

Mercoledì 8 luglio 1998

12 l'Unità

LE CRONACHE



«Non c'è competizione tra le strutture che forniscono i servizi». Bindi: «La salute non risponde al mercato»

L'Antitrust bocchia la riforma sanitaria

IL CASO

Infezioni in ospedale Muoiono 25mila pazienti ogni anno

ROMA. In ospedale non ci si cura soltanto, si rischia di prendere infezioni anche gravi che incidono pesantemente sul costo sociale della spesa sanitaria complessiva e che avrebbero - secondo uno studio approssimativo - come conseguenze dirette e indirette 25 mila decessi all'anno. È stato calcolato che su 106 mila miliardi di lire complessive (tanto è la spesa per la sanità italiana) l'1% va per le infezioni ospedaliere, cioè oltre 1000 miliardi di lire. Nel 1987 era pari a 800 miliardi di lire, l'1,03% della spesa sanitaria complessiva, lo 0,08 del pil, il 2,2%

In Italia circa 6,8 pazienti su 100 contraggono un'infezione nel corso di un ricovero in ospedale. Il costo è di 800 miliardi l'anno

La prevenzione - è stato sottolineato al convegno - passa anche attraverso regole standard come lavarsi le mani, utilizzare i guanti, le mascherine, etc. Ma è stato altresì ricordato che le infezioni nosocomiali possono portare addirittura al decesso. In un ospedale con 1000 posti letto e 2000 infermieri, i decessi per infezione ospedaliere risultano pari a 17 casi annui.

Tra i microrganismi responsabili delle infezioni nosocomiali, i più «pericolosi» sono gli stafilococchi aurei (su 3 pazienti con infezione ospedaliere, uno è causato da microrganismi). Le infezioni

prese in ospedale rappresentano lo 0,22% del Pil in Germania, lo 0,03% nel Regno Unito, lo 0,11 negli Usa. In Canada è pari allo 0,16 del costo diretto, a cui va aggiunto lo 0,23% di quello indiretto. Si può quindi ipotizzare che l'incidenza del costo «indiretto» delle infezioni nosocomiali in tutti i paesi occidentali può essere pari a un terzo del costo totale.

Non tutti gli ospedali, poi, si sono dotati di «infermiera addetta al controllo per la prevenzione», raccomandata già dall'85 dal Ministero della sanità. In Italia solo il 25% degli ospedali hanno previsto questa «figura» contro il 60-70% degli altri Paesi europei (la Svezia ha raggiunto l'80%). La mortalità delle infezioni nosocomiali, come causa diretta o indiretta - secondo appunto gli studi - si aggira intorno ai 25.000 decessi all'anno. Considerata la rilevanza del fenomeno il problema è stato sottolineato anche nel Piano sanitario nazionale '98-2000, tanto che la prevenzione delle infezioni ospedaliere rappresenta un obiettivo specifico di salute per il prossimo triennio, durante il quale, con adeguati programmi di controllo, si dovrebbero ridurre le infezioni ospedaliere del 25%.

L'idea sarebbe venuta alla task-force di esperti d'igiene, tecnici, ingegneri e architetti che sta studiando un piano di risanamento della struttura universitaria ospedaliere. Il pool avrebbe preso come modello quello usato dai Nas. Cioè, la chiusura temporanea di tutto ciò che non è sicuro, a norma o che potrebbe risultare pericoloso. Ubaldo Radicioni dello Spi-

in alcuni ospedali la prevenzione può raggiungere e superare il 70% dei casi e quindi ridurre le infezioni drasticamente. «Le infezioni più prevenibili sono quelle associate alle manovre fatte in ospedale dall'uomo e all'uso corretto di tecnologie - ha aggiunto - ma si può intervenire anche con atteggiamenti parsimoniosi, riducendo cioè gli interventi «non strettamente necessari».

La prevenzione - è stato sottolineato al convegno - passa anche attraverso regole standard come lavarsi le mani, utilizzare i guanti, le mascherine, etc. Ma è stato altresì ricordato che le infezioni nosocomiali possono portare addirittura al decesso. In un ospedale con 1000 posti letto e 2000 infermieri, i decessi per infezione ospedaliere risultano pari a 17 casi annui.

