioannicaprara



ADDII.RENATO.DULBECCO.1914-2012

Il Nobel che scoprì le metamorfosi (cellulari) del male

1914-2012

Il Nobel che fece luce sui tumori

Scompare Renato Dulbecco, la ricerca perde uno dei protagonisti

di **Gilberto Corbellini**

Con Renato Dulbecco scompare un protagonista di primo piano della ricerca biomedica fondamentale nel secondo dopoguerra e uno dei padri della virologia molecolare. Senza dimenticare che in assenza del suo sostegno e aiuto il Progetto Genoma Umano non sarebbe stato varato così rapidamente e che egli ha fatto il possibile per aiutare il suo Paese d'origine, l'Italia, a riorganizzare la ricerca biomedica in base a criteri di qualità ed efficienza. Sarebbe opportuno evitare di dire, per mera retorica nazionalistica, che Dulbecco era italiano: nello stesso anno in cui gli fu assegnato il Nobel (1975), lo scienziato perdeva infatti la cittadinanza italiana.

Alla fine del 2005 Dulbecco decideva di lasciare per sempre l'Europa e l'Italia, cioè di non dividersi più tra la California e la sua casa di Lugano, per sentirsi definitivamente americano.

Dulbecco era nato a Catanzaro il 22 febbraio 1914 - domani avrebbe festeggiato il 98° compleanno - e, malgrado nutrisse un forte interesse per la matematica e la fisica, decideva di laurearsi in medicina a Torino, sotto la guida di Giuseppe Levi. Alla scuola di Levi conosceva Salvador Luria e Rita Levi Montalcini, che come lui sarebbero emigrati negli Stati Uniti, dove avrebbero contribuito ad aprire nuove frontiere della ricerca biomedica. Negli Stati Uniti Dulbecco arrivava nell'autunno del 1947, viaggiando con Rita Levi Montalcini, e veniva accolto inizialmente da Luria a Bloomington. Nel 1949 si trasferiva al California Institute of Technology, dove sotto la guida di Max Delbruck iniziava a studiare i virus oncogeni animali. Al Caltech Dulbecco creava un agguerrito gruppo di ricerca, di cui facevano parte Margherite Vogt e Howard Temin. Insieme dimostrarono che l'infezione di cellule animali normali con alcuni virus oncogeni ha come conseguenza l'incorporazione

nel genoma della cellula di geni derivati dal virus, che successivamente danno luogo alla trasformazione tumorale della cellula. In pratica, Dulbecco metteva a punto le metodologie che avrebbero consentito a Temin e David Baltimore di scoprire l'enzima trascrittasi inversa (Dna polimerasi Rna dipendente) che consente ai geni dei virus con un genoma a Rna di retro-trascrivere i geni in Dna e quindi incorporarli nella cellula ospite. È stata questa anche la motivazione con cui gli è stato assegnato il premio Nobel nel 1975.

Le ricerche di Dulbecco hanno consentito di comprendere i meccanismi molecolari di alcune forme di tumore - in particolare quelli causati da virus oncogeni - e di conseguenza anche i processi di trasformazione delle cellule normali in cellule tumorali. Sulla base di queste conoscenze sono migliorate le strategie di lotta contro il cancro.

Nel 1962 Dulbecco si trasferiva al Salk Institute di La Jolla, e nel 1972 all'Imperial Cancer Research Fund. Nel 1986, nel corso di alcune conferenze pubbliche e con un famoso editoriale pubblicato su Science, proponeva di sequenziare il genoma umano, affermando che in questo modo si sarebbe arrivati a comprendere le basi genetiche del cancro. Grazie al ruolo che aveva svolto nel varo del Progetto Genoma Umano, Dulbecco riusciva a far entrare anche l'Italia tra i paesi primi consorziati per cooperare a livello internazionale nell'impresa. Così nel 1993 tornava in Italia per dirigere l'Istituto di Tecnologie Biomediche del CNR, ma di lì a un paio d'anni il governo italiano si sarebbe chiamato fuori.

Convinto che si dovesse fare qualcosa per far capire agli italiani l'importanza della scienza, e soprattutto della ricerca nel campo della genomica come potenziale sbocco per la prevenzione e la cura delle malattie, accettava di partecipare all'edizione 1999 del Festival di San Remo, condotto quell'anno da Fabio Fazio. Il compenso ricevuto per la partecipazione al festival lo destinò a Telethon

per la creazione del Dulbecco Telethon Institute.

Convinto che il mondo italiano della ricerca pubblica fosse incapace di usare criteri meritocratici per il finanziamento dei progetti, nel 2005 collaborava a creare il Progetto NOBEL (Network Operativo per la Biomedicina di eccellenza in Lombardia) promosso dalla Fondazione Cariplo, che stanziava 12 milioni di euro su tre anni per promuovere la ricerca scientifica d'eccellenza.

Dulbecco non coltivava solo una passione per la ricerca scientifica, ma anche per la musica, in particolare per il pianoforte e per Bach, e per la comunicazione della scienza. Accettò, infatti, di guidare una cordata che, negli ultimi anni Novanta, vinse un bando internazionale per realizzare lo studio di fattibilità della Città della Scienza di Roma. Naturalmente a Roma non è poi mai stata realizzata una città della scienza. Dulbecco ha pubblicato diversi libri di divulgazione, tra cui Ingegneri della vita (1988), Il progetto della vita (1989), Scienza, vita e avventura (1989) e La mappa della vita (2005).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DA CATANZARO AL NOBEL

1914

Renato Dulbecco nasce il 22 febbraio 1914 a Catanzaro. Studia a Torino, dove si laurea nel 1936. Nel 1947 si trasferisce negli Usa.

1975

Tra gli anni 50 e 60, scopre il meccanismo di azione dei virus tumorali nelle cellule animali e vince il Nobel nel 1975. Studia a Pasadena, a Glasgow e al Salk Institute di La Jolla in California, città in cui è morto il 20 febbraio 2012.



Il ricordo

Un grande esempio di studioso del terzo millennio

IL PACIFISTA CHE HA CAMBIATO LA MEDICINA

La sua rivoluzione nacque dagli studi sul Dna che aiutarono la lotta ai tumori. Nel 1986 diede vita al programma mondiale per il sequenziamento del genoma umano, che porta il suo nome

UMBERTO VERONESI

«**C**hì che mi dispiace profondamente è toccare con mano l'immobilismo di un'Italia che sembra non curarsi della ricerca scientifica, esattamente come nel dopoguerra. Oggi mi fa male vedere che, dopo oltre 60 anni, la situazione di crisi della ricerca scientifica in Italia non è cambiata, anzi. L'Italia rischia, molto più che negli '50, di rimanere esclusa definitivamente dal gruppo di Paesi che concorrono al progresso scientifico e civile». Così mi scrisse Renato Dulbecco dagli Stati Uniti, nel 2008, e mi piace considerare queste sue parole quasi un lascito di pensiero, perché la sua lunga lettera si conclude con la lucida speranza dell'uomo di scienza che era «io non ho la ricetta per salvare la ricerca italiana, ma proprio come "emigrato della ricerca" posso dire che i modelli ci sono, anche vicino ai nostri confini. Basterebbe iniziare a riflettere».

Renato Dulbecco passerà alla storia come protagonista dell'era del Dna, che ha rivoluzionato non solo la medicina, ma la concezione stessa della posizione dell'uomo nell'universo. Ricevette il Premio Nobel nel 1975 per i suoi studi su virus oncogeni e Dna, e nel 1986 diede vita al programma mondiale per il sequenziamento del genoma umano, che porta il suo nome. Io lo considero anche il modello della figura dell'uomo di scienza del terzo millennio, che non può evitare di essere impegnato civilmente, perché il pensiero scientifico è un modo di essere, di vivere, e soprattutto di guardare al futuro. Per me anche un amico al mio fianco in molti progetti importanti della mia vita. Quando agli inizi degli anni '90 fondai l'Istituto Europeo di Oncologia, pensai subito a lui per l'International Advisory Board, e da allora fu sempre molto vicino alla ricerca dello Ieo. Quando poi nel 2003 ho dato vita alla mia Fondazione per il Progresso delle Scienze è stato il primo ad aderire e, prima da Lugano e poi da La Jolla, ha partecipato a distanza a tutte le nostre iniziative: «Umberto non chiedermi più di viaggiare, ora resto qui, ma con il pensiero sono con te».

La nostra amicizia ci faceva discutere: Renato credente, io

laico, ma entrambi innamorati della scienza. La fede, per Renato, riguardava la sfera delle sue convinzioni personali, che non ha mai cercato di imporre a chi invece, la fede, non ce l'ha. Era paladino della libertà di pensiero e di ricerca scientifica, i cui risultati ognuno poteva applicare (o non applicare) in base alle proprie convinzioni. Infatti quando nel 2000 divenni Ministro della Sanità lo chiamai a presiedere una Commissione, composta da scienziati (anche cattolici), giuristi, filosofi e bioeticisti, per fornire un orientamento in materia di cellule staminali. La Commissione propose la soluzione chiamata Tnsa che poteva conciliare progresso scientifico e problemi etici. La metodica consiste nel prelevare un ovulo femminile, svuotarlo del patrimonio genetico e inserirvi il DNA del paziente che necessita di cure. Si creano così cellule staminali embrionali terapeutiche per il malato. La Tnsa non fu mai applicata in Italia e nessuno diede alcun seguito alle conclusioni della Commissione Dulbecco. Ma Renato, profondamente italiano, era come me cosciente che il nostro Paese ha sempre avuto un problema di cultura, e quindi continuò con me, e con chi chiunque avesse a cuore il progresso scientifico, a impegnarsi in ogni campo che richiedesse un cambiamento culturale.

