

Rassegna del 11/01/2010

SOLE 24 ORE AFFARI PRIVATI - Aidos in campo a favore della maternità sicura - D'Amico Valentina	1
MESSAGGERO CRONACA DI ROMA - Educazione sessuale e gestione dei conflitti: corsi per 500 studenti - ...	2
CORRIERE DELLA SERA ROMA - Ospedale dei Castelli, lavori al via - Di Frischia Francesco	3

Campagne. Nei paesi poveri Aidos in campo a favore della maternità sicura

Valentina D'Amico

■ Nel mondo, una donna al minuto perde la vita per cause legate alla gravidanza o al parto. Sono oltre mezzo milione i decessi ogni anno e per il 99% si verificano nei paesi in via di sviluppo. Le cause, si legge nel dossier «Maternità sicura» dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (Aidos, sito internet www.aidos.it), sono dovute alla difficoltà di accesso alle cure, conseguenza della povertà,

dell'appartenenza a una condizione sociale inferiore e del solo fatto di essere donna. «Adotta una madre» è la campagna lanciata da Aidos per garantire assistenza medica pre e post parto a circa 44mila donne in Giordania, Palestina, Nepal, Venezuela e Burkina Faso, seguite nei Centri per la salute delle donne creati dalla Ong italiana ma gestiti da organizzazioni locali.

Da 28 anni Aidos opera in vari continenti (Africa, Asia, Vici-

no e Medio Oriente, America Latina) anche a sostegno dell'imprenditoria femminile con l'attivazione di centri di servizio e informazione all'impiego, e dell'istruzione delle minori laddove sia negata da discriminazioni di vario tipo. La mission di Aidos è l'affermazione dei diritti delle donne, ancora molto limitati nei paesi in via di sviluppo.

«Nei consultori sanitari - spiega Daniela Colombo, presidente di Aidos - garantiamo alle donne anche servizi di educazione sessuale e riproduttiva finalizzati alla libera scelta e alla pianificazione familiare. La campagna "Adotta una madre" prevede anche counselling per la contraccezione».

Il rapporto Euromapping

2009 - che è finanziato dalla Commissione europea ed è stato presentato in Italia proprio da Aidos - evidenzia che solo il 5% degli aiuti che i paesi avanzati destinano alla salute nei paesi in via di sviluppo riguarda la pianificazione familiare, e il grosso (70%) va al contrasto delle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare l'Hiv. «Ma se i 201 milioni di donne nel mondo che desiderano pianificare la gravidanza avessero accesso a un'informazione adeguata per operare scelte consapevoli - conclude Daniela Colombo - si potrebbero salvare un milione e mezzo di vite ogni anno, contribuendo a ridurre la diffusione delle malattie e la spesa per contrastarle».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



— | ELEMENTARI E LICEI | —

Educazione sessuale e gestione dei conflitti: corsi per 500 studenti

Corsi di educazione sessuale e gestione dei conflitti per 500 ragazzi dalle elementari al liceo. Li terranno da oggi in alcune scuole romane medici, psicologi e avvocati dell'Aied, l'Associazione Italiana per l'Educazione Demografica, secondo una tradizione ormai trentennale, che prevede appunto una specifica attività, in parte gratuita, per l'informazione e l'educazione, sin dall'età scolare, sulle questioni legate a sessualità, affettività e lotta contro il bullismo. I corsi si svolgono nelle scuole, su 12 ore complessive, rivolti principalmente ai gruppi-classe. «Il nostro obiettivo è dare un'informazione rigorosamente scientifica sulla contraccezione e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, ma sollecitiamo nei ragazzi anche una riflessione complessiva sulla sessualità, sui modelli culturali, sui ruoli sociali, sull'identità sessuale attraverso la letteratura, il cinema, la pubblicità - spiega la dottoressa Anna Sampaolo-Lavoriamo in stretta collaborazione con gli organismi scolastici e le commissioni salute: ogni corso parte dai temi segnalati dai docenti e si sviluppa secondo le richieste, i racconti, le sollecitazioni dei ragazzi. Oggi la nuova frontiera dell'educazione all'affettività è però rappresentata dal contrasto alle tante forme di bullismo, che a scuola - già nelle elementari e medie - trovano un luogo primario di diffusione».

**LE LEZIONI
PARTIRANNO OGGI**

*Saranno tenuti
da medici,
psicologi
e avvocati*



Ariccia Costerà 120 milioni di euro, 3 anni per realizzarlo. Battaglia (Pd): «Offrirà assistenza di qualità»

Ospedale dei Castelli, lavori al via

Trecento posti letto, da Rianimazione a Ostetricia: diagnosi con la Pet

Stanno per iniziare i lavori per la costruzione dell'ospedale dei Castelli Romani, nel Comune di Ariccia. Il 31 dicembre è stata consegnata l'area alla ditta che si è aggiudicata l'appalto. L'opera costerà 120 milioni di euro, già stanziati dalla Regione, e sarà dotata di 300 letti, in stanze singole o doppie con bagno e ogni confort. Oltre alla risonanza magnetica, ci saranno le più moderne attrezzature tecnologiche per fare diagnosi, compresa la Pet.

