

# «L'Aids è un pericolo sottovalutato»

## In Europa

**Da anni il numero delle infezioni non scende**

## In laboratorio

**La ricerca del vaccino avanza ma è ancora lunga**

**Gloria Sacconi Jotti**

■ È toccato a Roma ospitare il più importante appuntamento internazionale sull'Aids nell'edizione che coincide con i trent'anni dall'identificazione dell'epidemia. Partner per l'Italia dell'International Aids Society, che riunisce la comunità scientifica mondiale che si occupa di Aids, è l'Istituto superiore di sanità (Iss), che dagli inizi del fenomeno è impegnato nella lotta alla malattia. Abbiamo chiesto al presidente dell'Istituto, Enrico Garaci, di sintetizzare i successi ottenuti e i nodi ancora da sciogliere.

**Professor Garaci qual è il contenuto di trent'anni di studi sull'Aids?**

«Nella sua brillantissima relazione Anthony Fauci (uno dei maggiori immunologi degli Stati Uniti, ndr) ha ricordato come all'origine dell'epidemia l'aspettativa di vita di un malato di Aids non superava un anno. Oggi con la terapia antiretrovirale combinata la speranza di vita è quasi sovrapponibile a quella di una persona sana. Restano na-

turalmente problemi correlati all'assunzione quotidiana dei farmaci e ai loro possibili effetti collaterali e a quelli relativi allo sviluppo di resistenze, ma possiamo affermare che la velocità con cui i progressi sono stati compiuti è davvero impressionante e non ha precedenti nella storia delle malattie virali».

**Ma i problemi dell'Aids sono anche di natura sociale, tutte le sessioni congressuali sono state aperte dai cosiddetti «attivisti».**

«Senz'altro nella storia dell'Hiv è stato, per diverse ragioni, molto forte il coinvolgimento dei malati, che hanno anche dato un contributo fondamentale nella sensibilizzazione al problema e alla lotta contro la stigmatizzazione della malattia. Ma tra i nodi più duri da sciogliere c'è senz'altro la disparità nell'accesso alla terapia tra paesi poveri e ricchi. È paradossale che l'Africa, che da sola sostiene il carico del 70% dell'infezione oggi, non disponga dei farmaci per curarla. Non è solo un sacrosanto imperativo etico e morale, ma è anche uno strumento per fermare la diffusione dell'epidemia».

**Lei ha parlato di una situazione non rosea anche in Europa.**

«Da troppi anni il numero delle infezioni non scende. In Italia, come nel resto del vecchio continente, a fronte della disponibilità di terapie più avanzate che hanno drasticamente ridotto il numero di malati gravi e di morti, abbiamo ancora migliaia di persone che si infettano ogni anno. È senz'altro uno scenario differente rispetto a quello afri-

cano, da noi soffriamo soprattutto una scarsa percezione del rischio».

**Abbiamo parlato sempre del controllo. Ma è possibile immaginare un mondo senza Aids?**

«L'eradicazione del virus credo sia il sogno di tutti i ricercatori, anche di quelli che non osano esprimerlo. Sappiamo, per esempio, che non è facile mettere a punto un vaccino di elevata efficacia, però non solo è opportuno, ma anche doveroso intraprendere sperimentazioni serie che permettano di valutare prodotti e approcci innovativi».

**Sappiamo che l'istituto lavora in questa direzione.**

«Sì, i nostri candidati vaccinali stanno già ottenendo buoni risultati, ma percorriamo anche altre strade attraverso protocolli farmacologici innovativi, che permettano di eradicare il virus dai suoi reservoir e di associare la terapia antiretrovirale con approcci di tipo immunitario».

**Un impegno a tutto campo.**

«Sorvegliamo anche la malattia attraverso un bollettino epidemiologico per fotografare lo stato dell'epidemia nel nostro Paese e per i cittadini abbiamo istituito un telefono verde per informare e sensibilizzare. Lo facciamo da un quarto di secolo. Non è un caso che per la seconda volta l'Istituto è partner istituzionale di un congresso mondiale».



# Aids, un terzo ora è donna

**NICOLA SIMONETTI**

**I**l popolo Aids si tinge sempre più di rosa. Un terzo dei "nuovi entrati" è donna. Su due milioni 200mila persone che convivono con il virus (HIV), le donne sono, nel mondo, più della metà e, in Europa, esse sono, ora, 930.000. In Italia, su 48.000 sieropositivi, 18.000 sono donne. L'età delle "nuove diagnostiche" si concentra soprattutto tra 20 (29%) e 39 anni (32%). Ma vi sono rappresentate tutte le età. La donna giovane - dice Silvia Petretti, rappresentante sieropositivi Regno Unito - ha un rischio maggiore di contrarre - via sesso - l'infezione poiché le cellule della sua vagina presentano maggiore suscettibilità (specie in fase di più presenza di estrogeni nel ciclo ormonale fisiologico) all'ingresso del virus.

Ma, in genere, la donna, rispetto all'uomo - dice la prof. Antonella D'Arminio, direttore istituto malattie infettive, ospedale S. Paolo, Milano - è più a rischio di infezione perché la superficie di contatto sessuale delle mucose è maggiore, perché ha minori chance di contrattare l'uso del condom e, spesso, è in condizioni di dipendenza economica, culturale, sociale. Il problema si aggrava per le immigrate.

Quando infettata, la donna si deve confrontare con maggiori problemi: fertilità che si riduce; invecchiamento precoce (menopausa anticipata), problemi in gravidanza (farmaci da cambiare) e, inoltre, mutamenti di silhouette e distribuzione del grasso corporeo (seno e girovita aumentati), isolamento da stigma.