È stato con noi per ricreare in Italia una comunità scientifica internazionale e per mobilitare la scienza nella tutela dei diritti umani. Così mi scrisse quando aderì al movimento Science for Peace. «Sono uno scienziato che ha vissuto la guerra e sono stato testimone della sua insensata e sanguinosa sofferenza. Ciò che è cruciale nelle relazioni umane è il dialogo. Se tutto il denaro e l'energia oggi impiegate nei conflitti armati fossero re-incanalate nel salvare l'umanità, potremmo vivere in un mondo davvero diverso. Gli scienziati da soli non possono portare la pace nel mondo, ma impegnandosi in prima persona e orientando altri verso questo obiettivo, possiamo sperare di avere successo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DOSSIER. Cosa non funziona

La sanità

Meno soldi, degrado e pochi infermieri così affondano i reparti in prima linea

Sempre più spesso i malati, anche gravi, vengono "parcheeggiati" nei corridoi e nei magazzini

Tutte le cifre dell'emergenza, e le denunce di Cittadinanzattiva. A rischio soprattutto le città del Sud

MICHELE BOCCI

I posti letto che diminuiscono, il numero dei pazienti che aumenta. I pronto soccorso italiani sono tra due fuochi: da una parte la necessità di ricoverare persone, soprattutto anziane, con più di un problema di salute, dall'altra i tagli in nome del risparmio e difficoltà burocratiche. In mezzo restano i malati, costretti ad attese lunghissime prima di essere ricoverati o di essere curati e mandati a casa.

I numeri

I letti

Un decennio di tagli alle spese hanno fatto sparire 45mila posti



15%

DIMINUIZIONE

È la percentuale di posti letto tagliati negli ospedali in dieci anni per ridurre i costi della sanità

IN DIECI anni negli ospedali italiani sono spariti 45mila posti letto, circa il 15%, tagliati per razionalizzare e ridurre le spese. Ci hanno rimesso i pronto soccorso, che hanno meno spazi dove ricoverare i casi urgenti. La riduzione delle degenze, da noi più marcata che nella maggior parte degli altri paesi europei, da anni viene indicata come fattore positivo per l'assistenza. «È vero ma probabilmente non avevamo messo bene in conto l'invecchiamento della vita della popolazione, e l'incremento delle malattie croniche — spiega Carlo Nozzoli, segretario di Fadoi, l'associazione dei medici internisti — Mancano letti, di certo per acuti ma anche di lungodegenza, quelli per intenderci dove mettere il novantenne con la febbre e la tosse che ha bisogno dell'ossigeno». Così i malati tornano più volte all'anno al pronto soccorso. «Ci vuole anche una maggiore risposta del territorio, i medici di famiglia devono seguire i loro pazienti per evitare queste ricadute», aggiunge Giorgio Carbone, segretario della Simeu, la società di medicina di urgenza: «Al calo dei letti si risponde con una organizzazione migliore di tutto il sistema sanitario. Siamo pronti a fare le nostre proposte al ministro».

La burocrazia

Una babele di regole diverse virtuose soltanto due Regioni



2

ENTI LOCALI

Solo la Toscana e l'Emilia Romagna hanno avviato il "see and treat", per ridurre i tempi di attesa

IN ITALIA non esiste un modello unico di pronto soccorso. Il settore soffre di una disomogeneità cronica e questo è considerato uno dei problemi più gravi da chi lavora nel campo dell'urgenza. Anche nella stessa città si trovano ospedali organizzati in modo diverso: uno dove i medici dei vari reparti fanno i turni per lavorare periodicamente al dipartimento di emergenza, che di fatto non ha personale suo, l'altro dove ci sono dottori dedicati esclusivamente a questo settore.

Ci sono poi realtà dove si aspettano i consulenti delle specialistiche prima di intervenire su certi pazienti ed altre che gli specialisti li hanno stabilmente. Insomma, non esiste uno schema preciso di lavoro per affrontare la massa di pazienti che si presentano ogni giorno e che chiedono risposte rapide ai loro problemi.

Ci sono infine due Regioni come la Toscana e l'Emilia Romagna che hanno deciso, ciascuna ovviamente a modo suo, di avviare l'esperienza del "see and treat", in cui si prevede che gli infermieri possano curare i casi meno gravi senza il medico.

I medici

Solo da 3 anni un corso specifico "Siamo la Cayenna dei reparti"



10mila

SANITARI

Sono circa 10mila i medici che lavorano nei 750 pronto soccorso italiani. Molti senza preparazione specifica

CIRCA 10mila medici in 750 pronto soccorso lavorano senza aver fatto un corso di studi specifico. In Italia è nata solo da 3 anni la specializzazione in medicina di urgenza. «Per molto tempo questi reparti sono stati considerati la Cayenna dell'ospedale — spiega Carbone di Simeu — Ci venivano mandati i medici con il carattere difficile o che non funzionavano altrove. Da tre anni esiste finalmente una specializzazione dedicata ma ci vorrà tempo per vedere entrare i primi giovani che hanno studiato emergenza-urgenza, visto che il corso di studi dura cinque anni e i colleghi che escono ogni anno sono ancora pochi. Così per ora ai concorsi possono partecipare specialisti di tutti i tipi, in base al criterio dell'equipollenza: non solo internisti ma anche ematologi o pediatri, chirurghi vascolari o gastroenterologi». Sono fondamentali per il funzionamento dei pronto soccorso anche gli infermieri. Per loro il problema, come per altri reparti, è quello lamentano più volte dai sindacati di molti ospedali: una carenza di personale che, di fronte all'aumento dei pazienti, costringe i lavoratori a lavorare in condizioni difficili.

I tempi

Niente barelle e attese infinite il ricovero è un terno al lotto



22

LE ORE

Le indagini del Tribunale dei diritti del malato hanno evidenziato punte di attesa di 22 ore prima del ricovero

ASPETTA chi deve essere ricoverato, aspetta chi ha bisogno di una cura e poi tornerà a casa e aspettano anche le ambulanze, che devono ritirare la loro lettiga rimasta in un pronto soccorso dove non ci sono più barelle per i malati. E nel frattempo non possono andare a soccorrere altre persone in difficoltà. Nei dipartimenti di emergenza bisogna spesso avere pazienza. L'ingorgo può capitare ovunque. A Napoli come a Genova, a Torino come a Firenze. Secondo un'indagine del sindacato di medici ospedalieri Anaao e del Tribunale diritti del malato svolta in 70 strutture di emergenza-urgenza, prima di fare il triage, cioè di vedere inquadrato il proprio problema, si aspettano da pochi minuti a mezz'ora. Chi è stato classificato come codice giallo, quindi di gravità medio-alta, può aspettare fino a 5 ore prima della visita. Se il codice è verde si sale a 12 ore. Chi deve essere ricoverato nel 37% dei casi osservati aspetta oltre 6 ore e così nei pronto soccorso spuntano le barelle. Ma sono state rilevate anche punte di 22 ore per trovare un posto in reparto. Evidentemente casi come quello dell'Umberto I sono sfuggiti alla ricerca.

I pazienti**Ogni anno trenta milioni
“Ci sono troppe visite inutili”****80%****I CODICI**

Circa l'80% delle persone che arrivano al pronto soccorso sono di codice verde o bianco, quindi poco o per niente gravi

OGNI anno i pronto soccorso fanno qualcosa come 30 milioni di visite, molte volte alle stesse persone che hanno avuto delle ricadute. Circa il 20% di questi pazienti devono restare in ospedale e vengono trasferiti in reparto. Si tratta di 6 milioni di ricoveri, cioè oltre la metà del totale (11,2 milioni nel 2010) delle degenze di tutti gli ospedali italiani. Ovviamente tra le Regioni ci sono differenze, si va da un tasso di ricovero dell'11% ad uno del 40%. Tra chi arriva in ambulanza o da solo in ospedale i codici rossi, i più gravi, sono circa il 2%, quelli gialli circa il 18%, quelli verdi oltre il 60%, e quelli bianchi, i problemi più banali, circa il 20%. Molte delle persone che finiscono nei dipartimenti di emergenza e poi devono essere ricoverate sono anziane, in certi casi afflitte da più problemi. «In questi due mesi, complice anche il picco dell'influenza, ho avuto ricoverate praticamente solo persone con più di 80 anni. Tra l'altro hanno bisogno di degenze lunghe perché se tornano troppo presto a casa finiscono per ripresentarsi in ospedale», spiega Carlo Nozzoli di Fadoi che dirige un reparto di medicina al policlinico Careggi di Firenze.