Tra i microrganismi responsabili delle infezioni nosocomiali, i più «pericolosi» sono gli stafilococchi aurei (su 3 pazienti con infezione ospedaliere, uno è causato da microrganismi). Le infezioni

prese in ospedale rappresentano lo 0,22% del Pil in Germania, lo 0,03% nel Regno Unito, lo 0,11 negli Usa. In Canada è pari allo 0,16 del costo diretto, a cui va aggiunto lo 0,23% di quello indiretto. Si può quindi ipotizzare che l'incidenza del costo «indiretto» delle infezioni nosocomiali in tutti i paesi occidentali può essere pari a un terzo del costo totale.

Non tutti gli ospedali, poi, si sono dotati di «infermiera addetta al controllo per la prevenzione», raccomandata già dall'85 dal Ministero della sanità. In Italia solo il 25% degli ospedali hanno previsto questa «figura» contro il 60-70% degli altri Paesi europei (la Svezia ha raggiunto l'80%). La mortalità delle infezioni nosocomiali, come causa diretta o indiretta - secondo appunto gli studi - si aggira intorno ai 25.000 decessi all'anno. Considerata la rilevanza del fenomeno il problema è stato sottolineato anche nel Piano sanitario nazionale '98-2000, tanto che la prevenzione delle infezioni ospedaliere rappresenta un obiettivo specifico di salute per il prossimo triennio, durante il quale, con adeguati programmi di controllo, si dovrebbero ridurre le infezioni ospedaliere del 25%.

ROMA. L'Antitrust fa le bucce alla riforma sanitaria: a quella del '92 e a tutte le successive modificazioni, compresa alla legge delega, da poco votata alla Camera. Le critiche e i «suggerimenti» dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, (solicitata a occuparsi della questione da case di cura, laboratori di analisi e da privati cittadini), riguardano la «mancanza di concorrenzialità» tra chi fornisce i servizi sanitari ai cittadini e, di conseguenza, l'assenza di una libera scelta da parte degli utenti, nonché l'impossibilità di risparmiare.

L'indice è puntato in particolare sulle norme che regolano gli «accreditamenti» delle strutture private al servizio pubblico, effettuati dalle Regioni. In pratica si dice: la legge lascia mano libera alle Regioni che «accreditano» le strutture che forniscono i servizi al cittadino, basandosi non su criteri uniformi di qualità, affidabilità ed efficienza, ma su «altri» criteri programmati consolidati negli anni. Tutto ciò non crea competizione tra le strutture, ostacola la concorrenza, impedisce la libera scelta del cittadino, non consente risparmi.

Immediata la risposta del ministero della Sanità che sottolinea come il campo della tutela della salute non possa essere affidato alla spontaneità del mercato, dove finirebbero per prevalere logiche davvero selettive e discriminatorie nei confronti dei singoli cittadini. Anche l'on. Marida Bolognesi, presidente della Commissione Affari sociali della Camera rileva co-

me il sistema sanitario nazionale non sia assimilabile a un qualsiasi sistema assicurativo, dove è previsto il «terzo pagante» e dove la competizione riduce i costi: pagare meno in questo caso non fornisce più garanzie per la tutela della salute.

Ma riprendiamo dalle critiche dell'Antitrust e dai «suggerimenti» che vengono dati al governo e al Parlamento. La coincidenza nella Asl, tra ente erogatore di servizi ed ente pagatore degli stessi servizi,

I programmi alle Regioni Le Asl devono dare fondi e controllare

secondo l'Autorità garante, è la «distorsione» principale, perché il budget di spesa delle Aziende sanitarie locali, è calcolato sui rimborsi delle prestazioni dell'anno precedente: più sono onerose e più il budget è ampio. Di conseguenza la Asl sono incentivate a fornire servizi «eccezionali», perché meglio remunerati e nel contempo pagando sé stesse, non hanno interesse a risparmiare. Ecco allora la necessità, secondo l'Antitrust di separare i soggetti e dunque: alle

Regioni, funzioni di programmazione; alle strutture pubbliche e private, l'erogazione dei servizi; alle Asl, che assumerebbero così funzioni pienamente manageriali, pagamento e controllo. Ma per rendere ancora più efficace il sistema, bisognerà utilizzare - raccomanda l'Antitrust - nuovi criteri «equi, oggettivi e trasparenti» per la scelta delle strutture da accreditare.