Tra le infettate, 83% ha presentato gravidanze non pianificate; in Italia, secondo una recente ricerca, il 41,7% ha fatto ricorso ad interruzione volontaria di gravidanza e 22% ha avuto aborto spontaneo.

"Paure" e non conoscenza - dice la prof. D'Arminio - guidano molti comportamenti della donna, incapace ad affrontare il prima e dopo. E' partito un progetto "ambizioso" (SHE Mission), con supporto incondizionato Bristol Myers Squibb, che ha lo scopo di insegnare, rendere cosciente e più capace la donna nel difendersi, prevenire, curarsi; preparato un supporto cartaceo e on-line e prevista una rete di consulenza-aiuto.



# Il dramma delle gemelle siamesi unite dal cuore, solo una vivrà

Bologna, intervento ad alto rischio: "Un caso che toglie il sonno"

**L'operazione per dividerle si farà soltanto se il quadro clinico dovesse aggravarsi**



**1 su 200mila**

**LA STATISTICA**  
Nel mondo nasce una coppia di siamesi ogni 200mila bambini



**25%**

**LA SOPRAVVIVENZA**  
Non supera il 25% la speranza di sopravvivere dei gemelli siamesi

**I precedenti**



**BOLOGNA, 1985**  
All'ospedale Bellaria operati due gemelli siamesi uniti per la testa: i piccoli non riescono a sopravvivere



**NAPOLI, 1986**  
Renata e Teresa, due neonate unite all'addome, operate con successo dal professor Gaetano Cannada



**PALERMO, 2000**  
Marta e Milagros: cuore, fegato e intestino in comune. L'intervento di 10 ore non riesce e le gemelle muoiono



**PALERMO, 2001**  
Iolanda e Maria, unite al torace, hanno un cuore in comune: muoiono prima dell'operazione

**LORENZA PLEUTERI**

BOLOGNA — Un cuore solo. Diviso in due, come il fegato fuso e un tratto d'intestino. Un cuore difettoso e malato. L'organo che deciderà, indirizzando le scelte dei chirurghi, quale bimba sacrificare e quale affidare alla scommessa del futuro. È un «caso che toglie il sonno» — dice il professor Mario Lima, primario di chirurgia pediatrica — quello che sta tenendo in preallarme il Sant'Orsola di Bologna, divide le opinioni, mette in gioco etica e morale, spinge il vescovo ad andare in ospedale e impartire una benedizione. «Un caso di scienza e coscienza». Da una mamma consapevole dei rischi che correva in gravidanza, e della situazione che avrebbe dovuto affrontare con il marito, sono nate due gemelle premature strette in un abbraccio indivisibile, incollate al torace e all'addome, con un unico cuore a pompare sangue e vita.

I rari casi simili non lasciano spazio all'ottimismo. Se e quando il quadro clinico dovesse aggravarsi, e il pericolo diventare imminente, si procederà con un intervento di separazione. «Al momento di decidere a chi donarlo — anticipa Lima — ci guiderà il cuore stesso. Partiremo da lì, passando poi al fegato e all'intestino». La linea fatta propria dall'ospedale è quella suggerita dal Comitato di bioetica dell'università bolognese, presieduto dall'ex preside di Giurisprudenza, Stefano Canestrari. Laici e cattolici con le stesse posizioni, sfociate in un pronunciamento deliberato all'unanimità. Un intervento per dividere le gemelline è considerato lecito in

caso di grave e immediato pericolo di vita — cosa che al momento non c'è, in una situazione definita «stabile» — e nell'eventualità che la piccola destinata a sopravvivere abbia un' apprezzabile chance di farcela. «Una su cinque», gli specialisti hanno detto alla madre e al padre, «persone con un coraggio da leoni, che ci hanno dato lezioni di dignità e serenità».

Le gemelline sono nate alla trentesima settimana di gestazione. Pesavano due chili e mezzo in due, diventati tre chili e 450 grammi in tre settimane. Per alleggerire l'intestino è stato effettuato un intervento palliativo. Un altro è in programma, al cuore. «Loro sono state più brave di noi — aggiunge il professor Lima — Ci hanno dato tempo. Più ne passa, più completa la maturazione degli organi». Non è dato prevedere se le piccole sopravviveranno giorni, settimane, mesi. Anni. «Per ora non ci sono problemi. Potrebbero essercene. Se una prende un'infezione, la passa all'altra. Siamo pronti per intervenire in ogni momento». E al Sant'Orsola hanno messo in conto prese di posizione di segno opposto, suggerimenti non richiesti, pareri dati senza conoscere il caso. «Non me la sentirei di operare — è quello di Ignazio Marino, chirurgo e senatore Pd, presidente della commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario — già sapendo che una bambina sarebbe sacrificata». Non lo fece quando lavorava a Palermo, dove nacquero due gemelle sudamericane con cuore e fegato in comune. «Scelsi secondo coscienza — ricorda — e mi rifiutai di partecipare all'intervento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Bologna** Lucia e Rebecca sono nate a fine giugno. Via libera dal Tribunale

# Siamesi con un solo cuore I medici prendono tempo

## La separazione provocherà la morte di una delle due

BOLOGNA — Quando sono nate, il giovane padre era lì e l'hanno visto sospirare e sorridere. Le due gemelline siamesi che l'équipe medica del Sant'Orsola di Bologna stava monitorando da mesi nella pancia della mamma erano finalmente venute alla luce.

Quel giorno di fine giugno non hanno neppure fatto in tempo a vagire perché sono state subito intubate, ma bisogna immaginare qualcosa di molto piccolo, non tubi, cannuce. Due chili e mezzo in tutto, una spanna di lunghezza e quella mostruosa anomalia: un solo cuore, grande come una noce, un solo fegato, una parte di intestino in comune e il tronco che le univa e le unisce. Perché Lucia e Rebecca hanno già tre settimane e pesano ora quasi 3 chili e mezzo.