— | L'INTERVISTA | —

Il ministro Balduzzi: intollerabile c'è troppa disorganizzazione

ROMA — Per il ministro della Sanità, **Renato Balduzzi**, «quello del pronto soccorso del Policlinico sembra essere un caso di disorganizzazione intollerabile». Il ministro ha inviato d'urgenza gli ispettori nel Policlinico romano. E afferma: «Sulla base degli elementi di cui dispongo al momento pare che il trattamento clinico della signora sia stato corretto. Le sono state date le medicine giuste. È il profilo organizzativo che non

ha funzionato. E quel che è grave è che nella struttura sono emersi anche altri problemi sempre sotto il profilo organizzativo». Troppa disorganizzazione, dunque. Un problema che, secondo il ministro Balduzzi, «va affrontato tramite un rafforzamento della governance della Regione e di chi controlla le aziende ospedaliere. Dobbiamo aprire un dialogo tra Stato e Regione per evitare che episodi analoghi si ripetano».

Prone a pag. 3

L'INTERVISTA Balduzzi: la medicina generale non può funzionare solo 5 giorni su 7

«Disorganizzazione intollerabile la Regione adegui il piano sanità»

Il ministro: disposto l'invio urgente di un nucleo ispettivo

La terapia risulta essere stata giusta è mancato il dialogo tra i reparti coinvolti *Bisognerà rivedere il ruolo dei medici di base e creare un lavoro d'equipe*

di **DIODATO PIRONE**
ROMA — «Quello del Pronto Soccorso del Policlinico sembra essere un caso di disorganizzazione intollerabile». E' ferma, al telefono, la voce del ministro della Sanità, **Renato Balduzzi**. Ha ricevuto da poco il primo rapporto degli ispettori che ha inviato d'urgenza nell'ospedale capitolino e lui, giurista che all'Università insegna tra l'altro management sanitario, ne dà al Messaggero una prima lettura ragionata.

Allora, ministro, che idea si è fatto di quel che è successo?
«Sulla base degli elementi di cui dispongo al momento pare che il trattamento clinico della signora sia stato corretto. In parole povere le solo state date le medicine giuste. E' il profilo organizzativo che non ha funzionato. E quel che è grave è che nella struttura sono emerse anche altre inappropriatezze, sempre sotto il profilo organizzativo».

Cosa vuol dire?
«Mettiamola così: il Pronto Soccorso ha fatto il suo dovere ma poi sembra essere venuto a mancare il dialogo fra lo stesso Pronto Soccorso e il resto del-

l'ospedale. E questo sembra non essere un caso isolato. Da quel che si capisce al momento, il protocollo che fissa modi e tempi di trattamento dei pazienti al Pronto Soccorso sulla base di afflussi ragionevolmente stimabili non sarebbe stato rispettato».

Lei sta dicendo che sarebbe comprensibile una permanenza prolungata in pronto soccorso in casi di afflussi eccezionali ma che invece questi episodi a Roma sarebbero cronici?

«Dico che questo problema che gli esperti definiscono come «dato disorganizzativo» va affrontato tramite un rafforzamento della governance della Regione e di chi controlla le aziende ospedaliere».

Colpa della Regione?
«Sulla base degli elementi disponibili non la metterei in questi termini. La Regione Lazio è una di quelle sottoposte ai cosiddetti Piani di rientro dallo sfioramento dei conti sanitari. In quest'ambito dobbiamo aprire un dialogo fra Stato e Regione per evitare che episodi analoghi si ripetano cercando di capire che cosa li determina e soprattutto, se fosse provato, perché si ripetono».

Lei avrà un'opinione...
«Guardi, oggi come oggi per

raggiungere il giusto livello di appropriatezza nel trattamento sanitario non è più sufficiente il solo aspetto clinico occorre anche una buona organizzazione. Le due cose sono inscindibili. Senza organizzazione la medicina da sola non funziona e ovviamente senza medicina appropriata la buona organizzazione è inutile. Da questo punto di vista il caso del Policlinico è emblematico. Pone un problema di sistema»

Come se ne esce?
«Senza grandi illusioni ma anche senza timidezze, dobbiamo cogliere l'occasione del Patto sulla salute per rimettere in moto le forze di cui disponiamo e puntare alla mitica continuità assistenziale».

Cosa significa in concreto?
«Ogni elemento del sistema sanitario italiano deve sentirsi responsabilizzato. L'altro giorno ho ribadito che la medicina generale non può funzionare cinque giorni su sette. E non ho fatto l'ennesima predica nel deserto perché le prime reazioni che ho ricevuto sono positive».

Forse il caso del Pronto Soccorso del Policlinico è indirettamente legato anche ai

comportamenti dei medici di base che spesso seguono poco i pazienti e non «filtrano» i ricoveri?

«Certamente qualche legame ci può essere. Sia gli utenti che i professionisti sanitari sono scontenti dell'attuale profilo dei medici di base. Bisogna capire dove stanno i profili di disfunzionamento e prendere sul serio l'obiettivo della continuità assistenziale».

Ad esempio?
«Da vent'anni si discute di trasformare il lavoro dei medici di base in un lavoro d'equipe proprio per evitare, tra l'altro, che il sabato e la domenica i pazienti si sentano abbandonati. Forse è giunta l'ora che si esca dall'ambito dei convegni».

Già, ma le risorse sono sempre più scarse...
«Sì, ma intanto cominciamo ad eliminare l'uso cattivo delle risorse che abbiamo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Roma Aperta un'inchiesta. L'ospedale: succede Policlinico sotto accusa Legata a una barella 4 giorni in Pronto soccorso

Una paziente «legata alla barella con delle lenzuola da quattro giorni», in attesa di un posto letto dopo un trauma cranico. La donna, 53 anni, «aveva la flebo con l'acqua fisiologica». A fare la scoperta sono stati due senatori, Domenico Gramazio e Ignazio Marino, durante una visita all'alba al Pronto soccorso dell'ospedale Umberto I a Roma.

Il ministero della Salute ha inviato gli ispettori, definendo il caso ingiustificabile. La vicenda è anche al vaglio della Procura. Una situazione che «capita spesso» replicano al Policlinico, aggiungendo che «la paziente è stata assistita al meglio 24 ore su 24 dalle migliori professionalità».

ALLE PAGINE 2 E 3
De Bac, Di Frischia

«Immobilizzata con le lenzuola» La Procura indaga sul Policlinico

Roma, lasciata 4 giorni al Pronto soccorso. Il direttore: capita spesso

ROMA — Quattro giorni su una barella, tra epilessia e stati soporosi, con le braccia legate perché si strappava le flebo, in attesa di un ricovero. È la storia di Miriam, scoperta ieri alle 10 nel Pronto soccorso del Policlinico Umberto I da Domenico Gramazio (Pdl) e Ignazio Marino (Pd), senatori eletti nel Lazio, nel corso di un blitz nell'ospedale universitario più chiacchierato d'Italia. La visita arriva dopo che l'intero sistema dell'emergenza della Capitale è finito sotto inchiesta della magistratura: le indagini partono dopo che vengono pubblicate sui quotidiani le foto di 2 malati ai quali viene praticato il massaggio cardiaco per terra. La scena è immortalata nell'ospedale San Camillo. Ora i magistrati vogliono capire se i fondi per la sanità siano stati usati correttamente anche per i servizi di emergenza.

Nell'Umberto I la malata, Miriam, 53 anni, soffre del morbo di Alzheimer: i parlamentari, però, denunciano che la donna, ammassata in una stanza insieme a molti altri pazienti, «è in coma dopo un trauma cranico, legata alla barella con delle lenzuola e senza nutrizione da 4 giorni». «La situazione è intollerabile, totalmente indecente», tuonano i due senatori turbati. La notizia scoppia come una

bomba: Antonio Capparelli, direttore generale del Policlinico, rimane incredulo. Ha accompagnato i parlamentari nel loro blitz (effettuato ieri anche nei pronto soccorso degli ospedali romani San Camillo e San Giovanni, entrambi molto affollati) e non si è accorto del caso che all'inizio appare scandaloso. Il manager chiede immediate spiegazioni ai responsabili del Dipartimento di emergenza (Dea). La replica è perentoria: «Capita spesso per la cronica mancanza di posti letto», si giustifica il direttore del Dea, Claudio Modini, mentre anche questo caso finisce al vaglio della procura di Roma. E dal ministero della Salute **Renato Balduzzi** alle 5 di pomeriggio invia d'urgenza gli ispettori nel nosocomio, bollando il caso come «ingiustificabile».

Miriam è ricoverata dal 17 febbraio in quella che il personale chiama «la piazzetta», una sala all'interno del pronto soccorso nella quale dovrebbero transitare i pazienti in attesa di ricovero, attesa che in casi di sovraffollamento può durare giorni, anche sei o sette. Nella piazzetta ieri alle 4 di pomeriggio ci sono 14 barelle: anziani e giovani, uomini e donne insieme, affiancati come barche in un porto infernale, tra chi respira con la mascherina dell'ossigeno e chi

ha una gamba rotta per un incidente in motorino.