«Anche il ministro della Sanità - replica Rosy Bindi - vuole un sistema di accreditamento equo, oggettivo e trasparente, ma al contrario dell'Antitrust ritengo che si debba confermare la duplice funzione delle Asl, sia quella di tutelare la salute, sia di erogare prestazioni. Senza questa duplice funzione non sarebbe possibile garantire ai cittadini l'effettivo accesso a tutti i servizi e alle prestazioni previste dai livelli di assistenza: l'economicità o meno di alcune prestazioni, il loro maggiore o minore contenuto tecnologico, la specializzazione in alcuni settori piuttosto che in altri potrebbero condizionare l'offerta e quindi di fatto limitare proprio la libertà di scelta». Il ministro sottolinea anche la peculiarità del mercato sanitario, dove le prestazioni sono pagate, sia nel pubblico sia nel privato accreditato, con i soldi dei contribuenti e ribadisce che «il governo vuole una riforma seria e, non a



L'ingresso di una sala operatoria

Ciro Fusco/Ansa

caso, nella legge delega, si prevede un modello di accreditamento nazionale, mentre con l'Agenzia regionale dei servizi sanitari si costituirà un'Autorità con funzioni di controllo, davvero terza, tra la funzione di programmazione, gestione ed erogazione».

L'onorevole Marida Bolognesi, da parte sua, ricorda come il sistema sanitario adottato nel nostro Paese si ispiri a principi universalistici e solidaristici che non possono e non vogliono essere piegati a strette logiche di mercato. «Se la bussola è la tutela della salute - dice - qualità ed essenzialità delle prestazioni erogate sono il vero obiettivo da perseguire. Perché potenzialmente la domanda sanitaria è

infinita, ma le risorse sono limitate. Casomai sono i criteri di accreditamento delle strutture che non sono uniformi in tutto il Paese e questo crea disuguaglianza».

E mentre Rosy Bindi si dice perplessa e stupita per il tempismo dell'intervento dell'Antitrust «che si colloca in aperto contrasto con la volontà del legislatore: la legge delega approvata con la finanziaria - dice - è già stata votata alla Camera», molto soddisfatto si dichiara Formigoni, presidente della giunta lombarda. «La riforma sanitaria della Lombardia - afferma - va proprio nella direzione indicata dall'Antitrust».

Anna Morelli

Neonato nell'incubatrice a 44 gradi Sfiato il dramma all'Umberto I

L'incidente causato da un difetto all'impianto termico

ROMA. La temperatura all'interno dell'incubatrice sale vertiginosamente, cresce a dismisura: 37,38, 39 fino a raggiungere i 44 gradi. Il segnalatore oscilla sul rosso. Dentro dorme un maschietto appena venuto alla luce. Quel cubo sterile dove si aiutano a crescere i neonati prematuri, di colpo si trasforma in un forno. Il piccolo piange, annaspa, ha il volto cianotico. Un infermiere se ne accorge in tempo. Spegne la macchina e salva così il bambino. Policlinico di Roma, reparto di terapia intensiva neonatale. Un'altra tragedia sfiorata. Qualche giorno fa il sistema che regola la temperatura delle incubatrici è andato in tilt. La «culla di vetro» si è arrotolata toccando i 44 gradi. Una tragedia sfiorata, certo, ma annunciata dallo stesso primario del re-

parto. Il professor Giovanni Bucchi, responsabile della Clinica pediatrica, da tempo denunciava problemi di interruzione di energia elettrica e difetti agli impianti di termoregolazione delle incubatrici. In una lettera inviata al capo ufficio tecnico dell'Umberto I e datata 24 giugno, il medico scrive: «la manutenzione delle incubatrici viene effettuata con mezzi inadeguati e senza rispettare le norme Cee. Anche se questo è fatto dal nostro ufficio tecnico per la indisponibilità dei relativi capitoli di spesa, ciò si traduce in un'allarmante evenienza di guasti».

«Inoltre, recentemente, si è verificato un gravissimo inconveniente - aggiunge il primario - Una incubatrice appena tornata dall'ufficio tecnico dove era stata sottoposta a revisione, ha presentato mal funzionamento

del servo controllo della temperatura ed è arrivata a ben 44° centigradi. Per fortuna il prontissimo intervento del personale infermieristico ha evitato danni al neonato ricoverato».