Sono figlie di una giovane coppia dell'Emilia-Romagna che le ha desiderate nonostante fosse a conoscenza dell'immenso problema a cui andavano incontro. Per loro, buoni cattolici, Rebecca e Lucia sono comunque un dono di Dio, due amorevoli batuffoli. Per la quarantina di dottori e la decina di infermieri che stanno seguendo e studiando il caso, si tratta di un fenomeno scientifico unico e terribilmente complesso: gemelle toraco-onfalopaghe, fuse nel torace e nell'addome. «Per me è come un frutto immaturo», ha semplificato ieri il primario Mario Lima. A lui è stata affidata la regia del caso Rebec-

ca-Lucia. Le sue non saranno decisioni facili da prendere. Perché una delle due dovrà necessariamente «soccombere» per mano medica, nel tentativo di salvare almeno una vita. Rebecca o Lucia: «Quando il quadro clinico peggiorerà al punto di mettere in pericolo la vita di entrambe, opereremo per dare la possibilità di non morire a una della due». Cerca parole delicate, il primario, ma la scelta è quella ed è dura: chi uccidere? A chi dare un'altra possibilità? E qui naturalmente la faccenda si complica e si mescola alle questioni morali, etiche, culturali e anche tecniche. «Bisognerà scegliere sulla base delle probabilità di sopravvivenza». Anche qui, termini misurati. La sostanza è ancora una volta pesante: vivrà, se vivrà, la bimba più forte. E anche per la «fortunata» le probabilità di resistere sono esili: venti per cento. Insomma, una vicenda palpitante, dove pare che i soli a mostrarsi sereni siano i due ragazzi, come li ha chiamati il professor Lima. «Sono straordinariamente coraggiosi, quieti e direi anche felici. Hanno qualcosa da insegnare questi giovani», ha precisato tradendo un po' le sue idee in merito alla morale. Il papà e la mamma hanno deciso di non interrompere la gravidanza. «Per la vita», ha rilanciato lui, che è già intervenuto sulle gemelline per sistemare l'intestino, troppo gonfio e alto. Nei prossimi giorni toccherà al cuoricino: «Dev'essere più resisten-

te perché loro possano crescere di peso. Vogliamo posticipare il più possibile il giorno dell'inevitabile separazione».

Da Roma Ignazio Marino, chirurgo e presidente della commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario, fa sapere: «Personalmente non me la sentirei ad intervenire, già sapendo che una bambina sarebbe sacrificata».

Fin qui l'aspetto emozionale. Poi c'è il percorso amministrativo, non meno complicato. Sono stati interessati il Comitato di bioetica dell'Università e il Comitato etico indipendente del Sant'Orsola. Il primo si è espresso ieri: si dovrà intervenire solo quando il pericolo di vita è grave e immediato. È stato chiesto un parere anche al Tribunale per i minorenni e uno alla Procura della Repubblica dello stesso palazzo. Entrambi hanno già detto sì: i genitori hanno la facoltà di dare un consenso e l'équipe ha il diritto di applicare il protocollo del Comitato.

Tutto per quei corpicini in lotta per la vita. «Mi stanno togliendo il sonno».

**Andrea Pasqualetto**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I precedenti

#### Dal Perù a Palermo

**1** Nel 2000, Marta e Milagros (sotto, foto Ansa), peruviane di 4 mesi con un unico cuore e due ventricoli, muoiono a Palermo, durante l'intervento. Molte le polemiche: l'operazione doveva salvarne solo una

#### Un altro caso in Sicilia

**2** Nel 2001, a Palermo, nascono Sara e Maria Eleonora. Le due bambine condividono cuore e fegato. È il caso più simile a quello di Bologna. Muoiono a 3 mesi, prima di essere operate

#### Le sorelline dell'Arizona

**3** Nell'agosto del 2010, le gemelline americane Emma e Taylor Bailey, 4 anni e un solo cuore, muoiono durante un'operazione preliminare a quella per il doppio trapianto cardiaco



## Le neonate e i rischi

Le due gemelline siamesi, figlie di una coppia residente in Emilia-Romagna, sono nate alla fine di giugno al policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna. Alla nascita il peso complessivo era di 2,5 kg

### L'INTERVENTO

#### L'università

Il Comitato Etico competente per il policlinico bolognese ha dato ieri il consenso a intervenire solo in caso di serio pericolo per la salute delle bambine

#### I genitori

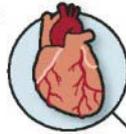
I genitori possono esprimere il loro consenso

#### Le possibilità

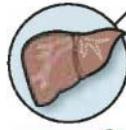
All'operazione sopravviverebbe solo la più forte, che avrebbe in ogni caso solo il 20% di possibilità di farcela

### UNITE

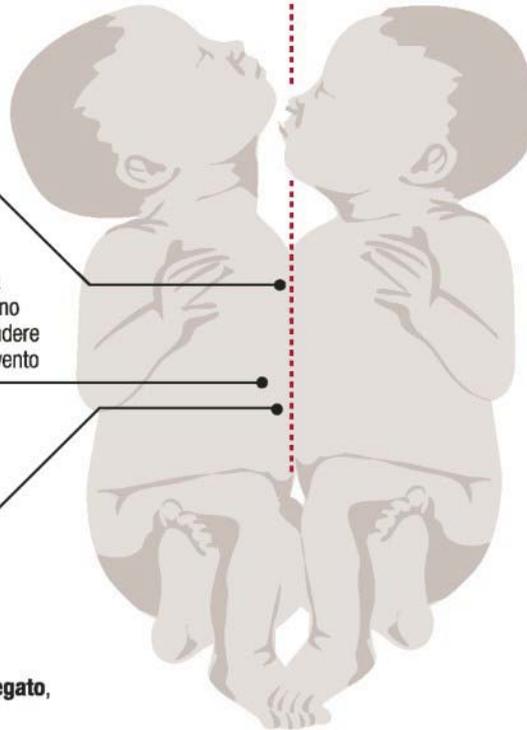
Le piccole sono «**toraco-onfalopaghe**», unite cioè dal torace e nella zona ombelicale