I lavori interessano una superficie totale di 148 mila metri quadrati (21 mila dei quali riservati al parcheggio). Sono 287 mila i metri cubi previsti per reparti, ambulatori, pronto soccorso e uffici. L'ospedale verrà terminato tra tre anni. Per quella data la Asl Roma-H, ha previsto anche la chiusura e la riconversione delle vecchie strutture sanitarie di Albano, Genzano e Ariccia: diventeranno servizi per il territorio, cioè poliambulatori, *day surgery*, *day hospital* e centri di prevenzione.

Dopo anni di progetti, revisioni e modifiche finalmente si sta per aprire il cantiere. Augusto Battaglia (Pd), ex assessore regionale alla Sanità, ha seguito per anni l'iter di questa opera: «Nel 2005, appena nominato assessore, ho trovato un progetto che prevedeva un supermercato, numerose abitazioni e solo uno spazio residuale per l'ospedale - ri-

corda -. Quindi siamo stati costretti a promuovere sostanziali modifiche, in accordo con il Comune di Ariccia». Grazie all'ospedale dei Castelli «i residenti non dovranno più correre a Roma per farsi curare - sottolinea Battaglia - e disporranno di un'assistenza di qualità in una struttura moderna e efficiente».

Nell'ambito della divisione dei posti letto, ne sono stati programmati 30 di rianimazione, terapia intensiva e sub-intensiva, 13 di psichiatria, 40 di ostetricia, ginecologia e neonatologia, 35 di riabilitazione, 44 dell'area medica e 54 dell'area chirurgica. Particolare assistenza per infartuati e neonati a rischio. Altri 58 letti saranno di *day hospital* e *day surgery*. Inoltre è stato previsto un reparto a pagamento, attrezzato con 20 posti in camere singole: sarà a disposizione per i ricoveri programmati.

Il progetto finale, varato alla fine del 2007, ha riservato alla nuova struttura tutta l'area nella parte meridionale del Comune di Ariccia, tra la via di Campoleone e la Nettunense, al chilometro 11,5. Nel 2008 la Regione e la Asl Roma-H hanno iniziato le procedure per assegnare l'appalto. Le risorse per costruire l'opera sono state inserite nella finanziaria regionale 2007.

Francesco Di Frischia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ilaria Capua, grande virologa, spiega perché oggi la ricerca deve battere le malattie in velocità

La Scienza Senza Segreti

di MASSIMO DI FORTI

«**L**A potenzialità di trasmissione dei virus è oggi di una velocità formidabile. Quando un virus sale su un aereo è finita. Sono a rischio milioni di persone». Non ci sono mai ombre in quello che dice. Ilaria Capua, virologa di fama mondiale, pioniera nella lotta all'aviaria, la febbre suina, con il suo team dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, a Padova, ha un linguaggio diretto che non gira mai intorno alle cose. Le affronta con efficacia esemplare, in perfetta sintonia con l'immagine che si è creata per avere sfidato alcuni schemi ufficiali e burocratici della ricerca. Considerata una delle "cinque menti rivoluzionarie del pianeta" dalla rivista specializzata *Seed*, gratificata dai consensi incondizionati di *Nature* e del *New York Times*, ha sollevato infatti il delicatissimo problema della trasparenza dei dati: e anziché depositare i risultati delle sue scoperte in un database ad accesso limitato (riservato solo a 15 laboratori) dell'Organizzazione mondiale della sanità, lo ha fatto via Internet con una banca dati estesa a studiosi di tutto il mondo scatenando un terremoto tra addetti ai lavori ma accelerando in modo clamoroso i tempi per combattere l'epidemia («Il mio coraggio?», dice con un pizzico di autoironia. «È forse una forma di incoscienza... Però, sì, sono una persona che

osa. Se credo in una cosa, non penso troppo alle conseguenze che questa scelta comporta. La faccio in completa controtendenza»).

Romana, 43 anni, sarà lei a dare il via al Festival delle Scienze che si svolgerà da mercoledì a domenica all'Auditorium. Discuterà con il chimico e biologo Cameron Neylon e il sociologo Massimiliano Bucchi sul tema *Scienza aperta: chi decide e come?*

Dottoressa Capua, a proposito della sua esperienza personale, come è arrivata alla decisione che l'ha resa famosa in tutto il mondo?

