

Rassegna del 01/03/2011

REPUBBLICA - Disse sì ai profilattici a scuola il Vicario caccia prof di religione - Grattoggi Sara 1

GIORNO - CARLINO - NAZIONE - L'Arcuri si racconta in un video - ... 2

Roma, appoggiò il progetto di educazione sessuale al liceo Keplero. "Volevamo solo responsabilizzarli"

Disse sì ai profilattici a scuola il Vicariato caccia prof di religione

Il caso

SARA GRATTOGGI

ROMA — Da otto anni insegna religione al liceo Keplero di Roma, l'istituto balzato agli onori delle cronache per aver introdotto la scorsa primavera distributori di condom a scuola. Ma da settembre Genesis Petrucci è disoccupato: «Il mio contratto non è stato rinnovato — racconta l'ex professore, 35 anni — ho chiesto spiegazioni al Vicariato e mi è stato comunicato a voce che la motivazione ufficiale era legata al mio assenso al progetto di educazione sessuale della scuola». Petrucci, infatti, lo scorso anno si era dichiarato d'accordo con l'iniziativa: «Il nostro intento non era di "istigare" i ragazzi ad aver rapporti, ma di responsabilizzarli, in modo che si rendessero conto dei possibili rischi».

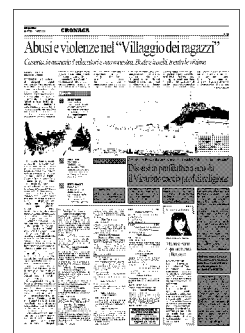
Ma alla radice del mancato rinnovo del contratto, secondo l'ex-docente, potrebbero esserci anche altre ragioni: «Nel febbraio 2010 ero stato convocato dal direttore dell'ufficio scuola del Vicariato di Roma. Mi comunicò la criticità della mia situazione, in quanto, da

segnalazioni ricevute, risultava "chiaro il mio stato di omosessuale e di uomo di sinistra"». Petrucci rimase sbalordito: «Ho sempre tenuto le mie opinioni politiche e le mie preferenze sessuali fuori dalla scuola. In passato ho partecipato a alcune manifestazioni per i diritti dei gay, ma a titolo privato».

L'ex docente è profondamente amareggiato: «Dopo 11 anni di insegnamento non meritavo questo, non ne ho parlato prima perché pensavo sarei riuscito a elaborare il "lutto" della perdita del mio lavoro, ma la scuola per me era tutto». Solidali con il prof, i colleghi, gli studenti (che hanno addirittura fondato un suo fan club su Facebook) e il preside, Antonio Panaccione: «Era molto bravo e amato dai ragazzi, ma probabilmente la sua apertura mentale dava fastidio. Ci dispiace che non insegni più qui».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Mi dissero: la sua situazione è critica, risulta chiaro il suo stato di gay e di uomo di sinistra”



CONTRACCEZIONE

L'Arcuri
si racconta
in un video



Manuela Arcuri è una dei protagonisti della campagna dei ginecologi «Scegli tu - I 10 nemici del sesso». L'attrice dice, in un video sul sito www.sceglitu.it: «La contraccezione deve essere una scelta di coppia, perchè rappresenta un futuro da pianificare assieme: io uso la pillola da sempre». (Foto Lapresse)



Rassegna del 01/03/2011

SECOLO XIX - Perché il farmacista non può fare il giudice - Battaglia Luisella

1

CONTRACCETTIVI E OBIEZIONE PERCHÉ IL FARMACISTA NON PUÒ FARE IL GIUDICE

LUISELLA BATTAGLIA

Il Comitato nazionale per la Bioetica ha approvato il 25 febbraio un documento in risposta a un quesito presentato dall'onorevole Santolini in merito alla possibilità di un'obiezione di coscienza dei farmacisti relativa a "prodotti farmaceutici per i quali non si escludono meccanismi di azione che portino all'eliminazione di un embrione umano". È il caso, ben noto, della pillola del giorno dopo, catalogata come contraccettivo d'emergenza.

A maggioranza il CNB ha affermato che anche i farmacisti dovrebbero poter esercitare l'obiezione di coscienza purché la loro scelta non danneggi i cittadini, raccomandando che se il legislatore riconoscesse tale diritto, occorrerebbe prevedere un sistema organizzativo che consenta comunque di ottenere il farmaco. La decisione è stata preceduta da un dibattito assai vivace in cui si sono confrontati i diversi argomenti relativi alla difficile composizione del conflitto tra libertà di coscienza del farmacista e diritto dei cittadini a ottenere prestazioni dovute per legge. Parecchi membri del Comitato - tra cui chi scrive - pur riconoscendo, in linea di principio, la correttezza sul piano etico del farmacista che invochi la clausola di coscienza, hanno sollevato eccezioni in merito al suo diritto di obiettare, rifiutando la consegna del farmaco prescritto dal medico, per un molteplice ordine di motivazioni.

Innanzitutto, il diverso ruolo del medico rispetto al farmacista che non è responsabile né della prescrizione del farmaco né delle condizioni personali e di salute di chi lo richiede. Il suo intervento è infatti circoscritto all'ipotesi in cui ritiene di trovarsi di fronte a una prescrizione medica errata, da cui l'obbligo di contattare immediatamente il medico per verificare la correttezza della prescrizione.

Per quanto riguarda poi la vendita dei cosiddetti contraccettivi di emergenza, occorre osservare che il principio della tutela della vita umana riceve già un significativo riconoscimento, essendo garantito al medico il diritto all'obiezione di coscienza. Va inoltre tenuto presente che, essendo scientificamente molto dubbia l'efficacia abortiva del farmaco, appare indebito dilatare, entro limiti previsti dal legislatore, il diritto all'obiezione di coscienza. Né si può sottovalutare il timore che il riconoscimento al farmacista del diritto in questione possa vanificare il diritto del cittadino alla consegna del farmaco dietro presentazione della ricetta medica.

La prospettiva che ogni farmacia possa garantire almeno un farmacista non obiettore appare

di difficile attuazione, com'è emerso dall'audizione del Presidente dell'Ordine dei Farmacisti, dottor Mandelli. Ma quel che più conta, se si riconoscesse al farmacista il diritto all'obiezione di coscienza, gli si conferirebbe insieme il diritto sia di censurare l'operato del medico cui risale la prescrizione, che si presume fatta "in scienza e in coscienza", sia di interferire pesantemente nella sfera privata del soggetto - la donna, nell'ipotesi del contraccettivo di emergenza - impedendone, di fatto, l'autodeterminazione. In entrambi i casi, non si può non rilevare una lesione dell'altrui diritto. Paradossalmente, il farmacista, lungi dal rivestire un ruolo indiretto, finirebbe con l'assumere il ruolo di decisore finale, supervisionando l'operato del medico e le scelte del cittadino, senza alcuna conoscenza della complessità delle ragioni e delle condizioni mediche ed esistenziali che hanno motivato l'uno e l'altro.

Il documento va dunque letto nella sua interezza, considerando la pluralità degli orientamenti emersi e non dimenticando che la maggioranza in etica non cancella la ragionevolezza delle *dissenting opinions*. Parlare, come qualcuno ha fatto, di un "Comitato di Stato bioetico, costretto ad acrobazie semantiche e a imposture ideologiche", significa ignorare la dialettica presente all'interno del CNB che in questo, come in altri casi, testimonia la sua natura di laboratorio di idee e di stimolo alla riflessione sui problemi più controversi dell'etica pubblica.

LUISELLA BATTAGLIA è docente di filosofia morale e bioetica all'Università di Genova e membro del Comitato nazionale per la Bioetica.



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

LA PILLOLA CHE NON VA GIÙ

Quando vediamo in strada un croce luminosa sappiamo che quel simbolo indica un posto sicuro, dove entriamo fiduciosi perché contiamo sulla professionalità delle persone che vi lavorano. Eh sì, in farmacia non si vendono e si dispensano solo medicine: è un luogo nel quale ci riconosciamo, ricevendo spesso buoni consigli. Ma ora questo rapporto fiduciario con i farmacisti subisce un colpo. E già si prefigurano denunce di cittadine e associazioni per interruzione di pubblico servizio. Perché? Il Comitato nazionale di bioetica ha dato parere favorevole - a maggioranza - all'obiezione di coscienza per i farmacisti sulla pillola del giorno dopo. E ha passato la questione al legislatore che dovrà decidere. Con quale scenario futuro? Se una donna andrà in farmacia per la pillola del giorno dopo potrà trovare un signore in camice bianco che gliela negherà, perché obiettore. Un situazione impensabile in altri paesi. Forse i membri del Cnb non hanno letto gli studi secondo cui questa pillola ritarda l'ovulazione, evita l'impianto dell'embrione. Perciò la decisione sembra molto ideologica, di parte. Tra l'altro sorge un dubbio: si sono confusi con la Ru 486, che fa appunto abortire?