Hanno un unico **cuore**, che avrebbe una malformazione, e un solo sistema circolatorio. Proprio la condivisione dell'organo cardiaco potrebbe rendere più rischioso un intervento



Hanno in comune il **fegato**, e l'**intestino**



**IL CASO** Bologna, i medici aspettano che aumentino di peso prima dell'operazione

# Un cuore e un fegato in due per le gemelline siamesi

Al momento della separazione si potrà salvarne solo una

*Nate a fine giugno  
I genitori sapevano  
ma hanno scelto  
di andare in fondo*

di SANDRO VACCHI

BOLOGNA - Un solo cuore, e anche malformato; un solo fegato; un solo intestino, almeno in parte. E una sola, immensa voglia di vivere - e di farle vivere - che si scontra però con la tragica realtà, con una scelta che nessun genitore e nessun medico vorrebbe mai essere costretto a fare: soltanto una delle due gemelline siamesi nate a fine giugno a Bologna potrà sopravvivere. E non è nemmeno sicuro, perché le probabilità della prescelta sono di non più del 20 per cento. Dopo di che, se dovesse farcela, dovrebbe affrontare anni di cure.

Eppure i loro genitori, due giovani italiani, le hanno volute lo stesso, pur sapendo com'erano e il calvario che avrebbero affrontato. «La loro è una grande lezione di coraggio e di dignità che mi fa ancor più innamorare del mio lavoro» dice il professor Mario Lima, il chirurgo pediatrico dell'ospedale Sant'Orsola che guida un'équipe di cinquanta persone tutte dedite anima e corpo, da tre settimane, a quei due corpicini fusi in uno solo dal torace in giù. Parla da credente, auspica sinergie di scienza, credo e coscienza, ma non si nasconde l'estre-

ma difficoltà della situazione. Che se avesse potuto avrebbe continuato a mantenere segreta.

Le bambine sono state fatte battezzare subito dopo la nascita dai genitori, cattolici praticanti che hanno chiesto un totale, blindato rispetto della privacy. Oggi quei corpicini pesano tre chili e mezzo scarsi, uno più che all'altra, alla trentesima settimana di gestazione, e Lima si augura che possano irrobustirsi ancora un po' per poter poi tentare il complicatissimo intervento. «Un'eventuale infezione, dell'una o dell'altra, ci costringerebbe comunque a stringere i tempi.»

Cardiochirurghi, anatomicopatologi, pediatri, anestesisti e un drappello di infermieri sono mobilitati da giorni, nel caso in cui la situazione dovesse precipitare. Tac, angiotac, risonanze magnetiche, radiografie a ripetizione: le due piccolissime pazienti sono sottoposte ogni giorno a controlli. Il professor Lima le ha anche già operate: «Un intervento palliativo all'intestino, ma poi bisognerà fare qualcosa di definitivo».

Ecco, il poi: più si va avanti e meglio è? «Oltre un certo limite di tempo non potranno andare» risponde il capo dell'équipe medica, pronto a intervenire da un momento all'altro per separare le gemelline. Come il suo collega cardiocirurgo che a giorni farà una prima operazione sul cuore

malformato delle due siamesi. «Tutti siamo consapevoli di affrontare un'esperienza unica e siamo pronti», prosegue Lima.

Lo affianca il direttore sanitario Mario Cavalli, che elenca le pratiche burocratiche: avvertita la Procura dei minori e il tribunale minorile, coinvolto il comitato di bioetica. Che si è così espresso: non intervenire chirurgicamente se le bambine non sono in immediato pericolo di vita; farlo, invece, se il pericolo sussiste. Con la certezza che una delle due comunque morirà.

Ne vale la pena? Il professor Lima non esita un istante: «Se dovessimo fermarci, se avessimo dovuto sconsigliare i genitori dal portare avanti la gravidanza, allora non dovremmo curare i traumi cranici più gravi né le persone in stato vegetativo dopo certi incidenti stradali». La scelta è quanto mai drammatica: a chi andrà il piccolo cuore malandato? Chi dovrà vivere e chi invece no?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### La classificazione

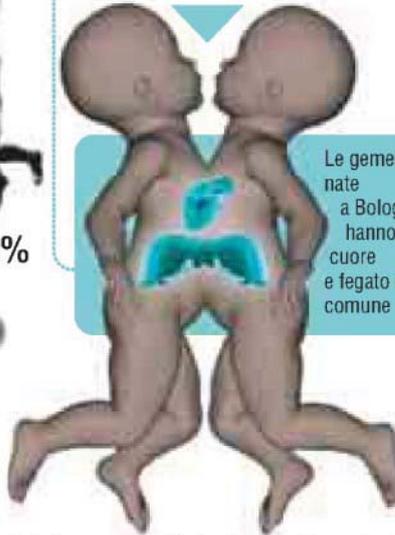
In base al punto del corpo che li unisce

Percentuale di casi sul totale delle nascite di siamesi

**Toracopago 18%**  
(torace)



**Toraco-onfalopago 28%**  
(torace-addome)



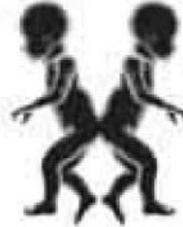
**Craniopago 6%**  
(scatola cranica)



**Onfalopago 10%**  
(addome)



**Altri tipi 28%**



Le due gemelline bolognesi sono già state operate una volta all'intestino. Ma l'intervento cruciale sarà quello per separarle.