«Il mio laboratorio aveva lavorato sui virus influenzali già 10 anni fa e, quando è scoppiata l'emergenza dell'aviaria, noi siamo stati i primi a caratterizzare l'H5n1 in Africa, dove non era mai arrivato. Ci siamo resi subito conto dei pericoli che questo fatto comportava. Perché, quando arriva in Africa, un virus trova purtroppo il Paradiso! Trova condizioni eccezionali per la sua diffusione sia tra specie animali che tra animali e esseri umani. Lì si vive con gli animali. Così, ho ritenuto che se non avessi immediatamente depositato la sequenza, il codice genetico del virus, avrei fatto un danno alla comunità scientifica e a milioni di persone. Se dobbiamo lavorare per la salute pubblica,

noi scienziati dobbiamo farlo tutti insieme, ecco come la

penso».

E, a livello scientifico-istituzionale, è scoppiata una bomba...

«Sì, ma di fronte alla minaccia di un virus che fa il giro del mondo e ammazza il 50 per cento delle persone che infetta in una settimana, che senso ha tenersi le sequenze nei cassetti e ritardare l'informazione

scientifico? Sarebbe pazzesco. Come si può giustificare, da un punto di vista etico, il fatto di non informare tutta la comunità scientifica degli esiti di una ricerca per rispettare i tempi della pubblicazione ufficiale dei dati, creando un ritardo di un anno?»

Insomma, lei dice che nel Villaggio Globale, dove tutto avviene simultaneamente e le distanze sono pressoché annullate, le informazioni scientifiche debbono viaggiare alla velocità della luce e senza segreti...

«Non ci sono dubbi, su questo. La medicina, in questo senso, è un banco di prova privilegiato. La spagnola ci ha messo un anno a fare il giro del mondo perché i mezzi di tra-

sporto allora erano tutt'altra cosa. Oggi, in un mondo interconnesso, la diffusione di un virus ha una rapidità micidiale. Naturalmente, i pericoli maggiori arrivano dai paesi in via di sviluppo dove le norme igieniche sono quelle che sono e, se non fai prevenzione, non hai fatto un bel niente. Pensiamo alle cose e alle merci che arrivano dalla Cina...».

Cosa è necessario fare nel prossimo futuro?

«Bisogna sfruttare i mezzi tecnologici che abbiamo a disposizione per cambiare il modo di gestire i successi scientifici. La tecnologia ci dà la possibilità di avere subito una quantità incredibile di informazioni: analizzarle tra scienziati, senza barriere e in modo collettivo, è l'obiettivo da perseguire. Ma dobbiamo lavorare in maniera diversa e creare questa nuova coscienza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Iperglicemia Una ricerca inglese ha analizzato gli effetti dei medicinali in 90 mila persone

Diabete

I farmaci migliori

Quali sono le pillole anti-zucchero più efficaci? Secondo il più grande studio mai realizzato

di Franca Porciani *Scritto a pagina 51*

Diabete Uno studio inglese, il più grande mai realizzato, ha valutato gli effetti dei farmaci ipoglicemizzanti su novantamila malati

Le pillole anti-zucchero promosse sul campo

Con la «vecchia» metformina si riducono al minimo gli infarti e si allunga la vita

I grandi numeri, non c'è dubbio, fanno sempre la differenza. Anche in medicina: uno studio sui farmaci del diabete diventa un evento se i malati presi in esame superano i novantamila. «Senza dubbio — commenta Antonio Pontiroli, professore di medicina interna dell'università di Milano presso l'ospedale San Paolo —; nessuna ricerca clinica condotta finora sulla terapia del diabete ha sfiorato questi numeri».

L'impresa è riuscita a Paul Elliott, dell'Imperial College di Londra, che scandagliando il database delle prescrizioni del Servizio sanitario britannico (quasi cinque milioni di pazienti) ha verificato il rischio di infarto, di scompenso cardiaco e di mortalità in generale a seconda delle pillole somministrate ad un esercito di persone, uomini e donne, colpite dalla malattia. Studio mastodontico, appena pubblicato sul *British Medical Journal*, ma capace anche

di fornire una parola definitiva in merito?

«Di definitivo in medicina non c'è niente, ma questo lavoro dà alcune conferme importanti — risponde l'esperto —. La prima e, forse, la più significativa è che la metformina è il farmaco "di prima scelta" per il diabete quando sono falliti i tentativi di tenerlo sotto controllo con la dieta e con l'attività fisica».

Lo studio inglese mette bene in evidenza come la mortalità associata all'impiego della metformina (farmaco vecchio di cinquant'anni del quale non si conosce ancora perfettamente il meccanismo d'azione) sia più bassa rispetto a quella degli altri antidiabetici, sulfaniluree e glitazoni.