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Se le italiane non usano la **PILLOLA** è perché non ne conoscono i pregi

Il nuovo libro dei ginecologi Carlo Flamigni e Anna Pompili, *Contracezione* (L'Asino d'Oro), dà un quadro della diffusione degli anticoncezionali in Italia: oltre il 70 per cento della popolazione adulta non ne fa uso. Il profilattico è impiegato soltanto dal 28,4 per cento dei maschi e la pillola dal 16,3 per cento delle femmine. La situazione è preoccupante e la responsabilità è nostra. Purtroppo, in Italia, la pillola spesso è identificata con il "male" perché tutta la contraccezione è considerata tale. O, nel migliore dei casi, un tabù. E così la maggioranza delle donne ignora che la pillola non ha nessuna controindicazione per la salute, che non aumenta il rischio di tumore

del seno e che protegge da quello dell'ovaio. Questo anticoncezionale è lo strumento più efficace che abbiamo a disposizione per evitare questa malattia (che, in Italia, colpisce quasi 5.000 donne l'anno): è dimostrato che il rischio si riduce del 60 per cento non solo durante l'assunzione, ma anche dopo la sospensione. Sono anni che cerchiamo di ricordare le capacità protettive della pillola, ma nessuno dà uno spazio adeguato alla nostra voce. So per esperienza che, se una donna è consapevole di un progresso scientifico

che protegge la sua vita e quella delle sue figlie, lotterà per averlo. Se, dunque, dopo 50 anni dall'arrivo della pillola, solo una minoranza ne fa uso, significa che le donne sono state male (o per nulla) informate. Forse la funzione di tutela della salute del farmaco è passata sotto silenzio perché la stessa legge 194, nata per "garantire il diritto alla procreazione cosciente e responsabile" (e, dunque, diffondere l'educazione sessuale e la conoscenza dei metodi anticoncezionali), non è stata del tutto applicata. L'obiettivo era ridurre gli aborti clandestini (un grave pericolo per la salute e un dramma per la psiche),

**— IL FARMACO
ANTICONCEZIONALE
PROTEGGE ANCHE
DAL TUMORE
ALL'OVAIO —**

spostando l'obiettivo da una cultura punitiva a una preventiva. I fatti ci hanno dato ragione perché il numero di

interruzioni di gravidanza è drasticamente diminuito. Tuttavia, il punto chiave che impegna Stato, Regioni ed enti locali a sviluppare servizi, informazione ed educazione per la prevenzione dell'aborto, di fatto è stato dimenticato. Occorre agire subito. La pillola va favorita, le sue proprietà anticancro vanno spiegate e il preservativo, che difende da molte malattie veneree e infettive, deve essere considerato un elemento integrante del rituale del rapporto sessuale e un segno di rispetto e di amore. ■



La molecola-spia contro il cancro

Sant'Anna, scoperto l'interruttore del tumore ovarico

La storia

MARCO ACCOSSATO

È una piccola molecola di Rna a fare da interruttore per la ricomparsa del carcinoma dell'ovaio. Una ricerca italiana condotta fra Torino e Milano ha dimostrato che la misura di alcune molecole chiamate micro-Rna permette di capire quali pazienti con tumore dell'ovaio guariranno definitivamente, e quali, invece, avranno una recidiva del carcinoma. Una molecola spia - battezzata miR-200c - alleata dei medici.

Lo studio è stato condotto su 144 donne seguite per nove anni in Piemonte e in Lombardia dopo la diagnosi di tumore. Coinvolto il dipartimento di Oncologia dell'Istituto Mario Negri di Milano e il Gruppo di ricerca oncologica dell'ospedale Sant'Anna di



Il dottor
Dionyssios
Katsaros

Torino coordinato dal dottor Dionyssios Katsaros, con la collaborazione del professor Guido Menato e del dottor Lu-

ca Scarampi, del dipartimento universitario di Ginecologia e ostetricia diretto dalla professoressa Tullia Todros.

Il tumore ovarico colpisce ogni anno in Italia 5 mila donne: in tre casi su quattro la diagnosi è tardiva, col risultato che in uno stadio avanzato della malattia solo il 30-40 per cento delle pazienti guarisce. «Nel caso in cui, invece - spiega il dottor Katsaros - il

tumore venga identificato nel momento iniziale, le possibilità di guarigione salgono fino all'80-90 per cento».

Diversamente dalle altre molecole di Rna, la micro-Rna miR-200c non produce proteine necessarie all'organismo, ma «accende» la crescita del tumore all'ovaio. «Dunque - sottolinea il dottor Katsaros - quando questa molecola è pre-

sente esistono buone possibilità di guarigione definitiva, perché ha la funzione di ostacolare la crescita del tumore e diminuisce il rischio di ripresa della malattia».

Lo studio è stato pubblicato - accompagnato da un editoriale - sulla prestigiosa rivista *Lancet Oncology*. L'importanza della ricerca condotta al Sant'Anna e all'Istituto Negri è duplice:

oltre ad aver individuato la molecola-spia, ha dimostrato che la miR-200c è in grado di ridurre la crescita del fattore Vegf (Vascular Endothelial Growth Factor) che scatena il tumore ovarico, «fattore contro il quale - dicono al Sant'Anna - esistono già oggi terapie».

Lo studio dovrà ora essere validato a livello internazionale su un numero più alto di donne

malate, ma la pubblicazione della scoperta su *Lancet Oncology* dà già la misura dell'importanza di quanto emerso in questa prima fase dello studio italiano. «I risultati - dicono gli scienziati - gettano le basi per terapie più appropriate nelle diverse pazienti con carcinoma dell'ovaio allo stadio I, sulla base del rischio di recidiva». Non solo: «Si intravede anche la possibilità di sviluppare nuove terapie più efficaci in gruppi selezionati di pazienti affette da neoplasia ovarica».

marco.accossato@lastampa.it



FINE VITA, REGOLE MA SENZA IPOCRISIA

Marino: la legge della destra è contro il buon senso

Caro direttore,

c'è molta retorica e molta teoria da parte della politica quando affronta temi che solo nel nostro Paese si definiscono eticamente sensibili. C'è poca attenzione alla realtà, alle situazioni concrete con cui si scontrano le persone nella loro vita. Alla vigilia del voto del Parlamento sul testamento biologico, proviamo allora a partire dalla realtà, ragionando sulle situazioni che ogni medico, o chiunque abbia avuto un parente gravemente ammalato, ha sperimentato. Immaginiamo una donna di ottanta anni, con un tumore al seno e metastasi al cervello, ricoverata in coma in un reparto di terapia intensiva. Il suo corpo apparentemente continua a funzionare, i polmoni si gonfiano, l'intestino riceve nutrimento artificiale, il battito cardiaco è regolare grazie ai farmaci, ma sono le macchine e le sostanze chimiche che mantengono le funzioni dell'organismo. La medicina, nonostante gli straordinari progressi, a un certo punto si ferma, qualunque terapia diventa inefficace o inutile. Cosa fa allora un medico davanti a una situazione tragica ma molto diffusa come questa? Negli Stati Uniti, in Francia, in Australia, come in molti altri Paesi, il medico chiama i familiari, descrive la situazione, spiega, risponde, rispetta le lacrime che scorrono. Si discute, insieme, l'eventualità di interrompere tutte le terapie, lasciando che la vita si avvii alla sua fine naturale. Una decisione difficile ma assunta in piena trasparenza e rigorosamente documentata nella cartella clinica del paziente.

Cosa accade invece oggi in Italia? Il medico chiama i familiari, spiega che il loro parente non riprenderà coscienza anche se le macchine continuano a mantenerlo artificialmente in vita. Fino a quando? Non si sa. Non ci sono decisioni da prendere perché nessuno, né il medico, né i familiari, né il paziente stesso può autorizzare l'interruzione delle terapie. Si piange ma si va avanti lo stesso, senza alcuna speranza. Molte volte i medici decidono ugualmente, perché vivono nella realtà. Sono costretti a compiere una scel-

Il vincolo



Le indicazioni che una persona scrive quando è nel pieno delle sue facoltà devono essere vincolanti



Le scelte



Spesso i medici sono costretti a scegliere e non documentano nulla per non essere accusati di omicidio

ta in solitudine, senza documentare nulla, perché se lo facessero potrebbero essere accusati di omicidio volontario. Sembra assurdo ma è così. È questa la realtà che rende necessaria una legge sul testamento biologico. E serve una legge semplice che rispetti tre principi fondamentali: le indicazioni che una persona scrive quando è nel pieno delle facoltà devono essere assolutamente vincolanti, in caso contrario non servono a nulla. Perché dovrei lasciare un testamento biologico sapendo che potrà essere disatteso? In secondo luogo è importante l'indicazione di un fiduciario, una persona che mi ama, di cui mi fido, e che in qualunque situazione prenderà le decisioni più giuste ascoltando il medico ma soprattutto rispettando la mia dignità e le mie indicazioni. Infine il ruolo del medico e degli infermieri. Certamente sono i più preparati ad affiancare e assistere ma non possono decidere in autonomia perché, anche se conoscono la medicina, tuttavia non conoscono il paziente, le sue convinzioni e potrebbero agire contro la volontà dell'ammalato. Contravvenendo così anche al loro codice etico.

La legge proposta dalla destra è esattamente contraria a questi tre principi di buon senso: prevede che il biotestamento non sia vincolante, che il medico abbia la parola finale anche contro la volontà dei familiari o del fiduciario mentre obbliga i sanitari a somministrare idratazione e nutrizione artificiali sempre, senza valutazioni di merito. In fin dei conti si tratta di una legge voluta da una politica ipocrita, assolutamente lontana dalla realtà, non curante dei diritti degli individui e irrispettosa del ruolo dei medici e degli infermieri. È una legge che otterrà il peggiore dei risultati immaginabili, ovvero che sulle scelte che riguardano le fasi terminali della vita di ognuno di noi si finirà a discutere, e a decidere, in tribunale.

Ignazio Marino
Chirurgo, presidente
commissione parlamentare
d'inchiesta sul Servizio sanitario
nazionale



IL DIBATTITO SULLA PROPOSTA DI LEGGE TESTAMENTO BIOLOGICO REGNO DELL'AMBIGUITÀ

PAOLO BECCHI

Speso nelle attuali discussioni intorno alla proposta di legge sul cosiddetto "testamento biologico" si dimentica che essa non riguarda soltanto il tema delle "dichiarazioni anticipate di trattamento", ma concerne una disciplina più ampia che coinvolge il più generale rapporto tra medico e paziente e il problema del consenso informato, che è decisivo proprio per comprendere le trasformazioni che ci sono state in quel rapporto. Il consenso informato, presupposto imprescindibile di qualsiasi trattamento sanitario, implica il superamento del cosiddetto paternalismo medico e il riconoscimento al paziente del diritto di autodeterminarsi in merito alle cure cui intende o non intende sottoporsi.