Le gemelline nate a Bologna hanno cuore e fegato in comune.

**Duplicazione incompleta** (un gemello più piccolo completamente dipendente dall'altro) **10%**

ANSA-CENTIMETRI

## L'INTERVISTA

# D'Agostino: «Situazione estrema impossibile che vivano entrambe»

di VALENTINA ARCOVIO

ROMA - «Quella di prendere tempo non è di certo una decisione coraggiosa. E' evidente che i medici non hanno le idee chiare. E' comprensibile, ma speriamo che quando arriverà il momento ci sia tutto il tempo per procedere con l'intervento».

E' così che il giurista Francesco D'Agostino, presidente onorario del Comitato Nazionale di Bioetica, ha commentato la decisione dei medici del Sant'Orsola Malpighi di Bologna sul caso delle due gemelline siamesi che condividono un solo cuore e un solo fegato.

## E' giusto aspettare?

«Se i medici ritengono che le bambini possano sopravvivere unite ancora per un po', questo tempo in più potrebbe servire a predisporre un piano di azione più preciso».

## L'intervento chirurgico sarà comunque necessario?

«Qualche bioeticista dirà che la cosa migliore è aspettare che la natura faccia il suo corso. Ma io non sono d'accordo. Se i medici hanno la certezza che non c'è speranza che sopravvivano alla loro condizione, credo che la soluzione eticamente più giusta sia quella di garantire la salvezza di almeno una delle neonate».

## Come si fa a decidere a quale gemella spettino il cuore e il fegato?

«E' sicuramente una situazione estrema. Dalle informazioni che abbiamo la condizione delle gemelline è anatomicamente incompatibile con la crescita, cioè non possono sopravvivere insieme per lungo tempo. L'intervento chirurgico sembra la sola soluzione e i medici dovranno valutare chi delle due ha biologicamente più possibilità di sopravvivere e quindi dare il cuore e il fegato solo a una».

## Ma non è eticamente sbagliato intervenire su una gemella a scapito dell'altra?

«Credo che in questo caso si possa applicare il principio etico del «duplice effetto».

## In cosa consiste?

«Un'azione rivolta al bene morale può essere eticamente corretta anche se ne comporta un'altra rivolta al male morale purché sia subordinata alla prima. In questo caso abbiamo due gemelline che insieme non possono sopravvivere a lungo. Per cui i medici possono decidere di intervenire in favore di una, compiendo un'azione rivolta al bene morale, anche se c'è il rischio di morte per l'altra che comunque nella sua attuale condizione non riuscirebbe a sopravvivere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Rischio-denuncia se la Regione ferma il «super-ticket»

## IN TRINCEA

Possibili contestazioni per danno erariale ma è compatto il fronte di dieci amministrazioni contro il nuovo prelievo

ROMA

■ Si adegua la Sicilia, mentre la Lombardia dal 1° agosto si prepara a cambiare strada tentando di alleggerire la stangata per gli assistiti. Ma il fronte del no al superticket su visite e analisi resta compatto: ancora ieri niente balzelli in più in Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Marche. E neppure in Campania e Calabria, sebbene siano sottoposte a un piano di rientro dai debiti sanitari. Anche se il Governo non cede e sulle Regioni pende la spada di Damocle delle denunce per danno erariale per «mancata riscossione» di somme dovute per una legge dello Stato. Nuovo giro, nuova giornata di passione per l'applicazione del superticket tornato in vita da lunedì con l'entrata in vigore della manovra.

Quella di oggi potrebbe essere una giornata in parte cruciale. Gli assessori si incontreranno a Roma anche per studiare eventuali soluzioni comuni, poi vedranno il **ministro della Salute, Ferruccio Fazio**. Il pressing sul Governo continua, ma l'Economia non fa alcun passo indietro. Anzi, anche perché sempre più viene agitato il fantasma dell'intervento di Guardia di finanza e giudici contabi-

li. E questo mentre i sindacati confederali si schierano apertamente dalla parte delle "Regioni no ticket". Dopo l'immediata presa di distanza dei giorni scorsi della Cgil che chiede di ritirare il balzello, ieri è scesa apertamente in campo anche la Cisl con il segretario generale Raffaele Bonanni: il sindacato si mobiliterà con vertenze in tutte le Regioni contro i ticket «a tutela delle fasce più deboli». Piuttosto, si ripete, vengano tagliati i costi locali della politica. «Fanno benissimo le Regioni che hanno scelto di congelare i ticket», ha detto Bonanni.

In una situazione di confusione e di incertezza per i cittadini anche dove la stangata è già partita, tra regole che mancano e sistemi informatici spesso impreparati, ieri non sono mancate le novità. In Sicilia il ticket - che nelle strutture private accreditate già si pagava da lunedì - è stato introdotto con una direttiva commissariale firmata nel pomeriggio e ora anche Asl e ospedali pubblici lo applicano: sarà di 10 euro, ma comprensivo dei 2 che già si pagavano. Con la Sicilia salgono così a 6 - insieme a Lombardia, Lazio, Liguria, Puglia e Basilicata - le Regioni dove è ufficialmente scattato il superticket da 10 euro.