«Conferma che impone una nuova mentalità — afferma Gabriele Riccardi, Presidente della Società italiana di diabetologia e professore di malattie metaboliche all'università Federico II di Napoli

—. L'errore in cui incappa più facilmente il medico, ma talvolta anche lo specialista, è quello di dare la metformina ad un dosaggio troppo basso, mezzo grammo al giorno, mentre si può arrivare tranquillamente ai due grammi e mezzo. Inevitabile che si passi alle associazioni con le sulfaniluree che - lo dimostra bene questo studio — aumentano la mortalità, sia per un danno diretto sul cuore sia perché favoriscono gli sbalzi della glicemia».

D'altro canto la metformina è la cura indicata come prima scelta anche dalla Società americana di diabetologia e da quella italiana e dai vari documenti di consenso in tutto il mondo.

Più scivoloso il terreno della seconda scelta, qualora la metformina da sola non basti a tenere sotto controllo la malattia. Scelta che al momento attuale oscilla fra l'abbinamento con le sulfaniluree (farmaci vecchissimi. agiscono



stimolando il pancreas a rilasciare l'insulina e sono a media o a lunga durata d'azione) o con i glitazoni, che aumentano la sensibilità delle cellule all'insulina (da noi sono in commercio due preparati: rosiglitazone e pioglitazone). Quest'ultimo promosso sul campo dalla ricerca inglese, mentre sul rosiglitazone restano le nubi di un possibile danno cardiaco, già emerso in altri studi. La conclusione? Se bisogna curare il diabete con i farmaci perché è fallito il programma dieta-esercizio fisico, la ricetta vincente è puntare sulla metformina; se non funziona, e si deve associare un altro farmaco, meglio il pioglitazone delle sulfaniluree. C'è, però, una novità: da poco sono entrate in commercio le incretine. Che cosa potranno fare di più? «Lo vedremo — dice Pontiroli —: il materiale non manca se è vero che i diabetici nel mondo saranno 380 milioni fra cinque anni».

Franca Porciani
fporciani@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

180

milioni

Il numero di individui colpiti dal diabete di tipo II nel mondo. Ma c'è chi sostiene che questo dato sia una sottostima, visto che molte persone con forme lievi della malattia non ne sono consapevoli

380

milioni

È il numero di casi di diabete di tipo II che si potranno contare nel mondo fra cinque anni, se non si modifica un certo stile di vita, caratterizzato dalla sedentarietà e dagli eccessi alimentari

Nuove linee guida Usa

Diagnosi: ora ci si affida all'«emoglobina glicata»

Fra breve il test dell'emoglobina glicata sarà promosso ad esame di primo livello per scoprire un diabete latente. Le ultime linee guida della *American Diabetes Association* gli attribuiscono un «peso» nella diagnosi pari a quello del test da carico di glucosio, che impegna una persona per parecchie ore e in diversi prelievi. Di che cosa si tratta? L'indagine si basa sul fatto, noto fin dagli anni Settanta, che il glucosio presente nel sangue penetra nei globuli rossi e resta impigliato dentro la

molecola di emoglobina, che si «glica», si carica di zucchero. La cosa interessante è che la percentuale di emoglobina glicata è proporzionale alla concentrazione di glucosio nel sangue e non è influenzata da eventuali malattie in corso: si è rivelata

Il test

Ha la stessa validità del più complicato e lungo esame «da carico» del glucosio

così un ottimo indicatore della malattia. Il valore che consente di fare diagnosi di diabete è pari o superiore al 6,5%. Da noi le cose sono più complesse perché i laboratori non hanno ancora raggiunto il livello di standardizzazione che questo tipo di esame richiede con il rischio che i risultati oscillino sensibilmente.

F.P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I «gradini» della cura

4 in caso di insuccesso si passa all'**INSULINA**

3 si associa un **GLITAZONE*** o una **SULFANILUREA**

2 si inizia la terapia con i farmaci: prima scelta, la **METFORMINA**

1 si interviene con la dieta e si fa attività fisica

* per il Rosiglitazone si impone cautela nei cardiopatici

6,7%

la percentuale di diabetici nella popolazione italiana

24%

la percentuale di uomini diabetici che non sono curati bene

31%

la percentuale di donne diabetiche che non hanno la cura adeguata

Salute e giustizia Deludono le due nuove leggi che hanno introdotto l'azione collettiva

Una class action poco efficace per la difesa dei pazienti

Tanti i limiti, sia contro i privati, sia contro l'amministrazione

Prodotti

Un prodotto sanitario ingannevole? In questi casi si può chiedere i danni al produttore

Servizi

Liste d'attesa troppo lunghe? Si può chiedere solo il ripristino dell'efficienza, non i danni

Se c'è un settore in cui ci si aspettava che la recentissima introduzione della «class action» (azione collettiva contro chi ha causato uno stesso danno a più persone) dovesse avere ampia applicazione è quello della sanità.