Nel nostro ordinamento il riconoscimento di tale diritto trova persino un appiglio in un articolo della Costituzione (art. 32, 2° comma) che, allora sia pure pensato per altre situazioni, oggi può sicuramente essere esteso al nuovo modo di intendere il rapporto medico-paziente. Si può aggiungere che quel diritto trova adesso un esplicito riconoscimento nella cosiddetta Convenzione di Oviedo, cui è stata data esecuzione con la legge n. 145 del 2001 anche nel nostro Paese, la quale sottolinea non soltanto il diritto "positivo" alle cure, ma anche quello "negativo" di sottrarsi ad esse: "la persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso" (art. 5, 3° comma della suddetta Convenzione).

Il rifiuto delle cure non ammette deroghe: esso è garantito anche nel caso in cui abbia come conseguenza la morte del paziente.

Ricordati velocemente questi documenti normativi, possiamo chiederci se la proposta di legge attualmente in discussione sia o meno in linea con essi. A un primo sguardo sembrerebbe di sì,

un'analisi più approfondita rivela però il contrario. I tre pilastri su cui oggi si regge il consenso informato (in teoria, quello che poi di fatto succede nei nostri ospedali è un altro paio di maniche) sono i seguenti: la necessità di un consenso libero ed esplicito prima di qualsiasi intervento in ambito sanitario, il fatto che esso sia preceduto da un'informazione adeguata sullo scopo, la natura dell'intervento e le sue conseguenze e i possibili rischi, e che sia sempre revocabile (anche parzialmente).

Diciamolo subito: tutti questi elementi sono presenti anche nell'attuale proposta di legge all'art. 2, senonché proprio l'ultimo comma del suddetto articolo solleva un grosso problema. Esso recita: "Il consenso informato al trattamento sanitario non è richiesto quando la vita della persona incapace d'intendere e di volere sia in pericolo per il verificarsi di una grave complicanza o un evento acuto". Per il modo in cui è formulato l'enunciato normativo è soggetto (almeno) a due interpretazioni molto diverse. Per un verso può indicare un principio del tutto condivisibile, vale a dire che in una situazione d'urgenza, venendo a mancare la possibilità di conoscere la volontà del paziente poiché incosciente, il medico dovrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento indispensabile per la sua salute; per un altro verso però potrebbe pure implicare una forte limitazione del diritto del paziente al rifiuto delle cure. Infatti quando la vita è in pericolo e il paziente non è più in grado né d'intendere, né di volere, la sua volontà non conta più. Insomma, il consenso informato (e con esso anche l'eventuale dissenso) vale finché esso può essere esplicitamente manifestato dal paziente, ma "non è richiesto" quando il paziente non è più nelle condizioni di farlo valere.

La legge dice che il consenso deve possedere il requisito dell'attualità. Ma l'attualità corrisponde all'esigenza di garantire l'effettività della volontà: il consenso, infatti, potrebbe essere stato



manifestato non nell'imminenza dell'esecuzione di un determinato trattamento e questo potrebbe non rispondere più alla volontà del paziente nel momento della sua esecuzione. Escludere invece la rilevanza della volontà pregressa, come avviene nel caso della legge in esame, compromette la libertà di autodeterminazione del paziente, finendo per contraddire quella stessa esigenza che ha portato a considerare l'attualità come requisito di validità del consenso. Se tutto ciò può sembrare troppo teorico, vediamo subito le conseguenze pratiche del comma citato.

Tutti ricordiamo ancora il dramma esistenziale di Piergiorgio Welby. Ebbene, seguendo la proposta di legge in un caso simile il medico, non trovandosi di fronte a una situazione d'urgenza, sarebbe autorizzato a staccare il respiratore qualora il paziente manifestasse tale volontà (dal momento che nessuno può contestare che la respirazione artificiale sia un trattamento sanitario), ma dovrebbe riattaccarlo appena il paziente diventasse incosciente e la sua vita fosse messa in pericolo. E così avanti all'infinito? Pare evidente che una disposizione che dia origine a un'interpretazione così assurda dovrebbe essere completamente riformulata.

Ecco la mia banale proposta: "Quando in una situazione d'urgenza non è possibile ottenere il consenso informato del paziente, il medico dovrà procedere immediatamente prestando le cure indispensabili." Ben inteso, con questo cambiamento la legge non sarebbe la miglior legge possibile, ma certo verrebbe eliminato uno dei suoi peggiori difetti. Poiché la legge è ancora in discussione, c'è ancora tempo per modificarla. Resta da chiedersi però se ci sia anche la volontà politica di farlo.

PAOLO BECCHI È DOCENTE di Filosofia del diritto all'Università di Genova.

In Breve

**DAGLI ANESTESISTI NO
AL BIOTESTAMENTO**

La legge sul testamento biologico che sta per approdare in Aula alla Camera «è un passo indietro per il Paese. Era meglio niente di questa legge». Lo ha spiegato Giuseppe Gristina, della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva, sottolineando come non si sia tenuto conto del fatto che «la scienza medica di questo Paese si era dichiarata contro questa legge» e che «è stato prodotto un corpo scientifico solidissimo che questa legge ignora». Quella che sta per essere discussa, ha proseguito il medico, «è una legge dal sapore medievale che riporta indietro di 50 anni la qualità del rapporto medico-paziente».



Con gli infrarossi arterie sotto controllo per evitare l'infarto

Primo studio su larga scala con l'Oct, la microTac

che "vede" in tre secondi lo stato della coronaria

e del device a rilascio di farmaco: così si possono prevenire

le trombosi tardive. Bergamo partecipa al progetto europeo

GIUSEPPE DEL BELLO

ati, immagini, informazioni. Tutto in una manciata di secondi. Grazie a una tecnologia ultrasensibile che "vede" lo stent (la gabbietta metallica utilizzata per allargare un vaso ristretto o occluso, ndr). E che controlla se i processi di ricopertura, dopo l'impianto a distanza di mesi, si siano completati. Su questi presupposti si basa l'impiego della Oct, la nuovissima tomografia a coerenza ottica che, in corso di coronarografia, restituisce sullo schermo flash ad altissima risoluzione, fornendo particolari inimmaginabili sulle condizioni dell'arteria esaminata e sul device.

La metodica innovativa, sperimentata con successi grazie all'utilizzo della luce. I raggi a infrarossi vengono veicolati attraverso minuscole e flessibili sonde all'interno delle arterie dove ruotano ad altissima velocità. «In questo modo ci consente in soli tre secondi di vedere la coronaria lesionata e lo stent posizionato», chiarisce Guagliumi, «La luce rossa legge molto accuratamente, dieci volte più degli ultrasuoni, facendo piccole scansioni ad altissima velocità e con milioni di informazioni: basta calcolare che in ogni secondo di scansione si totalizzano 450 megabyte di dati. Insomma, è come ottenere delle sezioni istologiche in vivo».

Lo studio, pubblicato sul numero di gennaio di *Circulation*, ha dimostrato proprio attraverso l'Oct, che gli stent di ultima generazione, i Des (devices eluting stent, cioè a rilascio di farmaco), sono efficaci ma fanno registrare un ritardo di guarigione del tratto di coronaria in cui sono stati impiantati. A sua volta, questo ritardo — è la tesi scientifica — insieme all'attivazione del sistema di coagulazione, sarebbe alla base della trombosi tardiva dello stent che, ogni anno, colpisce circa cinque pazienti su mille. Una complicanza grave, responsabile di un infarto miocardico nel

70-90 per cento dei casi e di una mortalità nel 20-40 per cento.

La tecnologia diagnostica e i risultati della ricerca fanno parte di un progetto internazionale, il Prestige, finanziato dall'Unione Europea con 6 milioni di euro, finalizzato a identificare nuovi stent, dispositivi sempre più sofisticati che facilitino la guarigione e riducano il rischio di trombosi tardiva. Quella di Bergamo è l'unica struttura cardiologica italiana che partecipa al progetto a cui collabora il centro di Bioimmagini di Monaco e l'Istituto di ricerca nazionale francese (Isern). Vede i dettagli, fotografa lo stato della coronaria rivelando se la copertura dello stent si è realizzata, ma non ci informa sull'avvenuta endotelizzazione, obietta Antonio Colombo, direttore dell'Emodinamica della Columbus di Milano e primario di Cardiologia interventistica al San Raffaele: «Per esempio potrebbe essere coperto di fibrina, mentre la ricopertura necessaria è rappresentata dall'endotelio». I Des (a rilascio di farmaci), rappresentano più della metà dei dispositivi impiegati in Cardiologia interventistica: in Italia nel 2010 ne sono stati impiantati 110 mila su un totale di oltre 195 mila. «Come tutte le tecnologie giovani l'Oct, che ormai sta prendendo piede in molti centri nazionali, ha bisogno di tempo», aggiunge Guagliumi, «e per questo motivo nel Prestige si svilupperanno nuove tecniche di immagine che utilizzano la luce per differenziare la tipologia del rivestimento. I dati pubblicati su *Circulation* dimostrano che i Des a rilascio di farmaco, hanno maggiori difficoltà di guarigione completa rispetto agli stent metallici. I controlli in vivo sono fondamentali: a Bergamo abbiamo monitorato oltre 600 pazienti in dieci studi, a distanza di sei e tredici mesi».

LE NOVITÀ

**Biassorbibili
in due anni
Ecco la nuova
generazione**

Gli stent di ultima generazione si chiamano BVS, acronimo che sta per Bioresorbable vascular scaffold. A differenza dei predecessori, i nuovi devices dopo essere stati impiantati nella coronaria stenotica (ristretta dalla placca aterosclerotica) attraverso un cateterino, spariranno nell'arco di due anni.