Miriam da giorni non riesce a deglutire a causa dell'Alzheimer: è molto debole. «In 4 giorni è stata visitata 7 volte da specialisti di diverse branche — precisa Giuliano Bertazzoni, responsabile del Pronto soccorso medico dell'Umberto I —. Le abbiamo fatto due Tac cerebrali, un'ecografia, trasfusioni e 4 volte l'analisi del sangue. Non poteva essere alimentata normalmente perché ha avuto alcune crisi convulsive e attacchi di epilessia, ma l'abbiamo nutrita con le flebo». Perché la paziente era legata? «Visto che più volte si è strappata i tubi dalle braccia, non era lucida e rischiava di cadere dalla barella — risponde Bertazzoni — l'abbiamo "assicurata" con i lenzuoli intorno alle braccia a norma di legge, dopo avere chiesto il permesso ai familiari, come dimostra la cartella clinica. Lo scriva: i pronto soccorso sono al collasso per colpa dei tagli ai posti letto».

Dopo l'inattesa visita dei senatori, però, in meno di un'ora, salta fuori un letto per Miriam nel reparto di neurologia «B». Rimane il pazzesco sovraffollamento del pronto soccorso: e a testimoniarlo, due ore dopo, ci sono, come mostra il computer aggiornato in tempo reale, i 44 malati in atte-

sa di un ricovero, accampati su barelle e sedie, tra corridoi e sale al piano terra del Dipartimento di emergenza.

Anche Renata Polverini, presidente della Regione Lazio, è convinta che Miriam sia stata «gestita correttamente» e invita i cittadini «a fidarsi della sanità pubblica e soprattutto di tutto il personale altamente qualificato, medico e non medico». Ma Leoluca Orlando, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, commenta: «La situazione è drammatica nel Lazio e nelle altre regioni sottoposte a piano di rientro dal deficit. Perciò bisogna tutelare il diritto alla salute: troppo spesso, per far quadrare i conti, si effettuano tagli in termini di personale e posti letto».

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PATTO E RIPARTO**Risorse 2012, scontro finale***Il ministro: prove di deprivazione - Il Veneto dice no*

È subito scontro alla vigilia del confronto di questa settimana sul riparto del Fondo sanitario 2012 e sul Patto della salute. Ad accendere la miccia è il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che apre all'indice di deprivazione: «Si può fare qual-

che piccola sperimentazione», ha detto. Immediata la reazione del Veneto che ha ribadito la sua netta contrarietà: «Piuttosto sperimentiamo i costi standard», ha detto il governatore Zaia.

A PAG. 9

Riprende in settimana il confronto su patto e Fondo 2012: è subito scontro sulle risorse

Riparto, test di deprivazione

Balduzzi: «Sì a piccole sperimentazioni» - Veneto: «Siamo contrari»

Si apre un piccolo spiraglio nel muro granitico del riparto del Fondo sanitario 2012. Ad aprirlo è il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che alla vigilia di una settimana di fuoco per la Sanità - mercoledì e giovedì sul tavolo delle Regioni ci saranno il nuovo patto della salute e proprio il riparto 2012 - lancia un sasso nello stagno che rischia subito di provocare una piccola tempesta: «Non è bene cambiare radicalmente le regole. Però qualche piccola sperimentazione, che ci aiuti a capire come l'indice di deprivazione può essere utile per determinare il riparto delle spese, si può fare». Per Balduzzi «si possono tenere insieme rigore ed equità in un tempo di risorse limitate. Dobbiamo solo verificare come», ha aggiunto il ministro durante un convegno organizzato a Napoli la scorsa settimana sul Patto della salute. Parole, queste, che hanno scatenato l'immediata reazione del Veneto che prima con l'assessore alla Salute, **Luca Coletto**, e poi con il presidente **Luca Zaia** hanno ribadito il loro netto no all'introduzione dell'indice di deprivazione, il criterio cioè che prende in considerazione - oltre all'età e alla popolazione - anche le condizioni socio-economiche peggiori delle Regioni del Sud.

«Siamo fermamente contrari a questo come a ogni altro criterio che non si basi su elementi oggettivi e indiscutibilmente collegati ai bisogni

di salute dei cittadini, alla realtà epidemiologica, demografica e organizzativa», ha spiegato Coletto. «Prima di sperimentare la deprivazione - ha insistito l'assessore veneto -, si sperimentino i criteri e i costi standard. Per questo il Veneto è già pronto e disponibile». Sulla stessa scia il governatore **Luca Zaia** che boccia le «invenzioni barocche e scialacquatrici come la deprivazione». «Piuttosto se si vuol davvero fare il bene della Sanità - aggiunge Zaia in coro con il suo assessore -, si applichino i costi standard, i cui fondamenti sono di fatto alla base dei risultati di gestione ottenuti in Veneto».

A fianco del ministro si schiera ovviamente il presidente della Campania **Stefano Caldoro** che parla di «grande apertura». «Il ministro ci ha dato ragione sui parametri di riparto del fondo sanitario che penalizzano il Sud - ha detto Caldoro -, è chiaro che il ministro è stato prudente perché dobbiamo essere tutti d'accordo, però dire che si può sperimentare è il primo grande segnale perché vuol dire che quelle battaglie, che abbiamo posto da quando ci siamo insediati noi al tavolo sono condivise, giuste, eque per i cittadini». È d'accordo con il suo presidente **Raffaele Calabrò**, delegato alla Sanità per la Campania e strenuo difensore della deprivazione: «Abbiamo ottenuto che nell'ambito delle riunioni degli assessor-

ri alla Salute riguardanti il patto si passi da una visione economicistica a una visione che punti finalmente sulla qualità dell'assistenza sanitaria». Nella battaglia del riparto non ci sono in gioco solo i 108 miliardi del Fondo di quest'anno, ma molto di più. Il destino del riparto è legato, infatti, a doppio filo con il difficile confronto sul nuovo Patto della salute che dovrà decidere come impiegare le risorse fino al 2015. In più il 2012 è un anno di transizione cruciale per traghettare il Ssn verso i costi standard del federalismo che dovrebbero scattare dal 2013. Costi standard che saranno costruiti in base alle performance sui conti regionali di quest'anno. E quindi anche in base alle risorse che ogni Regione avrà a disposizione. Insomma la partita vale quasi un campionato. Per questo i prossimi incontri saranno sicuramente molto tesi.

L'agenda prevede che la Conferenza delle Regioni si riunisca in seduta straordinaria mercoledì 22 al termine delle Conferenze Unificate e Stato-Regioni (previste per le 15.30 e le 16). E poi per giovedì 23 alle ore 10, quando i lavori proseguiranno per l'intera giornata. È quasi sicuro però che le due giornate non basteranno per mettere tutti quanti d'accordo.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rossi (Toscana): «Tutti certifichino i bilanci come noi»

«**L**a Toscana ha i conti della Sanità in pari e, caso unico in Italia, i bilanci delle Asl certificati da agenzie esterne. Per verificare i conti in profondità è necessario fare così e su questo sfido anche tutte le altre Regioni a imitarci. Ne farò una battaglia personale e sono sicuro che i tecnici che oggi sono al Governo capiranno bene cosa intendo». Questa la reazione del presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, alla notizia dell'approvazione da parte della commissione parlamentare d'inchiesta della relazione sul disavanzo della Asl I di Massa.

«Il caso della Asl di Massa - prosegue il presidente Rossi - è esploso proprio grazie alle attività approfondite di controllo svolte dalla Regio-

ne. Quanto al mio comportamento personale lo ritengo esemplare. Non appena sono stato avvertito dai tecnici del "buco" di bilancio ho portato tutto all'attenzione della procura della Repubblica e della Corte dei conti. Ho rimosso e sostituito il direttore generale, ho avviato verifiche sugli ultimi dieci anni di attività della Asl. Ho pareggiato i conti, facendo in modo che nello stesso tempo anche i conti generali della Sanità toscana restassero in pareggio». «Sfido a trovare una Regione - conclude il presidente toscano - che abbia fatto tutto questo in circostanze analoghe. E sfido le altre Regioni a certificare i bilanci della Sanità tramite agenzie esterne come fa la Toscana».

Il focus. Un settore in controtendenza: l'aumento degli ordinativi dovrebbe proseguire anche nel 2012

Ma la farmaceutica batte un colpo

+13,8%

Gli ordini a dicembre

Produzione di prodotti farmaceutici di base e preparati farmaceutici

Laura Di Pillo

■ Una marcia quasi in solitaria. Tra i settori in controtendenza svetta quello della produzione di prodotti farmaceutici di base e dei preparati chimici: +6,2% l'aumento del fatturato di dicembre 2011 rispetto allo stesso periodo del 2010 con gli ordinativi che corrono a quota +13,8 per cento. Un trend costante nel 2011 spiegato dall'Istituto di statistica, che a sentire le imprese sembra confermato anche per il 2012. A trainare la corsa soprattutto i mercati esteri e in alcuni casi anche quello domestico. La boccata d'ossigeno riguarda anche le imprese dell'indotto, cioè i fornitori di prodotti, macchinari, semilavorati, tecnologie e packaging per l'industria farmaceutica (il 29 febbraio a Milano si farà il punto sull'evoluzione del settore nell'ambito della presentazione della fiera Pharmintech).