Cosa c'è di più collettivo di un danno da inquinamento dovuto a polveri sottili in eccesso nell'aria, o dei disagi, o peggio, riconducibili alle interminabili liste di attesa per un esame o un ricovero? O, per chi ha buona memoria, dei danni derivati ai politrasfusi da un colpevole ritardo nell'adozione di test per l'individuazione nel sangue da trasfondere del virus dell'Hiv? La possibilità di fare cause collettive, in un settore così delicato, farebbe sentire i cittadini un po' meno Davide davanti a Golia. Eppure, questa novità legislativa servirà a poco.

La modifica dell'articolo 140 bis del Codice del consumo prevede, appunto, che dal primo gennaio sia possibile proporre una causa civile non solo per sostenere le proprie ragioni, ma per difendere un interesse collettivo (anche dando mandato ad un'associazione), ma avrà scarsa applicazione in materia sanitaria. E questo perché la norma è inserita in un contesto nato per regolare i rapporti tra produttori, e cioè un'impresa (e non la pubblica am-

ministrazione) e consumatori. Deve perciò esserci un rapporto di "consumo" tra danneggiato e danneggiante (che non c'è se, per esempio, un'impresa inquina una falda acquifera o l'aria).

Certo, chi vede danneggiato il proprio bene salute, in una qualsiasi forma, potrà continuare a rivolgersi, da singolo, come si è fatto finora, ai tribunali civili e penali.

È invece più applicabile al settore sanitario un'altra novità portata dall'anno nuovo: il decreto legislativo del 20 dicembre 2009, intitolato «Ricorso per l'efficienza delle amministrazioni e dei concessionari dei servizi pubblici» che prevede analogamente l'azione collettiva. Decreto che però non sarà applicato rapidamente, perché prima si dovranno fissare gli standard di qualità per tutta una serie di servizi.

Allora, quello che è uscito dalla porta è rientrato dalla finestra? «Non direi — risponde l'avvocato Liliana Ciccarelli, responsabile del Settore conciliazione di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato — perché, se col 140 bis è possibile ottenere un risarcimento del danno subito, facendo appello al decreto 198 di soldi invece non se ne vedono. Scopo del decreto è infatti far sì che le amministrazioni pubbliche ripristino il corretto svolgimento delle loro funzioni, o la corretta esecuzione di un servizio».

In pratica, che cosa significa? «Significa — continua Ciccarelli — che il giudice amministrativo, perché di giudice amministrativo si tratta, se verifica la fondatezza del ricorso presentato dai titolari di interessi omogenei e, successivamente, accoglie la loro domanda, ordina alla pubblica amministrazione di adottare misure che risolvano il pro-

blema».

Questo vorrebbe dire, per esempio, poter imporre agli ospedali di ridurre le liste di attesa? «Sì, ma solo in teoria, perché il decreto prevede anche che le misure adottate non debbano costare una lira in più alla pubblica amministrazione. Le attese potrebbero dunque essere ridotte solo nel caso fossero imputabili a scarsa organizzazione e non, magari, a scarsità di mezzi e uomini».

E se la pubblica amministrazione, nel nostro caso l'ospedale o gli ospedali, non migliorano la situazione? «Il ministro Brunetta, che ha fortemente voluto questa normativa, conta molto sul fatto che le condanne vengano rese note sul sito del suo Ministero. Si tratterebbe, per chi viene condannato, di un "danno reputazionale" che dovrebbe fare da deterrente. Speriamo. Come pure speriamo che qualche giudice decida di dare un'interpretazione più "ampia" al 140 bis - decisamente più incisivo ed efficace, perché prevede risarcimenti per le parti lese -, applicandolo in maniera più estesa a tutti i tipi di danno alla salute».

E quanto ai tempi e ai costi, le azioni collettive garantiscono ai cittadini un "risparmio" di entrambi? «Una delle caratteristiche degli istituti di tutela collettiva — precisa Ciccarelli — è la "economicità processuale" che razionalizza la domanda di giustizia sostanzialmente identica di più persone. Ma per essere certi che questa "velocizzazione" si realizzi bisognerebbe verificare sia l'organizzazione delle cancellerie dei tribunali civili interessati a ricevere domande di class action (e il 140 bis ha individuato i tribunali competenti: Torino, Venezia, Roma, Napoli), sia quelle dei singoli TAR per quanto ri-

guarda l'azione contro la pubblica amministrazione».

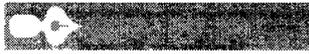
E i costi? «Non c'è nessuna previsione di agevolazione per chi decide di mettere in moto una class action, anzi nel caso del 140 bis grava sui proponenti l'onere della "pubblicità" dell'azione, per rendere possibile l'adesione di altri cittadini interessati e naturalmente c'è il rischio di essere condannati alle spese se si è parte soccombente».