Strada diversa ha scelto la Lombardia dopo una riunione con il presidente Roberto Formigoni e l'assessore Luciano Bresciani. La delibera, che sarà formalizzata oggi in Giunta, prevede di cambiare dal 1° ago-

sto, dopo che l'Economia avrà dato il via libera: per le ricette fino a 5 euro il ticket non sarà applicato, poi la tariffa sarà del 30% sul valore della ricetta fino a un pagamento massimo di 30 euro in più, aggiuntivi alla franchigia di 36,15 euro. Con questo cambio di rotta - ma fino al 1° agosto resta in vita il superticket da 10 euro - si pagherà meno per le piccole prestazioni, quelle più frequenti, mentre per quelle più costose, come la risonanza magnetica dell'addome, potrà capitare di pagare più della tariffa nazionale con il superticket da 10 euro. Insomma, una spalmatura diversa e graduale del prelievo. Dobbiamo adeguarci a una legge dello Stato, ha detto Formigoni, che ha confermato di voler incalzare il Governo affinché ritiri la misura e rifinanzi la copertura del superticket. «Le Regioni che si sottraggono al rispetto della legge sono imputabili per danno erariale e l'azione della Guardia di finanza sarebbe automatica», ha sottolineato il governatore lombardo, al quale però le opposizioni chiedono di ritirare del tutto la misura e contestano: con la «rimodulazione» si pagherà di più.

R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Il commento

# Ripianare i conti non deve minare la buona sanità

di MARIO PAPPAGALLO

Un morto dopo un tour tra cinque ospedali, un altro a Messina con le larve di insetto nel naso, le continue aggressioni dei sanitari «colpevoli» anche quando non lo sono. Il termine malasanià spesso usato fuori luogo. Ma che cosa sta succedendo? I primi due casi non giustificano certo il terzo, ma il rapporto medico-paziente, sanità-familiari, è sempre più fragile. Colpa dei tagli in sanità? Colpa di organici ridotti e stressati? Colpa del gioco dei codici colorati al Pronto soccorso? Cercare colpe serve a poco, individuare le responsabilità e punirle forse sì. E' quello che si attende da anni l'opinione pubblica ed è ciò che tracima poi nelle aggressioni. Nel clima da stadio in corsia. «Mi faccio giustizia da solo!»: è il tipo di reazione, deprecabile, che si sta insinuando anche tra la gente tranquilla. Forse è meglio tornare un passo indietro: quando i primari non erano decisi dai politici, quando le direzioni sanitarie mandavano dei loro ispettori a sorpresa nei reparti, quando nei pronto soccorso non venivano abbandonati studenti in medicina o neospecializzati. A proposito di formazione, una nota amara riguarda la preparazione pratica. Come sempre tanta teoria e poca pratica. E i neochirurghi entrano in scena spesso senza aver mai operato, senza essersi mai «lavati» come dicono loro in gergo. In prima linea nei Pronto soccorso. Rifletta bene chi ipotizza di ridurre gli anni di specializzazione: senza pratica già oggi sono pochi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I ticket? Almeno guariscano il Paese dei (finti) malati

**A**bituati come siamo al mugugno, ma rassegnati ad accettare le decisioni del Palazzo, metabolizzeremo in fretta anche la misura dolorosa e impopolare dei ticket aggiuntivi sulle prestazioni sanitarie. La mazzata peserà, e peserà di più su chi ha meno, salvo che altre Regioni (tutte?) non si aggiungano a quelle che hanno deciso di non torchiare ulteriormente i cittadini o di temporeggiare. Con il rischio, però, che al mancato introito dei nuovi balzelli supplisca un aumento delle addizionali, giusto per far quadrare i conti. La tormentata vicenda dei ticket – strumento che ha cancellato fin quasi dall'inizio il principio della gratuità del servizio sanitario nazionale come concepito negli anni Settanta e avviato nel 1980 – merita però anche qualche riflessione che esca dai condizionamenti dell'emozionalità e dell'ideologia. Non perché sia giusto pagare di più, dato il livello della pressione fiscale e dato anche – sia consentito dirlo – il livello qualitativo di certe prestazioni, almeno in determinate aree del Paese. Non perché le famiglie debbano essere maggiormente tartassate. Non perché i più poveri debbano avere remore ad accedere a un pronto soccorso in caso di necessità. Non si tratta di questo, ma solo di guardare in faccia la realtà. Una certa realtà. Se uno straniero transitasse davanti a un qualunque laboratorio medico sarebbe indotto a pensare che l'Italia sia un Paese di malati. Uomini, donne, ragazzi e bambini prendono il numerino, fanno la fila per un prelievo, portano boccette di reperti biologici, fanno passare il loro sangue ai raggi X (si fa per dire) di dozzine e dozzine di analisi. Alla ricerca di cosa non si sa bene, perché è inconcepibile che tutti quei pazienti di ogni età che affollano la sala d'attesa e a volte premono dalla strada siano davvero affetti da qualche seria patologia, o siano soggetti a rischio. Altrimenti lo straniero si porrebbe domande sulla possibilità di effettiva conciliazione di condizioni patologiche così generalizzate con un aumento dell'aspettativa di vita che trova rari riscontri nel mondo occidentale. Ma che c'entra! Se Umberto I diceva che un sigaro e una croce di cavaliere non si negano a nessuno, oggi nessun medico negherebbe una sfilza di esami a chicchessia.