«Per il 2012 prevediamo una crescita degli ordini del 12% a livello globale» conferma il cavalier Sergio Stevanato presidente della Stevanato Group, azienda di famiglia con quartier generale a Piombino Dese, nel Padovano, e uno stabilimento a Latina, giunta alla terza generazione specializzata nella produzione di contenitori in vetro (fiale, flaconi, siringhe) per l'industria farmaceutica con l'87% delle vendite realizzate all'estero. Tra i

clienti big del settore come Pfizer, Sanofi, AstraZeneca. Complessivamente 1.400 i dipendenti e un fatturato 2012 verso quota 210 milioni (188 milioni nel 2011). «Stiamo investendo molto e concentrando in Italia le produzioni di eccellenza – conferma Stevanato – nel 2012 sbarcheremo in Cina con uffici commerciali e un nuovo impianto pronto nel 2014».

Tra i fornitori dell'indotto anche la Palladio Zannini, gruppo internazionale specializzato nel packaging farmaceutico con sede a Dueville (Vicenza): cinque siti produttivi, tre in Italia e due all'estero (Serbia e Irlanda), 400 dipendenti. «Facciamo astucci in cartoncino, fogli istruzione, etichette adesive per le più importanti multinazionali del farmaco – spiega l'ad del gruppo Mauro Marchi – nel 2011 abbiamo fatturato circa 61 milioni con una crescita sull'Italia del 6% e del 10% sui mercati esteri, per il 2012 prevedo stabilità negli ordini ma sono molto fiducioso su un mercato come quello farmaceutico che è sostanzialmente anticiclico». Segnali positivi anche per il gruppo Zhermack, quartier generale a Badia Polesine (Rovigo), filiali in Germania, Polonia, Stati Uniti, specializzati nella produzione di materiali per le impronte nel settore dentale. Fatturato a quota 50,8 milioni nel 2011 per Zhermack Italia, di cui l'80% realizzato all'estero: «Per il 2012 – spiega il direttore generale Paolo Ambrosini – stimiamo una crescita del 9% del fatturato, legata agli ordinativi e nuove assunzioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La strada maestra dei fondi integrativi

Il ricorso ai ticket non risolve il nodo della sostenibilità. Per questo è necessario potenziare il ruolo dei Fondi integrativi per salvare le cure di fronte agli ultimi drastici tagli.

A PAG. 10-11

Il ricorso a una maggiore compartecipazione alla spesa non risolve il nodo della sostenibilità

Fondi integrativi, cura del Ssn

Potenziare la mutualità per salvare le cure di fronte agli ultimi drastici tagli

Anziani assistiti

Paese	Domicilio	Residenza
Germania	8,4%	4,3%
Giappone	9,8%	3,1%
Inghilterra	8,0%	4,5%
Italia	4,9%	3,0%
Stati Uniti	14,0%	5,1%
Svezia	9,5%	7,5%

Fonte: Trends in severe disability among elderly people, OECD 2007; Germany 2004, the European observatory on health systems; La non autosufficienza in Italia 2010 Ministero del lavoro, Annuario statistico Istat 2006; Us Census Bureau, 2006

DI ISABELLA MASTROBUONO *
E GRAZIA LABATE **

La crisi economica non può e non deve essere occasione per rovesciare i principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, ma deve rappresentare una occasione di riflessione se si vuole mantenere l'universalità dell'accesso alle cure. Da più parti si leggono tentativi palesi od occulti di scardinamento del sistema con poche o assenti controproposte, troppo spesso incentrate su continui richiami alla medicina del territorio o all'appropriatezza, senza chiarire il perché in tutti questi anni si è poco proceduto in questa direzione, soprattutto per il territorio visto che l'Italia è agli ultimi posti in Europa per residenzialità e cure domiciliari integrate.

Non si può ignorare che l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza è ancorata alle compatibilità economiche, che la mutualità era ampiamente prevista all'articolo 9 della riforma 229/1999, così come nella legge 883 istitutiva del Ssn, con lo scopo di integrare davvero il sistema, che la libera professione allargata da strumento di transizione non è stata superata, divenendo poco produttiva e controllata, che il nostro universalismo si basa sul prelievo fiscale del lavoro dipendente autonomo e dei pensionati, in un Paese con un'elevata di evasione fiscale.

Il richiamo continuo al risparmio e all'efficienza si deve coniugare a un maggiore vigore alla lot-

ta agli sprechi e alle inefficienze allocative, ma non si può nascondere che l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica in campo biomedico, e la maggiore diffusione delle malattie cronico degenerative, che oggi con la crisi non trovano risposta mediamente adeguata, introducono costi crescenti in tutti i sistemi sanitari a prescindere dalla loro origine e nel contempo richiedono investimenti in risorse umane, strutturali e tecnologiche per far fronte a un futuro che non è lontano, ma è domani. Al tempo stesso, sono previste misure d'emergenza, quali aumenti dei ticket, che possono minare l'equità di accesso alle prestazioni se non si affronta alla radice il tema della sostenibilità all'interno di un possibile quadro di crescita del Paese.

In un nostro studio che sarà pubblicato prossimamente sulla rivista «Igiene e sanità pubblica», sono state analizzate le principali voci della compartecipazione alla spesa sanitaria nel nostro Paese, con riferimento ai farmaci, alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali e alle prestazioni di pronto soccorso e sono state avanzate stime circa possibili compartecipazioni aggiuntive relative all'erogazione ambulatoriale dei 108 Drg definiti inappropriati e all'introduzione di ticket per il ricovero ospedaliero stimando, quindi, il peso che queste avranno sulla spesa sanitaria unitamente a quelle già esistenti.

La Finanziaria 2012-2014 (legge 111/2011) prevede ticket ag-

giuntivi rispetto a quelli esistenti a partire dal 2014 mentre avanza decisa la volontà di una revisione delle esenzioni per reddito e per patologia. Così come sta accadendo in Italia, anche i più grandi Paesi Ue, sia a sistema Beverigeriano che Bismarkiano, di fronte alla crisi economica hanno agito aumentando il copayment, ma avevano forme già ampiamente estese, rispetto all'Italia, ancor prima della crisi. Al giungere di questa, la tendenza è stata all'aumento dei ticket esistenti, oppure sono state introdotte tasse di scopo per le patologie che nel tempo causano gravi problemi di salute e cronicità, tassa sui cibi ricchi di grassi in Danimarca e sulle bevande analcoliche con aggiunta di zuccheri in Francia, a esempio. Altre misure hanno riguardato l'inasprimento dei prezzi delle sigarette (in Svezia costano 8 euro a pacchetto), disposizione adottata anche in Italia recentemente, ma non per compensare il ticket aggiuntivo di 10 euro sulla specialistica, bensì per i maggiori costi previdenziali.

In Francia, per il ricovero ospedaliero, è prevista la compartecipazione di 16 euro al giorno per il costo di vitto e alloggio, dovuta per soggiorni superiori alle 24 ore, sia in strutture pubbliche che private accreditate. In Germania, il cittadino paga 10 euro ogni tre mesi per la visita dal Mmg, dallo specialista convenzionato e per accedere al pronto soccorso; e 10 euro al giorno nel caso di degenza ospedalie-

ra. Potremmo continuare con Svezia e Inghilterra, che hanno aumentato il ticket sui farmaci da aprile scorso a oggi e quello sul trasporto in ambulanza verso le strutture ospedaliere e così via. La principale differenza rispetto all'Italia è che in questi Paesi sono ormai diffusi sistemi di protezione integrativa mutualistica che attenuano i provvedimenti di aumento della compartecipazione ai servizi pubblici, potendo i cittadini socializzare il rischio attraverso la mutualità di territorio o negoziale. Il perdurare di proposte compartecipative, che si connotano non come calmieratori di un eccesso di domanda, ma come forme per aumentare le entrate del Fondo sanitario che, negli anni, ha subito drastici tagli (8 miliardi negli ultimi mesi a cui si aggiungono disavanzi per 23 miliardi), rischia di compromettere il futuro del Ssn, minandone le basi universalistiche.

* *Direttore sanitario Policlinico Tor Vergata e docente di Organizzazione sanitaria*
** *Ricercatore economia sanitaria coordinatrice tavolo fondi integrativi ministero della Salute (2007-2008)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'IMPATTO DEL COPAYMENT CHE CRESCE

Ticket per 6 miliardi? Non basta

Il ricorso alla compartecipazione eccessiva può generare conseguenze rilevanti sotto il profilo dell'equità, dell'efficienza e del contenimento della spesa sanitaria, ampiamente prese in esame da numerosi studi, di cui di seguito si elencano i principali risultati.

1 Quando si ricorre alle forme di finanziamento basate sulla capacità contributiva da parte del cittadino, le compartecipazioni rappresentano lo strumento più iniquo, poiché costituiscono una barriera per l'accesso ai servizi sanitari per le classi meno abbienti.

2 Le compartecipazioni non si dimostrano efficaci nel guidare il paziente verso un uso più selettivo e razionale dei servizi. Gli studi hanno infatti evidenziato una riduzione indiscriminata del ricorso alle prestazioni, anche nei casi in cui queste si dimostrano essere appropriate.

3 Un più alto livello di compartecipazione, pur essendo poco influente sugli esiti di salute dell'individuo, ha un'influenza significativamente negativa sui soggetti per i quali i trattamenti sono più necessari, sulle categorie più vulnerabili e sugli individui con basso reddito.