Tra tanti dubbi, intanto, in materia sanitaria qualcosa si muove già. Il Codacons ha infatti lanciato una class action contro l'azienda produttrice del test "fai da te", «Ego test flu», per l'individuazione del virus dell'influenza A, test ritenuto del tutto inutile. Ma questo si può fare perché si tratterebbe di una truffa a danno dei consumatori e, dall'altra parte, c'è un'azienda e non una pubblica amministrazione.

Daniela Natali

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La speranza «tradita»

di ALFONSO MARRA*

Con le leggi n° 15 (Ricorso per l'efficienza delle P.A.) e n° 99 del 2009 (articolo 140 bis) sarà tutta in salita la strada per gli utenti o i consumatori che abbiano subito danni dalla pubblica amministrazione o da un'impresa privata e vogliano promuovere una class action. La prima difficoltà per i cittadini sta nel fatto che la class action contro la P.A. non prevede risarcimenti, ma la semplice eliminazione dei disservizi. E questo è particolarmente grave se si pensa che, poiché la sanità riguarda la P.A., gli utenti del Ssn, per una class action, dovranno appellarsi a questa norma e si ritroveranno con le armi spuntate. Seconda difficoltà, di carattere generale: per scongiurare fini speculativi, entrambe le leggi impongono un preliminare giudizio di ammissibilità della class action, deciso dal giudice. Ma c'è di più: il 140 bis ha previsto che, se il Tribunale dichiara inammissibile l'azione, i proponenti sono tenuti non solo al pagamento delle spese processuali di entrambe le parti, ma a risarcire eventuali danni economici subiti, anche per effetto della pubblicità negativa, dall'impresa contro cui è stata promossa la class action. Altra difficoltà, capire chi è il giudice competente: il tribunale ordinario (cui rivolgersi con il 140 bis) o il giudice amministrativo (legge n° 15)? E se le imprese sono a partecipazione pubblica e non si sa se prevale il pubblico o il privato?