Il processo che porta al riassorbimento della minuscola rete, è simile a quello della sutura che, nel tempo, si integra con lo stesso tessuto. Gli stent bioassorbibili sono, come i precedenti, a rilascio di farmaco (Des o Drug eluting stent). Significa che sono "medicati": una volta inseriti nella sezione stenotica dell'arteria rilasciano un farmaco che impedisce la proliferazione di tessuto, una delle cause riconosciute della nuova occlusione (re-stenosi). Un ulteriore vantaggio del riassorbibile è rappresentato dalla possibilità di tenere il vaso sotto controllo nel tempo attraverso l'angiografico, una metodologia che con gli stent non riassorbibili può dare immagini artefatte. La rete dello stent riassorbibile è formata da acido polilattico, un polimero biocompatibile che, però, appena impiantato ha la stessa rigidità del metallo. Il nuovo dispositivo è stato impiantato, un mese fa per la prima volta, su quattro pazienti dall'équipe di Emodinamica interventistica del Centro cardiologico Monzino diretta dal professor Antonio Bartorelli.

(g. d. b.)

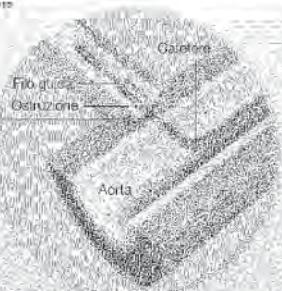
STENT IN BIFURCAZIONE A "T"

Le lesioni nelle biforcazioni delle arterie (lesioni ostiali) sono difficili da trattare con lo stent

TECNICA TRADIZIONALE

Durante la manovra il filo guida oscilla in sorte a causa dei movimenti cardiaci; il posizionamento dello stent è approssimativo e favorisce non dilata in modo adeguato l'ostruzione

CASO A
Lo stent sporge nell'aorta



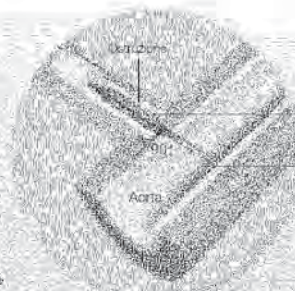
CASO B
Lo stent è troppo all'interno rispetto alla lesione



TECNICA "BENT WIRE" MADE IN ITALY

Propone l'utilizzo di un **secondo filo guida aggiuntivo** che aiuta a posizionare il catetere di modo corretto; offre un riferimento su cui allineare il catetere con lo stent

Tecnica premiata col Best challenging case award al congresso mondiale di emodinamica di Washington



Stent in posizione corretta

Filo guida
Filo guida
Filo guida aggiuntivo

RIPRODOTTO DA PALLAS/SCIENCEFOTO

CONTROLLO DELLO STENT GIÀ IMPIANTATO

Tecnica OCT

Un catetere viaggia fino all'impianto dello stent attraverso l'arteria femorale

Raggi infrarossi vengono veicolati all'interno del catetere

Catetere
Arteria

In soli 8 secondi si può vedere la arteria lesionata e lo stent posizionato



Sezioni della coronaria "in vivo" servono a controllare che lo stent sia stato ricoperto dall'endoteleio

In ogni secondo di scansione si totalizzano 450 Mb di dati

Arteria femorale
Catetere

IMPIANTO DELLO STENT

La procedura si fa sotto anestesia locale. In genere l'impianto richiede da 30 a 40 minuti

POSIZIONAMENTO DEL CATETERE

1 Con l'aiuto di un filo guida si introduce un catetere nel vaso interessato. Il catetere contiene un palloncino sgonfio e lo stent

PALLONCINO GONFIATO

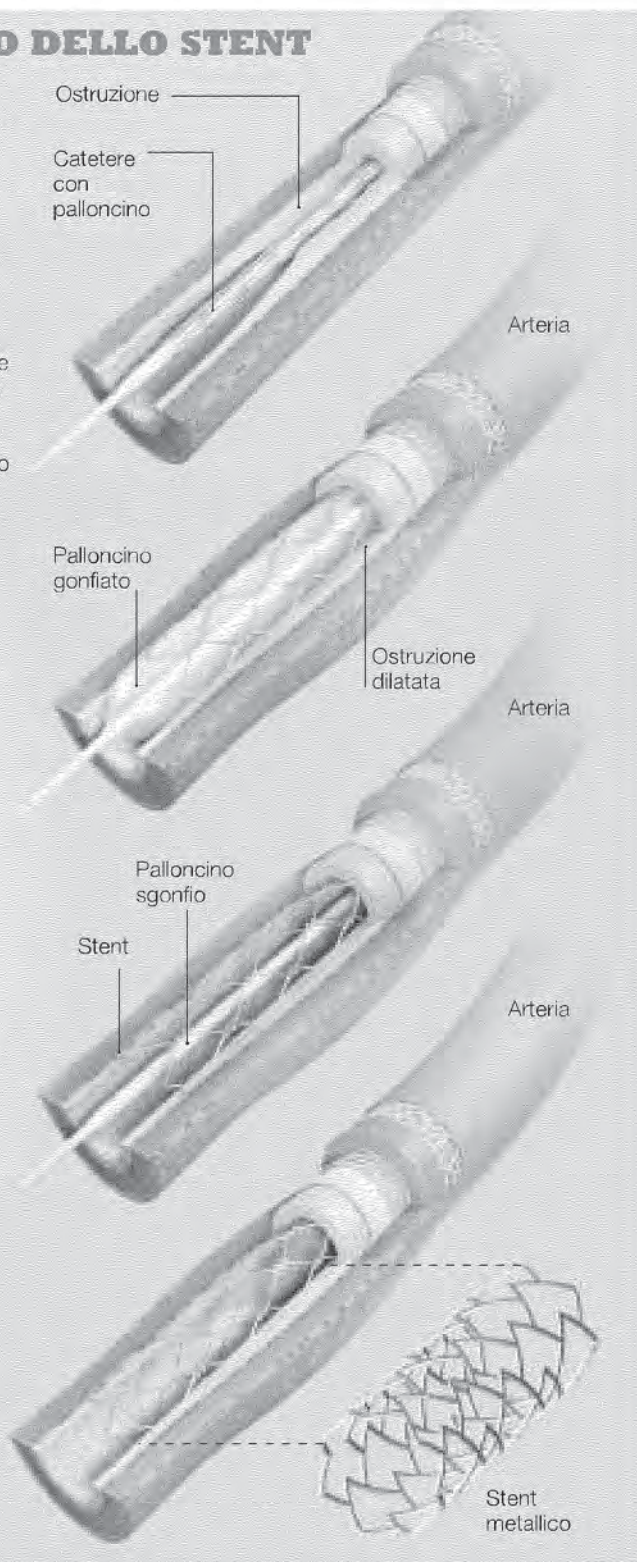
2 Nella sede della placca viene gonfiato il palloncino che dilata l'arteria ostruita e lo stent

PALLONCINO SGONFIATO

3 Il palloncino viene sgonfiato lasciando nel suo posto lo stent, una maglia metallica che comprime l'ostruzione permettendo il normale passaggio del sangue

STENT IN POSIZIONE

4 Il catetere e il filo guida vengono ritirati, lo stent rimane posizionato nell'arteria



Annamaria Vezzani La scienziata italiana che ha sconfitto l'epilessia

Intervista alla dottoressa Annamaria Vezzani

Una scienziata italiana ha sconfitto l'epilessia

La neurobiologa dell'Istituto Mario Negri: «Ho scoperto la molecola che causa la malattia, finora incurabile»

GIANCARLO MELONI

Lunedì 14 febbraio si è celebrata a Strasburgo la 1° Giornata europea dell'epilessia, la devastante malattia che oggi colpisce 6 milioni di persone, 500mila solo in Italia. È recente anche la notizia del Premio mondiale dell'American (...) Epilepsy Society vinto dalla scienziata italiana Annamaria Vezzani, dell'Istituto farmacologico "Mario Negri" di Milano, per la scoperta della molecola all'origine delle crisi epilettiche. Una scoperta che si rivela come il punto nodale da cui partire per arrivare al farmaco risolutivo o addirittura al vaccino per l'epilessia, un importantissimo passo avanti per tanti ammalati anche perché le terapie attualmente disponibili, benché capaci di bloccare le crisi, in nessun caso sono in grado di rimuoverne le cause.

Per giorni e giorni, prima di incontrarla al "Mario Negri" di Milano dove lavora come neurobiologa, ho cercato un po' di aneddoti su Annamaria Vezzani. Non ce ne sono: la sua vita sembra riassumersi nella professione di scienziata e in una sua straordinaria scoperta, la molecola che è all'origine dell'epilessia. La signora sembra aver posto ogni cura a circondarsi d'ombra e a difendere la sua privacy dalla curiosità del pubblico. E direi che c'è riuscita: tutti i come e i quando della sua esistenza risultano rigorosamente sottaciuti, soprattutto da lei stessa. Eppure non ha una mente qualunque, una personalità qualunque, un curriculum scientifico qualunque.

UN GENIO TRA LE MISS

Benché Annamaria Vezzani nella ricerca e nell'ambito acca-

demico abbia indubbiamente avuto quello che merita, comunque nulla di più di quanto le è dovuto, ho saputo di lei soltanto per caso, e dal più frivolo programma tivù che si possa immaginare, il Concorso per l'elezione di Miss Italia a Salsomaggiore dove lo scorso settembre 2010, omaggio al sapere da parte del mondo della bellezza, si è voluto assegnare una targa d'onore a questa nostra connazionale che a dicembre aveva vinto il Premio internazionale dell'American Epilepsy Society, prima donna in Europa a ottenere l'importantissimo riconoscimento. Chiedo scusa ai ben informati e agli onniscienti, ma purtroppo in Italia le cose girano così. Perfino ai Nobel serve comparire sul piccolo schermo perché qualcuno si accorga di loro. La cultura della scienza da noi non esiste. Ma è proprio questa Annamaria Vezzani? Questa signora snella alta e armoniosa che nell'immensa hall del "Mario Negri" mi viene incontro con passo agile e leggero e con l'espressione di chi abbia trascorso tutta la vita ad aspettare me e soltanto me? Oppure è un'altra che d'accordo con lei ne ha preso il posto per liberarsi dell'importuno? Alla reception mi avevano detto l'ora in cui sarebbe scesa, ma è già qui, con venti minuti d'anticipo. Perché qualche giovane star di cinema o tivù, di quelle che giudicano la puntualità incompatibile col prestigio, non è qui a vederla?