4 L'introduzione delle compartecipazioni dovrebbe limitare l'onere complessivo della spesa pubblica sanitaria. Il razionamento del consumo, a seguito delle introduzioni di varie forme di copayment, rappresenta solo una parziale fonte di contenimento dei costi, di breve periodo senza intaccare la spesa nel lungo periodo.

La necessità di ricorrere a forme di compartecipazione per ridurre l'onere complessivo di spesa sembra essere solo parzialmente fondata, visto che la riduzione o meglio il razionamento dell'utilizzo dei servizi sanitari a seguito delle compartecipazioni, spesso sembra essere controbilanciato da un concomitante aumento della spesa privata. Del resto, i recenti dati Ocse parlano chiaro: la spesa globale per la Sanità aumenta dappertutto in ambito europeo e l'Italia è sostanzialmente nella media con il 9,5% del Pil mentre la spesa «out of pocket» cresce costantemente e l'Italia conta la più elevata.

Una recente ricerca (luglio 2011) a cura del Censis ha dimostrato che solo il 35% delle famiglie intervistate ritiene che il sistema sanitario e assistenziale pubblico sia in grado di offrire una copertura sufficiente e oltre il 57% lo integra, quando necessario, «pagando di tasca propria». A oggi, soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro, la compartecipazione è utilizzata per coprire disavanzi di gestione, come prevede la normativa (405/2001), per cui proprio nelle Regioni nelle quali la capacità fiscale è ridotta, s'introduce uno strumento molto complesso con molte incognite sulla tutela del diritto alla salute.

Quando il sistema di compartecipazione si fa più oneroso, infatti, molti cittadini rinunciano alle cure mediche e, a causa dei tempi di attesa nel settore pubblico o

perché costretti a prestazioni in regime di intramoenia a pagamento, si rivolgono direttamente al settore privato di fatto favorendo lo sviluppo della «Sanità low cost», che ormai fattura quasi 10 miliardi con una crescita del 20-30% l'anno.

Un fenomeno destinato a espandersi ancor di più con l'entrata in vigore di nuovi ticket: a quel punto curarsi nelle strutture sanitarie private o low cost diventerà quasi più conveniente che rivolgersi alle strutture pubbliche, alle quali rimarranno i costi fissi legati al personale e alle attrezzature.

La recente proposta dei direttori generali degli assessorati alla Sanità delle Regioni per il Patto per la salute 2013-2015, del 24 gennaio 2012, non considerata ufficiale da parte dei Governatori, pone tra le azioni prioritarie il problema della rimodulazione della compartecipazione alla spesa dei cittadini nei settori della specialistica ambulatoriale, della farmaceutica e del pronto soccorso, puntando a innalzare la percentuale di prestazioni soggette a compartecipazione rispetto all'attuale 30%, sulla base dei seguenti principi generali:

1. compartecipazione crescente al crescere della tariffa ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta;
2. compartecipazione differenziata per situazione economica;
3. limitazione delle esenzioni diverse dal reddito (patologia, invalidità ecc.) alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità;
4. innalzamento da 65 a 70 anni del limite di età e contestuale riduzione, rispetto ai 36mila euro attuali del reddito familiare, per le esenzioni da reddito.

La proposta prevede anche l'introduzione di ticket per i dispositivi medici, con particolare riguardo alle protesi, agli ausili per diabetici, alimenti per celiaci, pannolini e ossigeno domiciliare.

Il tutto dovendo ristabilire i criteri di individuazione di indicatori di Situazione economica equivalente (Isee), sulla base della vecchia proposta del «sanitometro», prevista dal Dlgs 29 aprile 1998 n. 124, che da 14 anni attende di essere applicata, ma che oggi si incontra e si scontra con un sistema fiscale sperequato e con parametri di revisione dei patrimoni immobiliari e mobiliari da portare a compimento. Certamente è necessaria una correzione per pervenire a indicatori equi del nucleo familiare e dei suoi bisogni, cui fare corrispondere criteri di esenzione e modalità di compartecipazione che dovrebbero avere la caratteristica di essere generalizzabili per tutti i servizi pubblici utilizzati dai cittadini, dalla Sanità all'istruzione, dai servizi sociali a quelli culturali e così via. Erratica sarebbe la visione di partire dalla Sanità senza trovare le cerniere di coerenza con il sociale, il patrimonio immobiliare, i risparmi delle famiglie, le grandi rendite finanziarie.

A quanto ammonteranno i ticket nel

prossimo futuro non è ancora noto, ma dallo studio al quale si rimanda per approfondimenti, sulla base dei dati a disposizione, purtroppo non esaustivi, la situazione attuale del copayment in Italia sembra essere la seguente.

Per la farmaceutica, secondo i dati Federfarma 2010, i ticket ammontano a 987.543.000 euro, mentre per la specialistica il valore è di circa 3.848.910.000 euro (ottenuto moltiplicando gli 83 milioni di ricette dei pazienti non esenti registrate dal ministero della Salute per il valore medio di 46,15 euro, comprensivo dei 10 euro aggiuntivi) mentre per i codici bianchi, (pari a circa 2.385.532 nel nostro Paese su un totale di 23.855.321 accessi secondo i dati 2008) il costo dei ticket è orientativamente pari a 59.638.300 (ottenuto moltiplicando il numero degli accessi per 25 euro) per un totale di 4.896.091.300 euro.

A questi potrebbero aggiungersi i tickets relativi ai 108 Drg a rischio inappropriata la cui stima nello studio al quale si rimanda per approfondimenti si aggira intorno ai 373.000.000 milioni di euro ed eventuali ticket sulla degenza, pari a circa 711.621.020 milioni di euro.

Il primo valore è stato ottenuto partendo da quanto previsto nel Patto per la salute del 2009, che in attesa del nuovo Dpcm Lea, prevede: «In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del Dpcm di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 26 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 Drg ad alto rischio di inappropriata di cui all'allegato 2C del Dpcm 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le Province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero».

Dai dati ottenuti dal «Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati Sdo 2012 del



ministero della Salute», le Sdo in Italia nell'anno 2010 sono state 11.085.404. Le Sdo riferite ai Drg chirurgici sono state 1.992.323, i 42 Drg chirurgici a rischio di inappropriatazza (cioè le Sdo trasferibili in regime ambulatoriale) risultano 1.361.043; di questi 1.076.200 (79%) potrebbero essere soggetti al pagamento del ticket. Il copayment previsto per gli interventi di chirurgia ambulatoriale è stato rapportato al più alto oggi esistente in Italia (Regione Molise) pari a 80 euro, al quale sono stati aggiunti i ticket di un set di esami pre-intervento standard per un valore di 137,28 euro. Moltiplicando tali valori per le Sdo trasferibili in chirurgia ambulatoriale si ottiene un valore di 233.836.736 euro.

Per quanto riguarda i 66 Drg medici è stata ipotizzata la creazione per ciascuno di 4 pacchetti per ogni paziente che includono: la diagnostica per immagini, la diagnostica di laboratorio, le indagini strumentali e le visite. A ciascun pacchetto corrisponde indicativamente un ticket di 46,15 euro (36,15 euro + 10,00 euro) che moltiplicato per 4 porta a un valore di 184,60 euro. Se applichiamo la cifra precedente al numero totale dei pacchetti medici, 756.234, ne consegue che la spesa complessiva arriva a 139.600.796,40 euro. Sommando 233.836.736 euro (importo dei ticket dell'attività di chirurgia ambulatoriale) a

139.600.796,40 (importo ticket degli Apa), la riscossione dei ticket ammonta a 373.437.532,40.

Anche il ricovero ospedaliero rientra tra le prestazioni che potrebbero essere soggette a compartecipazione. Sempre dalle Sdo 2010 del ministero della Salute si evince che l'attività ospedaliera, nell'anno 2010, si è attestata a 11.085.404 ricoveri (in diminuzione del 4,9% rispetto al 2009). Le giornate di ricovero globali sono state 71.162.102, la durata media della degenza ospedaliera per un ricovero ordinario risulta essere di 6,7 giorni. Se fosse applicato un ticket di 10 euro a ogni ricovero ospedaliero per i 6,7 giorni di degenza media, si arriva a un valore stimato dei ticket di 711.621.020 euro. I circa 6 miliardi di euro di ticket che ne derivano non sono sufficienti a coprire gli 8 miliardi di risorse sottratte al Fsn e nemmeno a mettere in sicurezza il sistema, gravato da circa 23 miliardi di euro di disavanzo che, già con l'aumento dell'Irpef regionale prevista dal decreto salva Italia e con tutte le azioni di efficientizzazione in corso e di quelle future o sulle "piccole azioni quotidiane" che si possono e devono mettere in atto, sono insufficienti a garantire la tenuta del sistema.