* magistrato



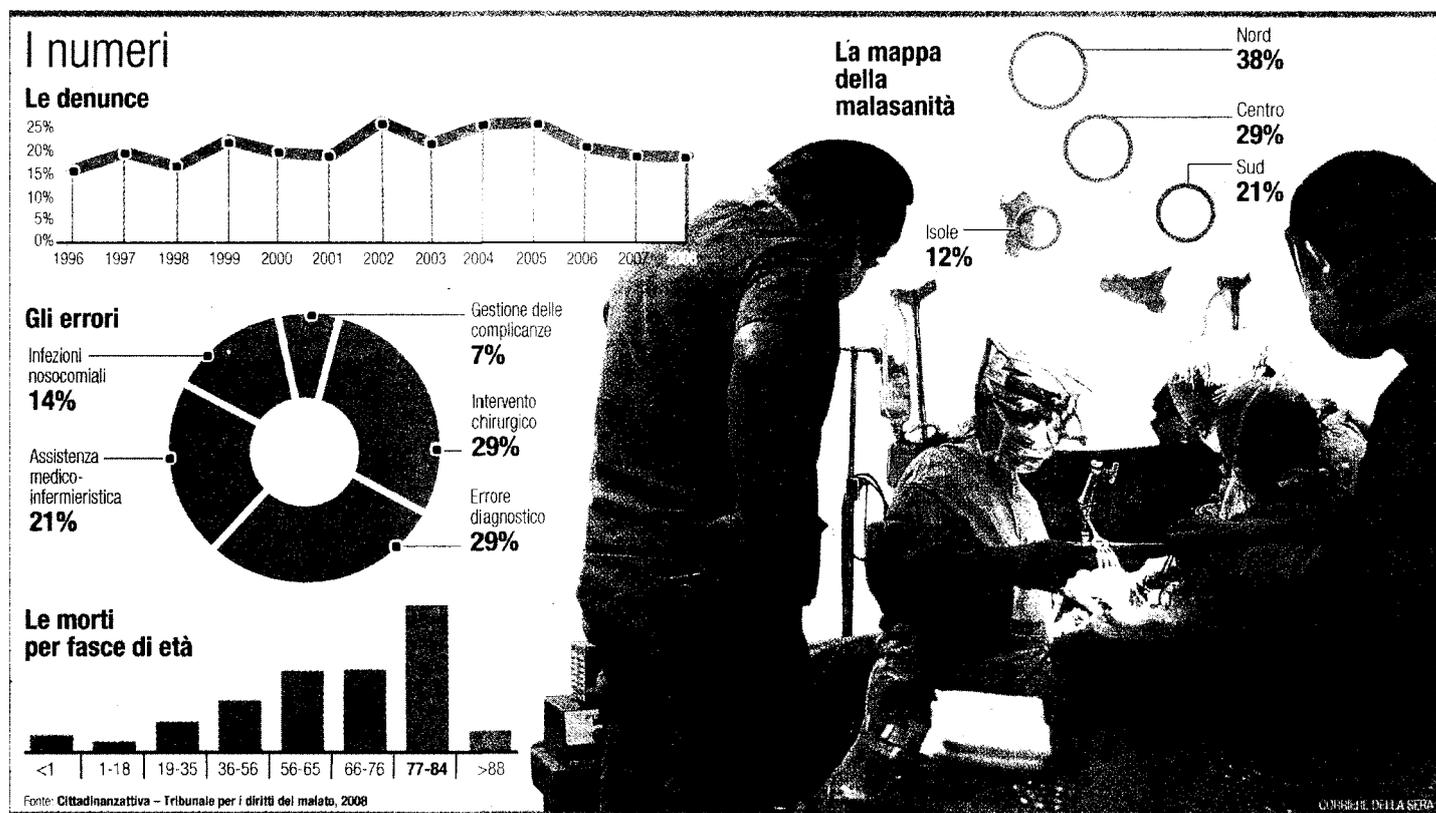
Focus La salute dei cittadini

Le cifre Secondo le segnalazioni del Tribunale dei diritti del malato le donne sono più colpite degli uomini

L'ignoranza Metà delle strutture sanitarie pubbliche non sa quanti e quali errori si commettono. E quindi non possono lavorare per ridurli al minimo

Medici e infermieri, errori in corsia

I casi di malasanità si consumano soprattutto in ospedale
Più colpito il Nord, ma le denunce sono in calo



Un giovane di 22 anni, ricoverato per un'intossicazione alimentare, terminata la terapia viene lasciato con aperto l'attacco della flebo nel vaso sanguigno. Si sveglia dopo una ventina di minuti e si ritrova tutto sporco di sangue. Chiama. Chiudono la valvolina e il medico lo tranquillizza: il sangue avrebbe fatto un coagulo. Altri medici dopo gli hanno detto che non sarebbe andata così...

Altro ospedale, altra storia: specializzandi del secondo anno da soli di turno notturno al Pronto soccorso. E' lecito? E se all'improvviso si ritrovassero con tre o quattro emergenze contemporanea-

mente?

Due esempi dello stesso quadro. Dello stesso tipo di organizzazione da analizzare per fare prevenzione degli errori medici. E, attenzione, avvengono al Nord. I casi eclatanti accendono l'attenzione ma poi, una volta passata la bufera, nessuno applica strumenti per evitare che vi siano morti. Chi controlla per esempio che infermieri e medici disinfezzino le mani e cambino i guanti usa e getta passando da un

malato all'altro, da una visita all'altra? E perché ogni tanto qualcuno si ritrova con garze o forbici nel corpo dimenticate durante l'operazione? Non ci dovrebbe essere chi conta tutto



in sala operatoria? O forse non c'è più? E quanto incide la logica del risparmio negli errori organizzativi?

Domande a cui è difficile rispondere senza analizzare i numeri. Che mancano. Gli unici numeri che consentono un'analisi sono quelli delle segnalazioni a Cittadinanzattiva, Tribunale per i diritti del malato. Il trend delle segnalazioni di *malpractice* dal 1996 al 2008 offre uno spaccato parziale ma interessante. Nel 2008 si è registrata una lieve flessione pari allo 0,2% rispetto all'anno precedente. La percentuale si attesta sul valore del 18%, confermando i presunti errori medici al primo posto tra le diverse tipologie di casi segnalati nel corso del 2008: prevalentemente errori durante lo svolgimento di interventi chirurgici (53%) piuttosto che di errata diagnosi (26%). Degna di nota anche la percentuale (12%) di casi di sbagli terapeutici. Occasionali, ma non per questo meno gravi, i casi segnalati di errori durante la fase riabilitativa (3%).

Dove avvengono gli sbagli? Prevalentemente nelle strutture di ricovero (61,8%) ma anche, per una percentuale pari all'11,8%, nel Pronto soccorso. L'ambulatorio rappresenta luogo di *malpractice* nel 18,4% dei casi. Molto inferiori le segnalazioni inerenti errori durante l'assistenza domiciliare.

La quasi totalità di quanto segnalato

avviene in ambienti sanitari pubblici o accreditati (88%). La percentuale maggiore di segnalazioni di *malpractice* riguarda le donne (57%). Per quanto riguarda l'età dei soggetti interessati, la fascia maggiormente colpita è quella che va dai 36 ai 56 anni (26%). Oltre la metà delle segnalazioni, ben il 58%, si concentra nella fascia di età lavorativa dei cittadini: 19-65 anni. Ma il maggior numero di decessi riguarda la fascia che va dai 77 agli 87 anni. Soprattutto al Sud? No. Il 38% a Nord, il 21 al Sud, il 29 al Centro e il 12 nelle Isole. Ma il Nord è in flessione rispetto al 2007.