Occhi agrodolci e sottili, pieni di annotazioni originali, capelli corti biondoceneri, il suo aspetto

è quello di una ragazza che per conferirsi un po' di tono si è lasciata crescere qualche capello bianco. Mi accompagna al bar dell'Istituto per un caffè poi, in ascensore, al terzo piano dell'edificio, in uno studio che, ingombro di libri carte computer fotografie e diplomi sembra piccolissimo, ma non lo è. Con ben dosato miscuglio di dolcezza e perentorietà mi fa sedere accanto a un tavolo basso, di fronte a lei. «Vuole fare un articolo su di me? E per quale ragione» dice subito. La voce è rapida, nitida e trasparente come una guaina di cellofan. «Allora, di che parliamo?».

MALE MISTERIOSO

Annamaria Vezzani prende subito il toro per le corna, ma con sbrigativa semplicità, senza un gesto, un sorriso.

«Parliamo del suo lavoro, della sua scoperta sull'epilessia, un po' anche della sua vita» rispondo cercando di guadagnare tempo. Poi, a ghiaccio rotto.

Per primo una domanda che mi ripeto spesso: perché voi scienziati trascurate quasi sempre ogni possibilità di farvi conoscere dal grande pubblico, dai media?

«Pensiamo che le chiacchiere nel nostro lavoro servono a poco. Occorrono piuttosto pazienza e tenacia. Anche un poco di intuito direi che non guasta. Soprattutto, mai lasciarsi scoraggiare da ostacoli e insuccessi». Ostenta modestia, distacco, quasi noncuranza per la sua attività. È sincera? Fin-



ge? Certamente finge. Ma quale eleganza in questa finzione. Oltre a fare ricerca qui al Negri lei insegna epilettologia all'Università di Ferrara, dove tiene un Master.

Come le è nato tanto interesse per questa malattia, in un certo senso un po' misteriosa, da dedicarci ormai gran parte della sua attività?

«Chissà, forse perché sembra appunto un male misterioso, giusto come ha detto». L'epilessia dunque. Che razza di diavoleria sarà mai? Per gli antichi, e quasi fino a ieri nelle nostre campagne, era giudicata una possessione satanica. Le reazioni violente e brutali degli ammalati, le urla, la cianosi del volto, la bava sanguinolenta, tutti i sintomi delle crisi facevano pensare a qualcosa di soprannaturale. Chi ne soffriva era chiamato "ossesso". Per tentare di guarirla si chiamava il prete, l'esorcista, non il medico. Nella Germania nazista gli epilettici venivano addirittura soppressi come "socialmente improduttivi".

Quando si è cominciato a considerarla una patologia decifrabile come ogni altra?, chiedo ad Annamaria Vezzani.

«Ancora oggi in molte regioni dell'Africa subsahariana gli eccessi convulsivi dell'epilessia sono giudicati opera di spiriti maligni, ma già Ippocrate, più di 2500 anni fa, aveva definito l'epilessia una malattia neurologica, della stessa natura da cui tutte le altre provengono, senza connotazioni né sacre né demoniache. E prima ancora risulta così nelle Tavole Babilonesi. Ciononostante, e per molto tempo, questa sindrome, che colpì anche Alessandro Magno e Giulio Cesare, ha mantenuto qualcosa di enigmatico».

Vezzani bada a esprimere idee chiare ed essenziali, che non mirano a sbalordire l'interlocutore, solo fargli capire. Niente aggettivi, frasi concise, dati, fatti. Be', dicia-

mo la verità, fa piacere ogni tanto incontrare persone così.

È vero che questa terribile malattia che lei combatte da anni, per la quale non ci sono ancora rimedi risolutivi e che lei sta per sconfiggere sarebbe causata da scariche simultanee ed eccessive di neuroni nel cervello? E quali sono, con buona pace del diavolo, le cause di tali devastanti raffiche di neuroni?

«Si tratta proprio di scariche di neuroni. Quanto alle cause, occorre anzitutto distinguere i vari tipi di epilessia, che si presenta sotto diverse forme, da quelle congenite, le meno gravi perché in genere si risolvono dopo l'infanzia, a quelle resistenti a ogni farmaco e che solo chirurgicamente si può tentare di curare. Io mi occupo dei cosiddetti casi sintomatici, i più numerosi, provocati da ictus, traumi cranici, infezioni, tumori. Abbiamo visto che quando si registra uno di questi attacchi, ictus trauma o altro, l'organismo reagisce elaborando sostanze come la proteina HMGB1 prodotta dalle cellule della glia, che sono le sentinelle del cervello. Esprimono un segnale di pericolo e sono generate per difesa, ma quando se ne formano in eccesso queste sostanze, come anche l'Interleuchina 1 β , diventano dannose e provocano processi infiammatori importanti per la patologia epilettica».

Sul viso di Annamaria Vezzani, serio e mobile, il sorriso è raro e breve. Viene il sospetto che la signora soffra un poco quando ride. Comunque, è facile intuire una sua straordinaria abilità nel cogliere e comprendere i dettagli e insieme la facoltà di formulare pronte ma accurate generalizzazioni.

PRIMA AL MONDO

Emiliana, 55 anni, sposata con un oncologo conosciuto in Ame-

rica, due figli, il Master al "Mario Negri" subito dopo la laurea in biologia a Milano, la specializzazione a Baltimora nell'Università del Maryland, quindi di nuovo al microscopio, continui viaggi di aggiornamento dall'uno all'altro continente, seminari, conferenze, lezioni. Non è un caso che proprio lei sia stata la prima nel mondo a riconoscere il complicato, "perverso" meccanismo eziologico della malattia: dalle proteine HMGB1 ai recettori antagonisti come Toll-like 4, i campanelli d'allarme che permettono il riconoscimento di un'infezione e del suo agente patogeno ma che incontrando molecole come HMGB1 finiscono per aumentare l'eccitabilità, l'infiammazione delle cellule nervose e quindi per provocare lo scontro dei neuroni, cioè la crisi epilettica.

Se è vero che HMGB1 sarebbe coinvolta in tutte le patologie in cui vie è stress biologico, è verosimile che eliminandola si potrebbero guarire moltissime altre patologie neurologiche?, chiedo alla professoressa.

«Sappiamo che, se impediamo a questa molecola di comparire, la crisi epilettica si riduce del 50-70 per cento. Quanto alle altre malattie, c'è da dire che anche studiando ad esempio la sindrome di Alzheimer o l'artrite reumatoide, entrambe di natura neurologica, abbiamo notato un significativo aumento della molecola infiammatoria HMGB1. Bloccarla, assieme ai recettori Toll-like 4 ai quali si lega, potrebbe dunque essere la terapia valida per molte patologie neurologiche, non solo per l'epilessia».

STATO DELLA RICERCA

In pratica, a che punto siete ora?

«In sede sperimentale, la molecola nuova antagonista di HMGB1 l'abbiamo già trovata, ma

dobbiamo attendere i risultati dei test clinici. Il grande salto, la svolta dal topo all'uomo, potremo farlo solo quando sarà stata valutata nell'organismo umano la tossicità degli antagonisti, cioè la tossicità del farmaco. Bisogna prima valutare ogni rischio, a cominciare da quello che può compromettere la funzione immunitaria».

Un'attesa di mesi, oppure di un anno, due anni?

«Non lo sappiamo. I nostri colleghi clinici già stanno lavorando per stabilire il rapporto fra benefici e rischi. Per gli animali come il topo il farmaco lo abbiamo già. Purtroppo nell'uomo non è lecito iniettarlo direttamente nel cervello; possiamo farlo arrivare al cervello solo per endovena o per via orale. Occorre quindi ancora un po' di tempo anche se si spera che tutto si concretizzi al più presto».

Non è mai divertente trascinare il lettore nel nozionismo scolastico, i suoi pregi e difetti. Ma è innegabile che prima o poi nella vita si deve far l'inventario delle conoscenze utili. E solo allora ci si accorge che certi concetti che ci portiamo dietro dai banchi di scuola non sono polverose cianfrusaglie. A che servono? A intendere ciò che dice una persona come Annamaria Vezzani, questa geniale affascinante scienziata che lavorando e studiando dieci ore tutti i giorni, anche il sabato anche la domenica, alla fine è riuscita a diventare la vera signora dell'epilessia.

■ **«Se impediamo alla molecola HMGB1 di comparire, la crisi epilettica si riduce del 50-70 per cento. Bloccarla, potrebbe dunque essere la terapia valida»**

Il 5 per mille incassa 412 milioni: trionfa la ricerca sul cancro

ROMA – Circa 420 milioni, di cui 412 effettivamente ripartiti: è il bilancio dell'operazione "cinque per mille" relativa all'anno 2009. Il meccanismo fiscale che permette ai contribuenti di devolvere al volontariato o alla ricerca una quota della propria Irpef è stato scelto lo scorso anno da 15,4 milioni di italiani, circa 800 mila in più rispetto al 2008. L'importo medio devoluto da ciascun contribuente è stato di 27,14 euro.

La fetta più sostanziosa dei fondi è andata agli enti del volontariato ed alle Onlus, con 267,7 milioni di euro. Segue il comparto della ricerca scientifica e dell'università, con 63,6 milioni, e la ricerca sanitaria con 61,3. I Comuni, che l'anno precedente non facevano parte della platea, hanno ottenuto per le proprie attività sociali 13,2 milioni, le associazioni sportive dilettantistiche 6,1.