La denuncia del primario è arrivata sul tavolo del Tribunale per i diritti del malato insieme alla notizia dell'incubatrice-killer. La macchina era stata revisionata, solo pochi giorni prima, dai tecnici del policlinico. Eppure il sistema termico interno ha continuato a non funzionare. «Perché - ha spiegato il medico al microfono di radio Capital - i macchinari elettromeccanici sono sempre più sofisticati. Hanno necessità di una messa a punto da parte delle ditte produttrici. E invece, l'ufficio tecnico dell'Umberto I, per risparmiare li affidava a degli artigiani. Ora, però, funziona tutto. L'ufficio ha provveduto». Ser-

ve, dunque, l'«episodio» eclatante per rimettere le cose in ordine nella clinica universitaria più grande d'Europa. «È una vergogna, uno schifo», tuona Corrado Stillo, segretario regionale del Movimento federativo democratico. Il reparto di terapia intensiva dovrebbe essere tenuto costantemente sotto controllo visto che offre assistenza ai neonati. Ma un bimbo è quasi morto soffocato perché non ci sono mezzi sufficienti per la manutenzione. Per tale ragione domani alle 10 (oggi per il giornale, ndr) abbiamo convocato un'assemblea aperta all'interno del policlinico. L'Umberto I va ricostruito sia moralmente che materialmente. E in fretta, prima che accada qualcosa di irrimediabile».

Daniela Amenta

La marijuana fa bene al cervello

Un elemento naturale contenuto nella marijuana protegge le cellule del cervello, secondo uno studio pubblicato ieri dalla rivista Proceedings of the National Academy of Sciences. Tale sostanza, il cannabidiolo, «ha proprietà antiossidanti che potrebbero consentire di evitare malattie come le congestioni cerebrali, il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson e, forse, gli attacchi cardiaci», si legge nell'articolo. Il cannabidiolo sostiene il principale autore dello studio, Aidan Hampson, non attiva nel cervello i recettori che permettono alla marijuana di avere effetti euforizzanti.

Anna Morelli

La ricetta Fatarella: chiuderanno a rotazione ambulatori, laboratori di analisi e servizi

Policlinico, servizi ridotti del 10%

Intanto il custode giudiziario ha chiesto 40 miliardi per garantire i livelli minimi di sicurezza.

ROMA. Per rifarsi il look il Policlinico Umberto I ridurrà l'attività del 10 per cento. Chiuderanno a rotazione ambulatori, laboratori di analisi, magazzini e servizi. «Ma non i reparti» - ha sottolineato Gianfranco Tarisiani, il direttore sanitario, che ha aggiunto: «È solo un'ipotesi questa della riduzione dell'ospedale. Sì, certo ci stiamo pensando su ma al momento non sappiamo neppure noi quale sarà il piano di chiusura. Una cosa è certa: nessun malato verrà lasciato senza un posto letto. E qualora si presentasse l'urgenza di chiudere dei reparti, i pazienti verrebbero curati lo stesso. Ma presso altre strutture dello stesso Policlinico».

L'idea sarebbe venuta alla task-force di esperti d'igiene, tecnici, ingegneri e architetti che sta studiando un piano di risanamento della struttura universitaria ospedaliere. Il pool avrebbe preso come modello quello usato dai Nas. Cioè, la chiusura temporanea di tutto ciò che non è sicuro, a norma o che potrebbe risultare pericoloso. Ubaldo Radicioni dello Spi-

Cigl si è intanto detto contrario a qualsiasi forma di depotenziamento del Policlinico. «Non vorremmo - ha spiegato il sindacalista - che una misura provvisoria diventasse strutturale». Nel frattempo sta promuovendo un comitato degli utenti con un obiettivo duplice di tutela: lo sviluppo dell'ospedale e i diritti e i doveri del malato.