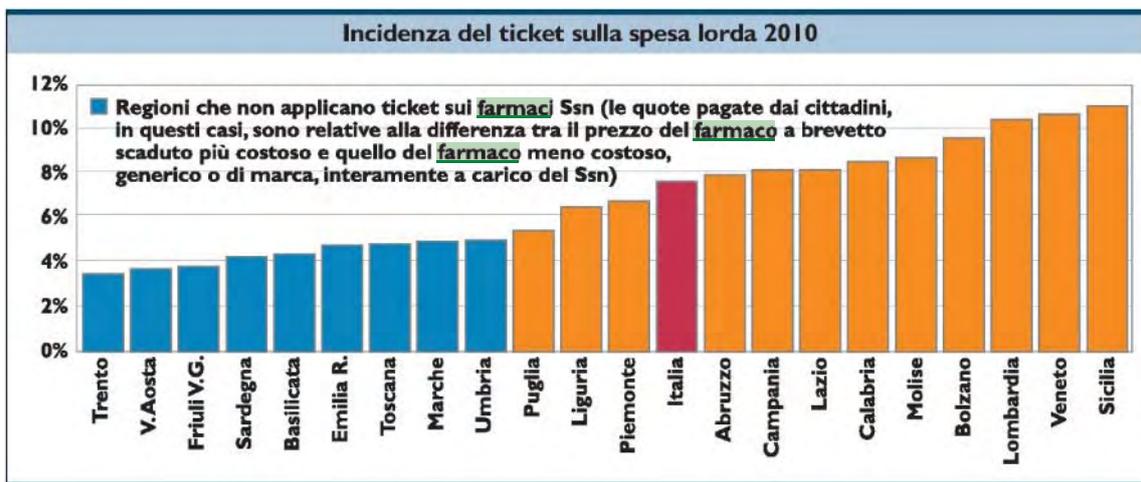
Certamente una revisione dell'attuale assetto della compartecipazione è necessaria. Sareb-

be utile un attento esame delle esenzioni, per cercare di rendere più equo il sistema, tenendo conto che secondo una recente ricerca ogni cittadino spenderà in media 140 euro all'anno per i ticket, senza considerare i prossimi aumenti. Lo scenario futuro potrebbe addirittura superare e di molto quello attuale con ticket progressivi e un onere pro capite superiore, con i rischi sopra riportati.

A queste considerazioni si deve aggiungere che i recenti provvedimenti legislativi sono intervenuti sia sul settore sanitario con un risparmio atteso di circa 8 miliardi per il Ssn nel prossimo biennio sia con tagli sul settore sociale pari a oltre 20 miliardi nel 2014 con la conseguente riduzione del fondo per le politiche sociali e azzeramento di quello per la non autosufficienza, con gravi ripercussioni sull'erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie prime fra tutte quelle legate all'assistenza domiciliare e residenziale.

Ed è proprio nel settore della spesa per l'assistenza sociale che l'Italia, rispetto agli altri Paesi europei si caratterizza per un eccesso di trasferimenti in denaro ai cittadini piuttosto che di servizi alla persona, un aspetto che può essere considerato una opportunità di crescita e di lavoro se inserita in una proposta coerente di respiro nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rapporti al Pil	Tutte le prestazioni di protezione sociale				Invalidità			
	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*
Eu-27	25,3	16,5	8,8	34,9%	2,0	1,6	0,4	21,5%
Eu-15	26,0	16,8	9,2	35,3%	2,1	1,6	0,5	22,3%
Danimarca	28,9	16,7	12,2	42,2%	4,4	3,0	1,4	32,0%
Germania	26,7	17,8	8,8	33,1%	2,1	1,5	0,6	26,6%
Spagna	22,2	14,2	8,0	36,0%	1,6	1,3	0,2	15,7%
Francia	29,3	19,0	10,3	35,0%	1,7	1,2	0,5	31,1%
Italia	26,5	19,2	7,3	27,4%	1,6	1,5	0,1	4,5%
Svezia	28,8	15,7	13,1	45,5%	4,3	2,3	2,0	46,4%
Regno Unito	22,7	12,9	9,8	43,1%	2,5	2,1	0,4	16,5%

(*) Come percentuale del totale

Le risorse del Welfare

Vecchiaia e superstiti				Salute			
Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*
11,5	11,1	0,4	3,4%	7,5	0,9	6,6	87,9%
11,7	11,3	0,4	3,5%	7,7	0,9	6,8	88,0%
11,1	9,3	1,8	16,3%	6,7	1,1	5,7	84,2%
11,5	11,4	0,0	0,2%	8,1	1,3	6,8	83,6%
8,8	8,3	0,5	5,8%	6,8	1,1	5,7	83,8%
13,4	13,1	0,3	2,6%	8,7	0,7	8,0	91,9%
16,1	15,9	0,1	0,8%	7,0	0,6	6,4	91,9%
12,0	9,6	2,4	20,1%	7,5	1,3	6,2	83,1%
9,0	8,5	0,5	6,0%	7,6	0,6	7,0	92,0%

Il possibile impatto dei ticket sui Drg inappropriati

Riepilogo importo tickets delle prestazioni afferenti nei 108 Drg potenzialmente inappropriati da trasferire in ambulatorio

ITALIA - TICKETS

Chirurgia ambulatoriale complessa

Ticket € 80 (interv.) + € 137,28 (esami preoperatori) = 217,28 €

Interventi eseguibili n. 1.076.200 x euro 217,28 (=) € 233.836.736,00

Apa accorpamenti medici

Ticket € 46,15 x 4 pacchetti = 184,60 €

Apa medici n. 756.234 x euro 184,60 (=) € 139.600.796,40

Totale riscossione tickets (=) € 373.437.532,40

nei principali Paesi Ue

	Disoccupazione				Famiglia/Minori			
	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*
	1,3	1,2	0,1	7,6%	2,1	1,4	0,7	32,1%
	1,4	1,3	0,1	7,5%	2,1	1,4	0,7	32,9%
	1,4	1,3	0,1	5,6%	3,8	1,5	2,3	60,5%
	1,4	1,4	0,1	5,1%	2,8	2,0	0,8	27,8%
	3,0	2,7	0,3	9,1%	1,5	0,6	0,9	57,0%
	1,7	1,7	0,0	1,1%	2,5	2,0	0,5	20,2%
	0,5	0,5	0,0	2,8%	1,3	0,7	0,5	42,9%
	0,9	0,7	0,2	20,7%	3,0	1,5	1,5	50,0%
	0,6	0,5	0,1	19,7%	1,7	1,1	0,5	31,2%

	Casa				Altra esclusione sociale			
	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*
	0,5	-	0,5	100,0%	0,3	0,2	0,1	32,7
	0,6	-	0,6	100,0%	0,4	0,2	0,1	32,7
	0,7	-	0,7	100,0%	0,8	0,5	0,2	30,6
	0,6	-	0,6	100,0%	0,2	0,1	0,0	18,4
	0,2	-	0,2	100,0%	0,3	0,1	0,2	65,1
	0,8	-	0,8	100,0%	0,4	0,4	0,0	8,4
	0,0	-	0,0	100,0%	0,1	0,0	0,1	93,7
	0,5	-	0,5	100,0%	0,6	0,3	0,3	47,7
	1,2	-	1,2	100,0%	0,2	0,2	0,0	11,7

Fonte: Eurostat

In studio. Termine al 30 giugno per la libera professione «allargata»

Camici sul piede di guerra per i limiti all'intramoenia

IL MILLEPROROGHE

Stop all'esercizio della professione anche in strutture fuori dell'azienda ospedaliera di appartenenza e negli studi medici

Paolo Del Bufalo

■ Medici sul piede di guerra per il giro di vite sulla libera professione intramoenia. Il decreto Milleproroghe ha limitato al 30 giugno sia la possibilità di esercitarla anche in strutture al di fuori dell'azienda di appartenenza e negli studi medici (la cosiddetta intramoenia "allargata"), sia il tempo che le regioni hanno per realizzare le strutture interne da dedicare a questa attività.

E il ministro della Salute **Renato Balduzzi** ha annunciato due giorni fa che non ci saranno proroghe ulteriori, come invece chiedono i sindacati a gran voce perché, sostengono, senza intramoenia allargata di fatto si toglie la possibilità di esercizio della libera professione. Anaa e Cimo, i maggiori sindacati degli ospedalieri, chiedono un coinvolgimento più diretto dei medici nelle scelte di politica sanitaria perché l'intramoenia è «un diritto dei medici», sostengono. Un diritto che non si può esercitare annullando la possibilità di utilizzare strutture e studi esterni a quelli pubblici, perché non esistono ancora gli spazi necessari all'interno delle aziende per la libera professione in tutte le regioni. Solo la metà infatti ha utilizzato il 100% delle risorse messe a disposizione dalla legge (oltre 800 milio-

ni), ma gli interventi "collaudati" e quindi in funzione sono anche tra queste al 100% solo in Umbria. Eppure la legge dettava tempi massimi di tre anni per l'adeguamento alle sue previsioni. Pena «l'esercizio di poteri sostitutivi fino alla destituzione» dei direttori generali inadempienti e la preclusione per le regioni ai finanziamenti integrativi del fondo sanitario nazionale.

Anche la Cgil medici, che appoggia l'iniziativa del ministro di interrompere l'intramoenia allargata, sottolinea però che è necessario dare precise e, questa volta, rigide scadenze alle regioni inadempienti.

In effetti l'intramoenia problema ha, anche al di là della realizzazione delle strutture. Secondo la relazione dell'Osservatorio nazionale sulla libera professione pubblicata a gennaio, la legge del 2007 che regola l'intramoenia è applicata ancora solo a metà, soprattutto per i controlli. Nel 2010 in 9 regioni non sono state avviate misure anti-conflitto di interesse; solo in 11 regioni tutte le aziende riscuotono gli onorari per conto dei medici.