Tra i singoli enti la parte del leone anche quest'anno l'ha fatta l'Associazione italiana per la ricerca contro il cancro, che partecipava sia come Onlus sia come fondazione di ricerca e sanitaria: in tutto ha messo insieme oltre 60 milioni

di euro. Seguono, tra i "grandi", Medici senza frontiere con 9,9 milioni, il San Raffaele con 9,6, Emergency con 8,1 milioni, il comitato italiano Unicef con 6,9. Tra i Comuni Roma ha ottenuto 554 mila euro, Milano 323 mila. In tutto i soggetti ammessi alla ripartizione del cinque per mille sono 40.922. Ce ne sono però 3.493 che hanno sbagliato nel presentare la documentazione e quindi sono stati esclusi: a loro corrispondono i circa 8 milioni non ripartiti. I soldi non sono ancora materialmente arrivati agli interessati, ma l'Agenzia delle Entrate si impegna a farlo in tempi rapidi accreditando le somme direttamente su conto corrente bancario o postale.

L. Ci.

GLI ENTI PREMIATI DAI CONTRIBUENTI

Dopo l'Airc si piazzano Medici senza frontiere, San Raffaele, Emergency e l'Unicef

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lamezia Terme Fazio: «Voglio capire». Il padre morì nel 2003 dopo una visita
Morta a 9 anni per le tonsille
Sotto inchiesta cinque medici
Caso sospetto di malasanità: era stata operata sei giorni fa

LAMEZIA TERME (Catanzaro) — «Mamma ho deciso. Mi voglio operare. Adesso faccio veramente fatica a respirare». Sara, nove anni, si era convinta da sola che l'intervento per l'asportazione delle tonsille fosse diventato necessario. Desiderio che si è trasformato in tragedia. Sara è morta sabato scorso, sei giorni dopo l'intervento eseguito dall'équipe di otorino dell'ospedale di Lamezia Terme. Se si tratta di un nuovo caso di malasanità lo ac-

Camici bianchi

Tra gli indagati anche il viceprimario, già coinvolto e poi assolto per la morte di una sedicenne a Vibo

certerà l'inchiesta della magistratura.

L'autopsia effettuata ieri pomeriggio ha stabilito che Sara potrebbe essere morta per una «emorragia sviluppatasi attorno alla zona operata, ma anche per una concomitante crisi respiratoria. I periti dovranno accertare quali delle due cause ha determinato il decesso. Cinque medici dell'ospedale lametino intanto sono stati iscritti nel registro degli indagati dal sostituto procuratore della Repubblica Maria Ales-

sandra Ruberto. Tra loro c'è il primario di otorino Raffaele Grasso e il vice Gianluca Bava. Quest'ultimo era stato indagato e poi assolto «per non aver commesso il fatto» anche per la morte della sedicenne Eva Ruscio, deceduta all'ospedale Jazzolino di Vibo durante una tracheotomia d'urgenza. «Abbiamo toccato il fondo dice — Giuseppe Ruscio, padre della ragazza —. La morte di questa bambina ce l'hanno sulla coscienza i giudici di Vibo».

Attacca i medici anche Pino Monteleone, il papà di Federica l'altra sedicenne deceduta a seguito di un blackout elettrico nella sala operatoria, allo Jazzolino di Vibo. «Sono professionisti incompetenti e inaffidabili. Nessuno paga per questa loro incapacità».

Sara è l'ennesima vittima in Calabria, dopo un intervento chirurgico. Leoluca Orlando, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, ha chiesto al presidente della Regione Giuseppe Scopelliti una relazione. «Dobbiamo capire meglio cosa è successo prima di inviare gli ispettori», ha spiegato il **ministro della Salute Ferruccio Fazio**.

Certo è che questo presunto nuovo errore medico è il 78esimo caso in Calabria, sui 326 avvenuti in Italia. E tra questi c'è

anche Francesco Michienzi, 32 anni, papà di Sara, morto nel 2003, anche lui per un sospetto errore medico. Era andato all'ospedale di Vibo perché sentiva delle fitte al torace. I medici lo mandarono a casa. Morì appena varcò l'uscio di casa per un infarto. La magistratura archivì il caso, senza svolgere l'esame autoptico. A quel dolore oggi se ne aggiunge un altro per Isabella Notaro, madre di Sara, e di altri tre figli. La donna ripercorre singhiozzando i momenti del calvario. Lunedì 21 Sara è operata a Lamezia Terme. Mercoledì successivo i medici decidono di dimetterla. Il decorso post operatorio andava bene.

Giovedì, però, la signora Isabella si accorge che Sara ha qualche problema e ritorna quindi in ospedale, a Lamezia. Dopo un consulto i medici non considerano necessario il ricovero. La mamma però nota che Sara continua ad avere qualche problema, anche se la bambina — racconta lo zio Francesco Antonio Colafrati — appare sorridente e felice e si cimenta in una partita a carte. Le sue condizioni però peggiorano improvvisamente. Inutile la corsa in ospedale. Al pronto soccorso di Lamezia Sara arriva già morta.

Carlo Macri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Precedenti



Eva Ruscio

16 anni, muore nel dicembre 2007 a Vibo Valentia

durante una tracheotomia dopo un intervento alle tonsille



Federica Monteleone

16 anni, muore sempre a Vibo

Valentia nel gennaio 2007 in seguito a un'appendicectomia



Operata di tonsille e dimessa: muore a 9 anni in Calabria

Indagati 5 medici. Suo padre vittima di un presunto errore nel 2003

di GIANFRANCO MANFREDI

LAMEZIA TERME – Piange, Isabella Notaro Michienzi, la sua Sara che a nove anni appena compiuti è l'ultima, giovanissima vita spezzata dalla malasanta in Calabria. Piange la morte inspiegabile della figlia, spirata fra le sue braccia sabato sera, mentre la riportava in preda a un malore nel reparto di Otorino dell'ospedale di Lamezia Terme dove lunedì scorso la piccola era stata sottoposta a una banale operazione alle tonsille.

Bruna e rotondetta, con gli occhi vispi sotto una folta frangia castana, Sara, che godeva di ottima salute, è morta sabato sera in ospedale in circostanze sospette, proprio come suo padre, Francesco Michienzi, deceduto nel 2003. A soli 32 anni, padre di quattro bambini, accusando dolori al petto, l'uomo si era recato nell'ospedale di Vibo Valentia dove fu visitato e dimesso («Solo dolori addominali», gli risposero) ma il giorno dopo morì per un infarto.

Piangono e accusano, la mamma Isabella e gli zii di Sara. Puntano il dito contro «una sanità che uccide». Non riescono ad accettare la tragedia di un'altra fine inconcepibile. «Mia figlia era stata operata lunedì scorso – riferisce Isabella Notaro – e due giorni dopo, mercoledì, i medici dell'ospedale lametino l'hanno dimessa dicendo che tutto andava bene». Tornata a casa – a Filadelfia, nel Vibonese – però la piccola non si è sentita bene e venerdì la madre l'ha riaccompagnata in ospedale a Lamezia. Qui Sara è stata visitata nuovamente, ma per i medici era tutto normale ed è stata rimandata a casa. Sabato sera, invece, la situazione precipita: la bambi-

na ha la febbre alta e sta molto male; la madre chiama un'ambulanza per trasportarla nuovamente nell'ospedale di Lamezia dove, però, Sara giunge cadavere.

Com'è possibile morire a nove anni per un semplice intervento alle tonsille? A Lamezia Terme è già partita un'inchiesta giudiziaria. La madre della bambina ha presentato una denuncia alla polizia che ha sequestrato la cartella clinica su ordine della Procura. Le indagini, su disposizione del procuratore Salvatore Vitello, sono dirette dalla sostituta Maria Alessandra Ruberto che ha indagato (un atto dovuto) cinque medici dell'ospedale di Lamezia Terme, tra i quali il primario del reparto di otorinolaringoiatria, Raffaele Grasso e altri sanitari del Pronto Soccorso.

Ieri sera il primo responso dell'esame autoptico: il decesso della piccola Sara sarebbe stato provocato da un'emorragia sviluppata attorno alla zona operata, ma anche da una concomitante crisi respiratoria. Ora si dovrà accertare quale delle due cause è stata determinante per il decesso.

Anche il presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, Leoluca Orlando, ha chiesto sul caso una relazione al Governatore della Regione Calabria (che è anche Commissario governativo per la Sanità), Giuseppe Scopelliti. E il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, annuncia l'invio di ispettori ministeriali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Non sparate sul pianista»

Parlare con leggerezza di malasana minia il rapporto coi cittadini, ha scritto il presidente dei governatori Errani alla Commissione errori sanitari.

A PAG. 8

LETTERA DI ERRANI A ORLANDO (COMMISSIONE D'INCHIESTA SUGLI ERRORI DEL SSN)

«Parlare solo di malasana crea allarmismo»

Non si può fare di tutta l'erba un fascio e soprattutto non si può parlare di «malasana» con troppa leggerezza perché si rischia «di produrre effetti secondari particolarmente negativi nei confronti del sistema sanitario e mina seriamente il rapporto di fiducia con la cittadinanza».

Vasco Errani, presidente dei governatori ha scritto a **Leoluca Orlando**, presidente della commissione errori sanitari per esprimere il «disagio» delle Regioni sulla «diffusione nell'ottobre scorso da parte della Commissione d'inchiesta di un rapporto sul numero dei casi di malasana nelle singole Regioni».

Ci vuole cautela, sottolinea Errani, distinguendo tra la denuncia di presunti casi e la realtà, senza abbandonarsi a controproducenti allarmismi. Anche perché le strutture pubbliche e il personale che vi opera, nella quasi totalità garantiscono buoni ed efficaci livelli di assistenza.

«La Commissione che presiede - ha risposto Orlando - consapevole della buona qualità del Ssn procederà nel proprio compito istituzionale, per rispetto della tutela della salute dei cittadini e della professionalità di tanti operatori mortificate, troppo spesso, da logiche di parte, da sprechi e danni erariali, in taluni casi persi-

no dettati da subaltermità a criminalità organizzata».