Intanto, l'amministratore straordinario Riccardo Fatarella ieri ha incontrato la commissione sanità del consiglio regionale. E a loro ha presentato quattro richieste per riportare il Policlinico a livelli di efficienza. Eccole: 40 miliardi per garantire i livelli minimi di sicurezza; la definizione entro 20 giorni di un protocollo d'intesa che superi la convenzione del '91; il trasferimento di tutto il personale ospedaliero all'azienda Policlinico e la ridefinizione del Dea, che non assicura l'efficienza richiesta. Fatarella - che venerdì in veste di custode giudiziario consegnerà la prima relazione di interventi urgenti alla magistratura - ha poi detto: «Dopo



tutto quello che è successo nel Policlinico ancora nessuno ha tirato fuori una lira. Oggi l'ospedale è un cantiere aperto: stiamo effettuando molti sopralluoghi nei sotterranei e in tutti i padiglioni per individuare le situazioni a rischio. Dobbiamo risolvere tanti problemi - ha concluso Fatarella - e superare difficoltà legate all'organizzazione del lavoro e al rispetto del-

la buona pratica ospedaliera. Inizieranno a breve seminari sulla sicurezza per le caposala, mentre è già cominciato il primo corso per infermieri. Per la riqualificazione urbanistica pensiamo a un concorso europeo di idee per recuperare la struttura». La messa a norma generale, secondo le stime dell'Università, dovrebbe costare circa 180 miliardi.

Respite le richieste di patteggiamento. «Il reato è troppo grave»

Rogo Galeazzi, via al processo

Alla sbarra i responsabili dell'incendio alla camera iperbarica che causò 11 morti.

MILANO. Rogo della camera iperbarica, il processo si farà. Niente patteggiamenti, respinte tutte le eccezioni, il dibattimento per accertare le responsabilità dell'incendio che il 3 ottobre scorso causò, all'ospedale Galeazzi di Milano, la morte di 11 persone, andrà avanti con rito ordinario. Alle dodici di ieri il pubblico ministero Francesco Prete ha respinto le istanze che erano state presentate dai legali degli imputati, tra cui Antonino Ligresti, proprietario dell'ospedale.

Le richieste di patteggiamento, al di sotto dei due anni come prevede la legge, per il pm sarebbero infatti incongrue rispetto al delitto commesso. I legali degli imputati avevano chiesto di patteggiare per Andrea Pini un anno e sei mesi di reclusione, per Roberto Beretta un anno e otto mesi, per Silvano Ubiali un anno, undici mesi e dieci giorni, per Giorgio Oriani, Raffaele Bracchi e Antonino Ligresti due anni. Nelle scorse settimane si era

molto discusso sull'ipotesi di questa soluzione. Ieri la svolta che ha dato l'avvio al processo.

Nella mattinata - l'udienza si era aperta verso le dieci - il presidente della quarta sessione del Tribunale di Milano Luigi Martini in prima istanza aveva respinto l'eccezione di nullità sollevata dall'avvocato Massimo Dinoa, difensore di Giorgio Oriani. Dinoa lunedì aveva fatto presente alla Corte che l'azienda Galeazzi S.p.a. non aveva ricevuto la notifica del processo, una condizione che non gli aveva consentito di avvalersi dell'opportunità di costituirsi parte civile. Una eccezione simile a quella che aveva fatto saltare un pezzo del processo All Iberian, diviso in due tronconi proprio per questa clamorosa svista che Martini però ha valutato diversamente: secondo il giudice infatti «qualora l'azienda ospedaliera possa aver ricevuto un pregiudizio economico dell'incidente, potrà rivalersi civilmente». In secondo luogo l'istituto, con un

suo rappresentante legale, sarebbe già presente come parte del processo. Il Tribunale, invece, ha stabilito che sarà esaminata in seguito un'altra questione di costituzionalità relativa all'articolo 2 della legge 626/94 relativa agli incidenti sullavoro.

Si tratta di quella parte della legge che stabilisce che la responsabilità sui rischi dovuti alle apparecchiature sia del rappresentante della società e non di altri. Nel pomeriggio, intanto, il pm ha letto la sua relazione introduttiva dove ha sottolineato le carenze strutturali e organizzative che avrebbero contribuito alla tragedia chiedendo l'ammissione di un lungo elenco di testimoni e prove. Tra le tante irregolarità Prete ha messo in evidenza come nel 1996 al Galeazzi sarebbero stati eseguiti 31.500 trattamenti contro i 28.000 previsti dalla delibera della regione Lombardia in questa materia.

An.Fi.