Onorari che nel 2010 hanno portato a incassi di circa 1,3 miliardi, di cui poco più di uno è andato ai medici e poco meno di 200 milioni alle strutture del Servizio sanitario da cui questi dipendono. Un costo pro capite di circa 21 euro medi l'anno per i cittadini italiani che la richiedono per poter essere sicuri di avere le cure del medico scelto anche in ospedale, ma spesso anche per bypassare le liste di atte-

sa. Chi sceglie l'intramoenia ottiene una visita e/o una analisi nella maggior parte dei casi entro una settimana (il 70% in media, con punte oltre l'80% per le visite otorinolaringoiatriche e poco più del 60% per le risonanze magnetiche) contro una media per le stesse prestazioni (non in urgenza) che arriva anche a code dai 6 agli 8 mesi per le visite e oltre 10 mesi per la diagnostica e il laboratorio.

Nel 2010 poco meno dell'1% delle prestazioni in ricovero è stato eseguito in intramoenia, contro circa il 6-8% di visite specialistiche e esami diagnostici.

A livello regionale i record positivi di attesa per visite specialistiche in intramoenia si hanno nelle Marche, dove ad esempio per una visita ortopedica quasi il 70% di richieste viene evaso nello stesso giorno, in Piemonte dove il 100% di risonanze al cervello è in giornata e stesso risultato in Toscana per le Rm alla colonna. Sul versante opposto va male per le visite oculistiche in Umbria, con oltre il 60% di prestazioni che superano i 60 giorni e in Basilicata in cui la stessa sorte tocca al 55% delle Rm alla colonna, al 50% di quelle a cervello e tronco. Anche per l'intramoenia a volte le code si allungano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Privacy. Sul web

Pazienti online informati dei rischi

ROMA

■ Maggiore consapevolezza nel mettere in rete informazioni relative al proprio stato di salute. È quanto chiede il Garante della privacy a tutti coloro che partecipano a forum, blog e social network nei siti che si occupano esclusivamente di tematiche sanitarie. Opera di sensibilizzazione che si è concretizzata in una serie di linee guida rivolte, in prima istanza, ai gestori dei siti (sono esclusi i servizi di assistenza online e la telemedicina), ai quali l'Authority chiede di inserire in rete speciali avvertenze che rendano edotto l'utente sui rischi che si corrono a far circolare sul web notizie sensibili.

L'avvertenza deve far presente che si può mantenere l'anonimato, per esempio utilizzando un nickname, e che si può evitare di pubblicare dati di contatto (come l'indirizzo di posta elettronica) che possono rivelare l'identità di chi inserisce le informazioni sulla propria salute. Si deve, inoltre, chiedere all'utente l'opportunità di pubblicare, o meno, foto o video, che consentano di identificare o rendere identificabili persone e luoghi, comprese terze persone.

L'informativa deve anche chiedere all'utente se intenda divulgare i dati o circoscriverne la loro conoscenza a quanti sono registrati presso il sito (ovviamente, nel caso l'accesso preveda la registrazione, visto che ci sono anche indirizzi sul tema salute completamente liberi).

Ultimata la lettura dell'avvertenza, l'utente deve dimostrare di averne presa visione apponendo un segno su un'apposita casella.

A. Che.

RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici, sempre più care le polizze anti-rischi

Sara Todaro ▶ pagina 19

Le polizze. Rischio massimo nei reparti di ostetricia e ginecologia

Per assicurare un medico premi sempre più cari

IL TREND

Il maggior numero di richieste di risarcimento danni si concentra al Nord Ma al Centro la copertura costa di più

Sara Todaro

■ Nel giro di un anno, a fronte di un aumento di circa l'8% del tasso di rischio clinico ogni 100 medici, il costo assicurativo medio per camice bianco è aumentato a livello nazionale del 23,86% per un totale 4.569 euro a professionista: quasi mille euro in più in soli 12 mesi. Ma le medie dicono poco quando in gioco c'è la necessità degli ospedali di tutelarsi dalle ricadute economiche di veri o presunti errori: c'è medico e medico; c'è paziente e paziente.

Così, l'onere per la copertura assicurativa di un ricovero in chirurgia generale è aumentato solo del 5,75% per un valore unitario di 82,22 euro a fronte di un valore medio nazionale di 71,54 euro a degenza, mentre in ostetricia - dove il posto letto in termini di Rc vale la cifra record di 6.739 euro - la copertura assicurativa per ogni singolo nato ha pesato 196,30 euro sulle casse della struttura, con un aumento del 31,36 per cento.

A confermare il dilagare del caro-polizza nelle corsie del Ssn è la terza edizione della «Medmal Claims Italia», realizzata dalla società di brokerage Marsh su un campione

di 80 ospedali pubblici, anticipata nel numero in distribuzione del settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità».

Lo studio - presentato ieri a Milano dall'autore, Emanuele Patrini (Healthcare Practice Leader Marsh) - prende in esame un totale di circa 28mila richieste di risarcimento a fronte di un totale di 2 milioni e 200mila ricoveri gestiti da 34mila 629 medici e 81mila 187 infermieri. Dai dati è emerso che avvengono 10,15 sinistri ogni cento posti letto, 2,70 ogni mille ricoveri, 17 ogni cento medici, 7,36 ogni cento infermieri.

Ancora una volta, la realtà fotografata dalle medie non dà conto della variabilità geografica: gli eventi avversi sono 8,89 ogni cento posti letto al Nord, 11,61 al Centro e 12,12 al Sud; in rapporto ai medici si registrano invece 15,16 eventi avversi ogni cento dottori al Nord, 20,61 al Centro e 15,46 al Sud.

La rilevazione conferma i trend e la variabilità regionale già evidenziati nelle due prime edizioni: il maggior numero di richieste di risarcimento danni si concentra al Nord (54,58% del totale analizzato), sempre al Nord si registra il maggior numero medio di richieste per singola struttura (40%). Ma è il Centro a dover versare l'obolo più pesante sul fronte della copertura del rischio. Ogni ricovero costa 80,12 euro contro i 71,43 del Sud e i 74,82 del Nord; ogni

dottore spedito in corsia costa 5mila 700 euro: 1.700 euro in più che al Sud; circa mille in più che al Nord. Primati da brivido.

Altrettanto elevati sono gli importi liquidati e la tempistica di gestione del contenzioso: nei sette anni sotto la lente è stato chiuso solo il 31% delle richieste di indennizzo, il 45% delle pratiche è ancora in itinere; il 20% s'è perso strada facendo. Per gli 8.725 casi risolti è stato liquidato un valore complessivo di oltre 233milioni di euro, per una media di quasi 27mila euro ad evento.

L'evento più costoso in assoluto è stato registrato in un punto nascita e ha meritato 2milioni 124mila euro di risarcimento. Un dato che salta agli occhi specie in questi giorni in cui è riesplso il dibattito sul ricorso al cesareo nelle ostetricie nazionali, oggetto anche di una risoluzione oggi al voto di Montecitorio. Certo è che anche il liquidato medio per un errore nel punto nascita sfonda il muro del suono: 270mila euro, contro i 207mila in chirurgia e i circa 29mila in ortopedia.

A far riflettere è anche il trattamento che il caro-polizze riserva agli ospedaletti: nelle strutture di primo livello la copertura assicurativa costa 3mila euro a letto (81,63 euro a ricovero); nei policlinici universitari - dove magari la casistica è più complessa - si spendono almeno 500 euro in meno (66,85 a ricovero).

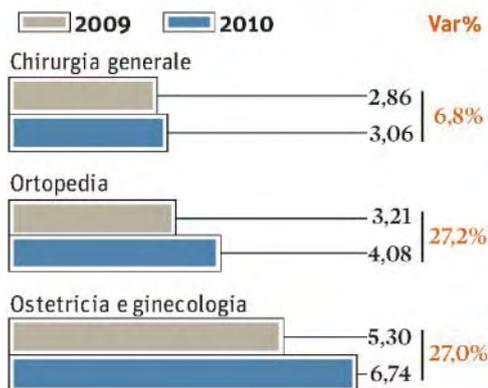
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Oneri in salita per gli ospedali pubblici

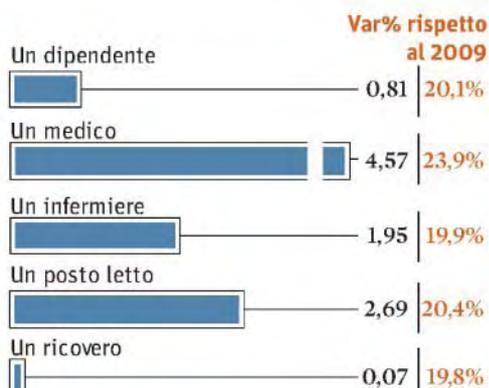
I REPARTI «CALDI»

I costi per posto letto della Rc medica negli ospedali pubblici. **In migliaia di euro**



I VALORI MEDI

Valori assicurativi medi negli ospedali pubblici. **In migliaia di euro dati 2010**



Fonte: elaborazione del Sole 24 Ore su dati Marsh