Orlando - che ha auspicato una sempre maggiore collaborazione con le Regioni - ricorda che compito della Commissione è anche quello di incrementare la fiducia dei cittadini nel Ssn «e questo obiettivo è perseguito se il cittadino constata, attraverso il nostro lavoro, che non possono sussistere difese corporative o di casta, anche di appartenenza politica. In questo senso, l'approccio rigorosamente istituzionale che connota l'attività di questa Commissione è la migliore testimonianza del profilo che abbiamo faticosamente costruito in questi due anni di lavoro».

Errani nella sua lettera sottolinea che «da un confronto con i dati del monitoraggio degli eventi sentinella da parte del **ministero della Salute** appare evidente come i dati diffusi non distinguono tra le denunce dei cittadini su presunti torti subiti e gli effettivi casi di malasana accertati. È noto, infatti, che nella maggior parte dei casi le denunce private o le notizie pubbliche di presunti casi di malasana non corrispondono all'effettiva esistenza degli stessi come in effetti è stato più volte dimostrato dagli assessori regionali per la salute delle varie am-

ministrazioni regionali alla luce delle risultanze conseguenti alle disposte verifiche».

Inoltre, osserva ancora Errani, «spesso le richieste di approfondimento avanzate dalla Commissione agli assessorati competenti delle Regioni fanno riferimento a notizie di presunte anomalie diffuse dagli organi di informazione prima della conclusione delle necessarie verifiche e approfondimenti, con l'effetto di amplificare la notizia, avvalorando una reazione di sfiducia e disaffezione verso la Sanità pubblica e verso il difficile lavoro di quanti si impegnano quotidianamente contro gli episodi di malasana e per qualificare i servizi».

L'auspicio è «che condividendo tali considerazioni - conclude la lettera di Errani - rappresentate nello spirito di una serena e proficua collaborazione tra organi istituzionali, si voglia rendere l'attività di comunicazione del lavoro della Commissione d'inchiesta scevra da possibili interpretazioni allarmistiche da parte dei mezzi di comunicazione, nel comune intento di voler tutelare sia il diritto alla salute dei cittadini, sia l'immagine complessiva delle strutture pubbliche e del loro personale che nella quasi totalità garantiscono buoni ed efficaci livelli di assistenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MINISTRO DELLA SALUTE, FAZIO

Italia pronta ad assistere popolazioni

ROMA - La crisi nel Mediterraneo sta evolvendo rapidamente: per questo il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha incontrato domenica pomeriggio a Copenhagen il direttore regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), Zsuzsanna Jakab, per discutere come l'Oms Europa può lavorare con l'Italia per affrontare i possibili rischi sanitari connessi con la cri-

si libica. Il ministro Fazio e la Signora Jakab hanno discusso anche misure di supporto per la diffusione di servizi sanitari locali attraverso la cooperazione tecnica a operazioni di sanità pubblica come l'aumento della sorveglianza epidemiologica, il monitoraggio sanitario e il rafforzamento delle misure di prevenzione nel caso di aumento del flusso di migranti verso il nostro Paese



Il ministro Fazio



RELAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO

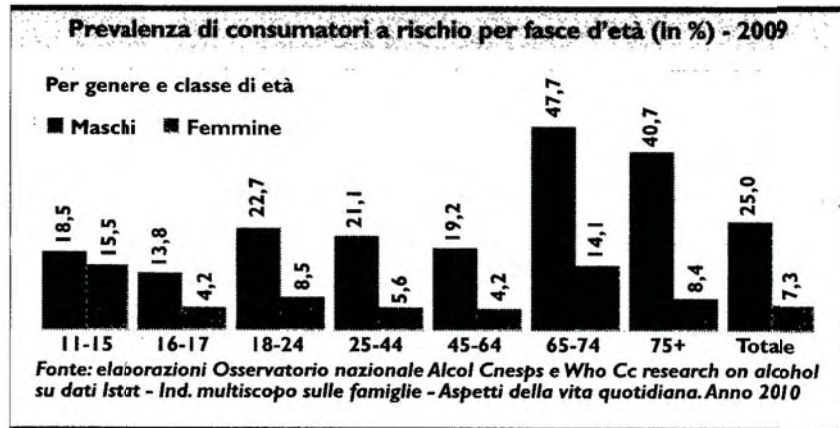
In Italia 500mila adolescenti a rischio Donne sempre più attratte dai drink

Binge drinking per il 2,1% delle ragazzine tra gli 11 e i 15 anni - Alcolodipendenti in aumento

Il tradizionale modello di consumo «mediterraneo», fondato prevalentemente sul consumo moderato di vino durante i pasti, è ormai un lontano ricordo. Anche in Italia come nel resto d'Europa è ormai inarrestabile la tendenza al consumo fuori pasto, all'uso dell'alcol come sostanza «stupefacente», in grado di alterare lo stato mentale, in una ritualità collettiva che riguarda soprattutto e in modo crescente i più giovani. Il «binge drinking» è ormai diffuso stabilmente e riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne; è molto cresciuta nell'ultimo decennio la quota di consumatori che bevono al di fuori dei pasti, con un incremento significativo tra le donne (23,6%). Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di quasi 9 milioni di persone, e in particolare il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475mila minori in cui il consumo dovrebbe essere pari a 0. È quanto risulta dall'Ultima Relazione del **ministero della Salute** al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della «Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati».

Colpisce, in particolare, il dato che riguarda la prevalenza di consumatori a rischio tra gli 11 e i 15 anni, unica fascia d'età in cui non si riscontrano differenze rilevanti tra maschi e femmine, con percentuali rispettivamente del 18,5 e del 15,5%, e in cui la quota di giovanissime ragazze - il 2,1% pratica il binge drinking - supera le percentuali rilevate nelle altre fasce di età tra le donne.

«Le nuove modalità di bere - sottolinea il



ministro della Salute, Ferruccio Fazio - implicano una maggiore esposizione della popolazione a rischi che investono non solo la salute ma anche la sicurezza sociale, quando il consumo di alcol si correla a circostanze quali la guida, le attività lavorative, la ricerca dello sbalzo».

L'alcol in definitiva non è altro che la «droga» più a buon mercato e più facile da reperire e rischia di fare da «ponte» verso altre sostanze psicotrope. Gli alcolodipendenti in trattamento nei servizi pubblici sono infatti in costante crescita e hanno raggiunto quota 66.548. Di questi gli under-30 sono il 10,2% del totale, un valore in crescita rispetto a quello rilevato nel 2007 (10%).

«Sono sempre più numerosi - sottolinea

Emanuele Scafato, direttore dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Iss - i giovani che si avvalgono di prestazioni e ricoveri ospedalieri a causa di una interpretazione del bere favorita anche attraverso importanti investimenti pubblicitari e di marketing da parte delle industrie del settore: le bevande alcoliche vengono presentate sempre in chiave positiva, a bassi prezzi, come elemento chiave di fruizione di momenti alcolici di aggregazione giovanile. Come quelli assicurati dalle happy hours e dagli open bar o anche dalla distribuzione automatica, scarsamente controllabile, delle bevande alcoliche».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SENATO/ISTRUZIONE**Fazio: stop all'equipollenza scienze motorie-fisioterapia**

Bene lo stop all'equipollenza tra la laurea in Scienze motorie e quella in Fisioterapia: l'esercizio della professione di fisioterapista «deve essere il frutto di un percorso di laurea specifico nell'interesse del paziente» secondo il **ministro della Salute Ferruccio Fazio**, intervenuto alla commissione Istruzione del Senato nella discussione sul Ddl che prevede, appunto, la cancellazione della previsione contenuta nella legge 27/2006.

Tuttavia è anche positiva secondo il ministro la previsione introdotta alla Camera di una disciplina per il riconoscimento

dei crediti dei laureati in Scienze motorie. Esistono, ha spiegato Fazio, alcuni elementi in comune tra i due segmenti formativi, che consentono il passaggio dall'uno all'altro, ma per farlo sarà necessario che un decreto Istruzione-Salute detti la disciplina del riconoscimento dei crediti formativi, preveda la possibilità di accesso al corso universitario di Fisioterapia per i laureati in Scienze motorie «nei limiti dei posti complessivamente programmati in relazione al fabbisogno previsto» e comunque solo dopo una prova di selezione, la disciplina dello svolgimento del

periodo di formazione e tirocinio sul paziente.

Fazio ha assicurato alla commissione che i criteri per il riconoscimento dei crediti saranno «alquanto stringenti», sottolineando comunque che l'articolato così concepito con questa possibilità «si mostra più garantista rispetto all'abrogazione secca». Ma il ministro ha auspicato anche che la commissione possa avviare l'iter più rapido di approvazione dell'articolato: il Ddl ha iniziato infatti il suo percorso parlamentare nel 2009 e sia Salute che Istruzione ritengono urgente ormai la sua conversione in legge.



Fecondazione assistita, lo studio

Bimbi in provetta, boom di viaggi della speranza

Mille coppie via dalla Campania per curare l'infertilità. Un milione e mezzo il costo per la Regione

Le migrazioni

Emilia Romagna
Lombardia e Puglia
le mete scelte dagli aspiranti genitori

Fecondazione assistita

LO STUDIO*



Elaborato dal professore Giuseppe De Placido, direttore del Centro di riferimento regionale del Secondo Policlinico

DESIDERIO DI MATERNITÀ nel 2010

720
Coppie assistite dai ginecologi della Federico II



44%
Gravidanze, donne età inferiore ai 38 anni



CAUSE INFERTILITÀ



Su **5200** pazienti (screening dal 2001 al 2009).

In aumento diagnosi di Endometriosi e anovulazione e casi di sterilità maschile

LA LISTA D'ATTESA



L'affluenza al centro federiciano è raddoppiata in 5 anni.