C'è da pagare? Per la salute si farebbe qualunque sacrificio. La corsa al laboratorio di analisi ha naturalmente molti padri. Le case farmaceutiche, per motivi di *business*, hanno buon gioco a far abbassare di tanto in tanto determinati parametri, per cui se mezzo secolo fa valeva per la pressione sistolica il dato 100 più gli anni d'età, oggi se uno supera appena i 140 viene imbottito di antipertensivi. Nel segno della prevenzione, ovviamente, il feticcio di una medicina che come ammettono sottovoce gli operatori più accorti «ti costringe a vivere da malato nell'illusione di morire poi da sano». I medici di base non lesinano prescrizioni di esami per non scontentare il paziente-insistente e per cautelarsi. Difficile da cancellare è l'impressione che tra alcuni medici sia venuta meno la capacità di formulare una diagnosi di fronte a un caso meno che banale, e la conseguenza è l'invio allo specialista del malato o presunto tale, previa prescrizione della solita serie di esami. Ticket nell'uno e nell'altro caso. Infine lo specialista richiederà esami di altro tipo. Le misure varate la scorsa settimana sono onerosissime, inique ragionando nell'ottica delle famiglie di condizione economica modesta ma troppo «ricche» per rientrare nella fascia dell'esenzione. Il ticket era nato all'inizio come moderatore rispetto al ricorso eccessivo e immotivato ad un sistema del tutto gratuito. In tempi di vacche magre l'ideale sarebbe riportare d'attualità quel principio: il balzello induca a chiedere meno esami superflui l'ipocondriaco che ogni tre mesi fa fare il tagliando al proprio sangue come fa con il Suv che tiene in garage, ma per favore la nuova gabella non tartassi chi ha davvero necessità di accertamenti, diagnosi, cure. Se si mettesse radicalmente mano al capitolo delle patologie esenti o delle esenzioni per reddito i bilanci della sanità non salterebbero. Perché non siamo un Paese di malati.



**Roma** La direzione: è una escalation. L'Ordine: l'exasperazione è una conseguenza dell'impovertimento del servizio pubblico

# Medici aggrediti, nuovo caso. «Colpa dei tagli»

## Ancora violenza al San Filippo Neri dopo la morte di una bimba di dieci anni

### Il caso

La piccola era arrivata in condizioni disperate. Il patrigno picchia un dottore

ROMA — Un pomeriggio di festa che si trasforma in tragedia. Una serata di lutto che sfocia in un'aggressione a un medico del pronto soccorso. E l'ospedale San Filippo Neri che torna alla ribalta della cronaca per un altro «camice bianco» pestato. Nel dicembre scorso era toccato a due medici e un infermiere fare le spese della rabbia dei familiari di un paziente deceduto. Lunedì sera al pronto soccorso è finito con il volto tumefatto il medico di guardia, colpito a calci e pugni dal patrigno di una bimba di 10 anni, morta dopo essersi sentita male in piscina a Casalotti, periferia nord-ovest. Alle 19 circa la piccola perde i sensi dopo essere uscita dalla vasca. La madre e il compagno si precipitano per soccorrerla ma la bambina, forse vittima di una congestione, è cianotica. I minuti passano in un lampo. Viene chiamata l'ambulanza, un medico tenta la rianimazione con il defibrillatore, ma le condizioni della bimba sono disperate. L'ospedale più vicino è il San Filippo Neri, l'ambulanza con la bimba intubata ci arriva in pochi minuti.

«La paziente — spiegano dall'azienda ospedaliera — è giunta alle 19,18 priva di coscienza in arresto cardiorespiratorio. Nella sala emergenza del pronto soccorso c'erano il medico d'urgenza e l'anestesista rianimatore con tutta l'équipe, preavvisati dal 118. Per un'ora e 50 minuti, senza interruzioni, sono state praticate tutte le manovre rianimatorie, già iniziate dal 118, secondo i protocolli, ma tutti i tentativi sono stati vani». Fuori, in corridoio, ci sono la madre — che ha altre due figlie — e il compagno. Piangono, si disperano. Il medico, accompagnato da due colleghi e da una guardia giurata, si avvicina per comunicare loro che la

piccola non ce più. Una notizia terribile, la peggiore di tutte, data — secondo la direzione dell'azienda ospedaliera — «secondo i canoni etici». Ma in casi come questi i «canoni» si scontrano con il dolore e con reazioni imprevedibili. E così mentre uno dei medici invita la madre della bambina ad assumere un tranquillante, il patrigno perde il controllo. Si avvicina, chiede spiegazioni.

«Sei tu che cercavi di rianimarla?», chiede, ma non aspetta la risposta del medico: gli assesta una gomitata al volto, gli spacca un labbro, e quando il dottore si affloscia sul pavimento, l'uomo lo prende a calci. E non la smette più. Alla scena assistono i colleghi del medico e il vigilante. Poi arriva la polizia. Trauma cranico e ferite al volto: il dottore ne avrà per 20 giorni. Ha già sporto denuncia ai carabinieri contro il patrigno della bimba. A fianco dell'aggredito si schiera tutto l'ambiente medico. L'Ordine provinciale di categoria («C'è un clima di caccia alle streghe, ma non si può tacere che il terreno di cultura nel quale si perpetuano aggressioni verbali e fisiche trovi concime nel progressivo depauperamento del Servizio sanitario pubblico») e l'Anao Assomed («Basta criminalizzarci») annunciano di volersi costituire parte civile contro il picchiatore. E il Tribunale dei diritti del malato del Lazio segnala «la scarsa sicurezza negli ospedali romani, dove non ci sono sufficienti presidi delle forze dell'ordine». Preoccupato il dg del San Filippo Neri, Domenico Alessio: «Comprendiamo la disperazione dei familiari della bimba — spiega —, ma nulla giustifica atti di grave violenza. Una preoccupante escalation contro una categoria che, fra mille difficoltà, porta avanti nella stragrande maggioranza dei casi il suo lavoro con estrema professionalità. Quel medico ha cercato di salvare la bimba».

**Rinaldo Frignani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**DAL 30 LUGLIO**

## Lampade solari vietate a minori e donne incinte

● In Italia dal 30 luglio le lampade solari saranno vietate ai minori di 18 anni, alle donne in gravidanza, a chi ha avuto tumori alla pelle e a chi è a rischio scottature. Lo stabilisce un decreto dei ministeri della Salute e dello Sviluppo economico, già pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale. La norma aggiorna una legge del 1990 fissando nuovi paletti per l'uso di apparecchi estetici: dalle saune ai rulli per massaggi fino ai depilatori. (Ansa)



# La corsa a handicap della ricerca italiana

## I BANDI EUROPEI

Tutte le speranze portano a Bruxelles. La strada italiana per la ricerca non è mai stata agevole né si prospettano repentini cambi di passo con i conti pubblici che reclamano rigore: tanto basta a spiegare perché centinaia di aziende e ricercatori in queste ore spulceranno i bandi di gara della Commissione europea per complessivi 7 miliardi di euro. I finanziamenti italiani arrivano con il contagocce ed ecco che si sposta il tiro verso le floride opportunità comunitarie. Con una controindicazione, però, da non sottovalutare. Troppo spesso infatti la fame di risorse in passato ha spinto i nostri ricercatori a presentare progetti bocciati da Bruxelles perché ritenuti di qualità inferiore o meno pertinenti rispetto a quelli firmati dai nostri principali competitor europei. Effetto inevitabile di una corsa, a volte disordinata, verso l'unico vero sbocco possibile per chi cerca sostegno all'innovazione. La lezione è fin troppo chiara: ad eccellere in Europa sono proprio i Paesi che possono contare su politiche industriali nazionali più attente e di riflesso più generose verso la ricerca. In un colpo solo si coltivano competenze eccellenti e si evita che ci si tuffi in modo poco incisivo verso fondi comunitari considerati l'ultima spiaggia.



# E' qui la fabbrica dei Nobel

“Science”: svelata la formula dei laboratori di Cambridge



**H**ills Road, Cambridge, Gran Bretagna. Difficile trovare un posto con più Nobel all'ora del tè (almeno in Gran Bretagna).

Il palazzo è in anonimo stile razionalista Anni 60 e il nome - «MRC Laboratory of Molecular Biology» - non è stato pensato per far scattare scintille d'emozione. Il bello si nasconde nei suoi laboratori: è a questo indirizzo che è cambiato per sempre il modo di concepire la vita (e noi stessi) ed è da qui che si propaga un'avventura iniziata ufficialmente nel 1953, con l'annuncio della scoperta della struttura a doppia elica del Dna. Il centro continua a collezionare successi, tanto da aver spinto una delle grandi riviste scientifiche internazionali - «Science» - a scriverne un elogio che, in realtà, prova a carpirne i segreti.

Se si vuole fare ricerca d'alto, d'altissimo livello - suggerisce l'autrice - è essenziale seguire una serie di regole, messe abilmente a punto in questa fabbrica di intelligenza fondata nel 1947 per facilitare il lavoro a due signori - Max Perutz e John Kendrew - che volevano fare della diffrazione a raggi x lo strumento con cui studiare le proteine. Ci riuscirono così bene da vincere il Nobel nel '62, lo stesso anno in cui fu assegnato all'altra coppia, John Watson e Francis Crick, i primi investigatori del Genoma. E da allora il numero dei premiati made in Stoccolma che prendono il tè al «Laboratory» è salito a 13. Ultimo in ordine di tempo, nel 2009, Venki Ramakrishnan, per gli studi sui ribosomi, le particelle responsabili della sintesi delle proteine (sempre loro).

Prima regola, spiegata dal direttore Hugh Pelham: i Nobel non si vanno a cercare a cose fatte, si devono creare «in casa», con pazienza e metodo. Seconda regola: puntare sui giovani. Un esempio è Jason Chin, che si è appena aggiudicato la medaglia d'oro del-

la «European Molecular Biology Organization». Anche lui è stato ingaggiato con una strategia precisa, che va a caccia dei cervelli nel mondo. Terza regola: i migliori si distinguono per le idee e i progetti, non necessariamente per la quantità bruta di pubblicazioni a più mani. Quarta regola: chi entra nella squadra viene periodicamente valutato. I bravi vanno avanti, quelli che deludono devono lasciare. Quinta regola: incoraggiare il lavoro in team. L'accesso ai «group leaders» è continuo, la burocrazia interna ridotta al minimo. Sesta regola: la ricerca è libera e l'originalità è premiata rispetto alla richiesta ossessiva di risultati immediati. Settima regola: anche i finanziamenti seguono la logica del lavoro interdisciplinare. Nessun gruppo o individuo deve considerarsi un'isola. Regola finale, ancora enfatizzata da Pelham: «Concentrarsi sulle grandi questioni e tentare di dare loro una risposta».

E infatti gli interrogativi che aleggiavano a Cambridge sono tra quelli centrali della scienza del XXI secolo. Toccano la biologia computazionale, aggrediscono i meccanismi dell'immunità e del cancro, riguardano i segnali intracellulari e l'analisi genetica dei circuiti neurali, si tuffano nei processi delle malattie neurodegenerative e flirtano con la biologia sintetica e con la vita artificiale. Al momento i talenti che si sono fatti attrarre dall'orbita del Laboratory of Molecular Biology sono 320 e - sottolineano a Cambridge - «le opportunità di carriera precoce sono straordinarie». I successi, maneggiando geni e proteine, lo dimostrano. E anche le società biotech che sbocciano dai team. Creatività e profitto si intrecciano così come si contaminano fisica, chimica e genetica. Anche all'ora del tè.