La lista d'attesa sfiora i **365** giorni

I COSTI FUORI REGIONE

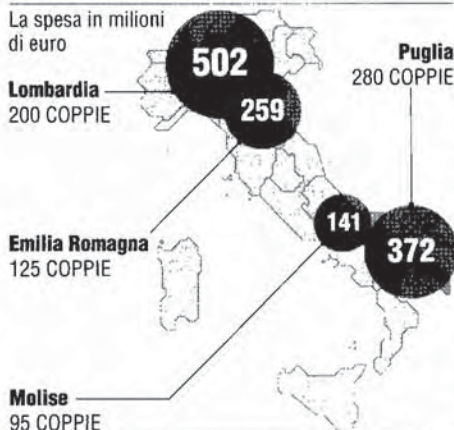


Periodo TRIENNIO 2004/2006

Utenza **1.000** coppie
Spesa a carico Regione **UN MILIONE E 559 MILA EURO**

LE METE PRESCELTE

La spesa in milioni di euro



SITUAZIONE ANNO 2009

1.762

Totale pazienti in Campania e fuori regione

262

262 Trattamenti fuori regione

1.775.000 euro

Spesa totale

378.000 euro Spesa fuori regione

*I dati si riferiscono ai pazienti in trattamento presso il Policlinico federiciano

CENTIMESTRI.IT

Maria Pirro

Mille coppie in fuga dalla Campania: tutte alla ricerca di cure contro infertilità e sterilità. Sono tanti, troppi i viaggi della speranza censiti in tre anni nell'ambito di una più articolata analisi sul tema «Salute riproduttiva oggi», realizzata dal docente universitario Giuseppe De Placido, in vista del congresso scientifico dell'Agai che si terrà il prossimo 4 marzo a Caserta. E ancora più alti sono i costi a carico del sistema. Un milione e 559 mila euro è la spesa addebitata alla Regione solo per i trattamenti di fecondazione assistita, di secondo e terzo livello, eseguiti dalle mille coppie lontano da casa.

Le mete principali? La Lombardia (prescelta da 200 aspiranti genitori, ossia uno su cinque, con un saldo negativo di 502 mila euro), la Puglia (raggiunta da 280 coppie, la spesa è

stata di 372 mila euro), l'Emilia Romagna (125 coppie, 259 mila euro i costi). A seguire, il Molise (regione prediletta da 95 pazienti, che hanno contribuito a far lievitare i rimborsi sino a 141 mila euro). «Le statistiche esaminate, riferite al periodo 2004-2006, fotografano uno spaccato che diventa ogni anno più complesso» dice il professore Giuseppe De Placido; mentre l'ultimo monitoraggio sul fenomeno delle migrazioni sanitarie, realizzato dall'Arsan Campania, conferma, e solo in parte attutisce, la tendenza negativa: 262 le pazienti che nel 2009 hanno raggiunto le strutture fuori regione. La spesa: 378 mila euro in 12 mesi.

Ma il ginecologo mette a confronto i dati menzionati anche con altri indicatori più recenti. Ad esempio. Le

«migrazioni al contrario», ossia le pazienti seguite in Campania ma residenti fuori regione, sono una cifra inconsistente. Su 3716 donne trattate con «tecniche a fresco», il 2,3 per cento nel 2008.

L'aumento dell'età matrimoniale, l'inquinamento ambientale e alimentare, l'obesità, le malattie sessualmente trasmesse, l'uso di psicofarmaci e di droghe, l'abuso di alcol e il vizio del



fumo, l'esposizioni a radiazioni e campi elettromagnetici: sono invece tutti fattori che hanno portato a una notevole crescita delle diagnosi di infertilità e di patologie sessuali di coppia. «Sono numerosi anche le donne e gli uomini che, guariti dopo una diagnosi di tumore, desiderano avere un figlio. Per loro, da circa due anni, il centro specialistico della Federico II lavora crio-conservando embrioni, gameti femminili e maschili e tessuto ovarico. E al riguardo, diverse ricerche sono in corso con l'obiettivo di migliorare qualità ed efficacia

dei trattamenti», afferma il medico che dirige la struttura di riferimento regionale per la fecondazione assistita, operativa all'interno della Clinica ostetrica del Secondo Policlinico.

Nella sua relazione, De Placido poi cita un altro dato significativo: nel corso degli anni sono cambiate, in parte, le cause di sterilità e infertilità. C'è un aumento delle problematiche dovute al "fattore maschile", ma anche all'endometriosi e all'anovulazione (patologie femminili), come emerge da un monitoraggio su 5200

casi osservati tra il 2001 e il 2009 nel centro universitario.

L'analisi dell'esperienza clinica e scientifica del centro di sterilità approda così al 2010: oltre 720 coppie nell'ultimo anno sono state seguite dai ginecologi della Federico II, per circa 360 cicli terapeutici. I risultati? I trattamenti hanno portato a gravidanza il 44 per cento delle donne al di sotto dei 38 anni, e il 19 per cento delle donne più in avanti con gli anni, quest'ultime protagoniste della nuova "Stagione dell'amore", già cantata da Franco Battiato, attraverso quei desideri che non invecchiano: «Quasi mai, con l'età».

Tagli alla sanità, Roma rischia l'invasione dei malati

CHIUDONO GLI OSPEDALI IN PROVINCIA, MA DEGLI ELICOTTERI PER PORTARE I PAZIENTI IN EMERGENZA NELLA CAPITALE NON C'È TRACCIA

di **Mario Reggio**

Ventiquattro piccoli ospedali trasformati in ambulatori. Chiusura di 11 Pronti soccorso. Taglio di 2 mila e 800 posti letto. Il piano di riordino del sistema ospedaliero del Lazio è partito tra polemiche e proteste. E i primi effetti diverranno palpabili e concreti nelle prossime settimane. Visto che su 11 Dipartimenti di emergenza ben dieci, a Roma chiude solo quello del Cto alla Garbatella, si trovano nelle province laziali e alcuni in quella di Roma, i nosocomi della Capitale verranno presi d'assalto dai pazienti calati dai Castelli o dai piccoli comuni del viterbese e del reatino, aggravando una situazione già al limite del collasso. Il quadro è già stato illustrato domenica scorsa nella trasmissione *Preso-Diretta*, condotta da Riccardo Iacona.

LE TELECAMERE hanno mostrato la tragica situazione del Pronto Soccorso del San Camillo. Ambulanze che arrivano. Il paziente sulla barella entra nel reparto accettazione e prima di essere smistato ai reparti, quando ci sono i posti letto liberi, o trasferito in un'altra struttura, passano molte ore, a volte anche un paio di giorni. Nel frattempo le ambulanze del 118, senza barella, non possono ripartire e restano ferme nel piazzale dell'ospedale. Per affrontare l'emergenza la giunta regionale ha deciso di affittare le ambulanze dai privati alla modica cifra di 12 mila euro al mese. "Non è una questione di ambulanze - commenta Achille Lunghi, radiologo al Pronto Soccorso del San Camillo e coordinatore della Rsu - il problema è che un reparto dispone di 100 posti letto, al centounesimo paziente che deve essere ricoverato il sistema si blocca. Già la situazione è grave, ma cosa succederà, ad esempio, quando chiuderà l'ospedale di Marino dove i pazienti che affluiscono in un anno sono 30 mila? Verranno a Roma. E allora saranno guai. Il problema si affronta creando una rete territoriale di medici di base a disposizione sette giorni a settimana, essenziale come filtro per evitare che una persona con 39 di febbre, non trovando un medico, si faccia portare al pronto soccorso quando basterebbe una visita del medico di famiglia".

IL PRIMO IMPATTO di questo improvvisato e raffazzonato piano sarà sui piccoli comuni. L'elenco dei piccoli ospedali che chiuderanno i battenti è lungo: Monterotondo, Pa-

lombara Sabina, Subiaco, Zagarolo, Anagni, Ceccano, Pontecorvo, Ceperano, Ferentino, Arpino, Isola Liri, Atina, Rocca Priora, Ariccia, Anzio, Sezze, Gaeta, Minturno, Bracciano, Acquapendente, Montefiascone, Ronciglione, Magliano Sabina e Amatrice. Molti dei sindaci dei comuni coinvolti hanno già presentato ricorso al Tar. La popolazione è scesa più volte in piazza. Ha manifestato anche a Roma, ma non c'è stato nulla da fare. E cosa succederà a un paziente colpito da ictus che vive a Subiaco? Quando verrà caricato sull'ambulanza dovrà percorrere più 70 chilometri, prima lungo strade di montagna e poi nel traffico caotico di Roma. Per risolvere lo spinoso problema il governatore del Lazio Renata Polverini ha avuto una bella pensata: cinque eliporti, sparsi strategicamente sul territorio regionale, una flotta di elicotteri con tutte le attrezzature sanitarie e il miracolo è compiuto. Purtroppo delle cinque piste una sola ha visto la luce, nel viterbese. Peccato che per far decollare l'elicottero occorrerebbe abbattere i tralicci dell'Enel. E poi ci vuole una fervida fantasia per immaginare un elicottero che atterra in uno dei cortili del Policlinico Umberto I o del San Camillo. Comunque niente paura, degli elicotteri ancora nessuna traccia.

Ma perché tanta fretta per scompaginare il sistema ospedaliero, quando la Regione Toscana ha impiegato dieci anni per razionalizzare l'assistenza?

IL PROBLEMA È SEMPLICE.

Per non perdere i Fondi per le aree sottoutilizzate (Fas), messi a disposizione dall'Unione europea, ma gestiti dal ministero dell'Economia. Da tre anni ormai i vertici delle Regioni, che registrano deficit endemici, devono concordare con il ministero dell'Economia i piani di rientro dal debito. E il Lazio, che riceve ogni anno più di 9 miliardi e mezzo dal Fondo sanitario nazionale, registra ogni anno quasi un miliardo e trecento milioni di deficit. Perché allora non risparmiare sulla spesa farmaceutica? Perché non effettuare controlli a tappeto sulle strutture sanitarie private accreditate per verificare se, ad esempio, nel reparto di Cardiologia è sempre presente 24 ore su 24 un cardiologo? Troppo complesso. Meglio tagliare con l'accetta e se poi mezzo milione di persone resta senza un ospedale a distanza ragionevole, s'arrangino.