Ma le segnalazioni corrispondono a realtà? In 29 casi su 100 è stato accertato un errore diagnostico ed altrettanti casi di errati atti operatori (29%). Nel 21% dei casi l'errore accertato fa riferimento ad una inadeguata assistenza di tipo medico o infermieristico. «Tra tutti, colpisce maggiormente il dato relativo alle infezioni ospedaliere accertate (14%) — dice Antonio Gaudio, vicesegretario generale di Cittadinanzattiva —. Quest'ultime spesso dovute a somministrazioni di terapie antibiotiche inadeguate, responsabili dell'isolamento di ceppi batterici multiresistenti, pertanto difficili da debellare. Uno dei principali fattori di rischio è l'esposizione dei pazienti in condizioni critiche a germi trasportati dal personale medico e paramedico o dai fa-

miliari stessi (non sufficientemente sensibilizzati al problema della trasmissione di germi)».

Dato che dovrebbe far riflettere sul come si usano gli antibiotici in Italia. L'Agenzia del farmaco (Aifa) ha lanciato un'importante campagna di informazione perché già oggi muoiono circa 7 mila ricoverati all'anno per batteri super-resistenti.

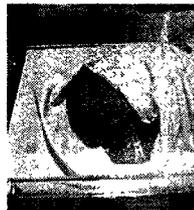
Ma quali sono le motivazioni dietro alle segnalazioni o alla richiesta di una consulenza medico-legale? Non sempre infatti c'è un reale errore medico. L'approfondimento indica che la maggior parte di ciò che viene percepito come errore dai cittadini riguarda gestione, attenzione e comunicazione nei confronti del malato e della propria famiglia. Quest'ultima è qualitativamente carente e fa sentire il cittadino trattato male. La maggior parte dei disagi percepiti dai cittadini riguarda la relazione medico-paziente (33,5%). Un pizzico di umanità in più eviterebbe buona parte delle segnalazioni. Per esempio, molto spesso viene riferito che, in sede di acquisizione del consenso, il medico non precisa la modalità della prestazione, le sue finalità, i rischi ad essa connessi, le eventuali complicanze, gli effetti collaterali, le alternative e i risultati prevedibili.

Ovviamente non tutte le segnalazioni diventano denunce e non tutte le denunce finiscono in un'aula di Tribunale. L'80 per cento dei procedimenti giudiziari vengono alla fine archiviati. Restano però quei 32 mila casi ogni anno di morti in ospedale causate da errori medici: il 2,5% circa del totale dei decessi in Italia, secondo i dati Istat. Più dei morti per incidenti stradali. Con una spesa che si aggira intorno ai 260 milioni di euro all'anno, solo per il prolungamento dei tempi di degenza.

Ma c'è di più: 1 su 6 di questi errori, circa 5.000, non è dovuto a negligenza, a incompetenza o a mancanza di conoscenze tecniche, bensì alla fallibilità del ragionamento umano: si chiamano errori cognitivi. Le possibili soluzioni sono: formazione, lavoro in team e simulazione delle emergenze, come in aeronautica. La lacuna più grave è però quella che metà degli ospedali non sa quanti e quali errori commettono. E che, quindi, non può lavorare per ridurli al minimo. Conclude Gaudio: «Chiediamo al ministro della Salute di rendere operative su tutto il territorio nazionale le linee guida sugli errori, le check list e tutti gli strumenti di prevenzione che già esistono, ma corrono il rischio di rimanere solo dei pezzi di carta o relazioni ai convegni».

Mario Pappagallo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Neonati

Giorgia (foto) e Samuele, morti poco dopo la nascita a Foggia (dicembre 2009)



La denuncia

Andrea, 7 anni, morto a Cosenza (2005). La madre ha denunciato di nuovo la vicenda



L'imprenditore

Giovanni D'Angelo morto a Pisa (2010) per un infarto non diagnosticato



L'ingessatura

A Francesca, 2 anni e mezzo, hanno ingessato a Cosenza il braccio sbagliato (2010)

Il ministero

Farmaco gratis per la bimba affetta da una malattia rara

Patrizia, la bambina di un anno di Giugliano affetta da un rarissima malattia metabolica (deficit di piridossamina 5 fosfato ossidasi) curabile solo con la somministrazione ripetuta del farmaco «Piridossalfosfato» prodotto negli Stati Uniti, potrà ricevere gratuitamente la medicina salvavita. Dopo l'appello rivolto al governo dalla mamma della piccola, il ministro della Salute **Ferruccio Fazio** ha contattato l'assessore regionale alla Sanità Mario Santangelo e si è convenuto che su specifica disposizione regionale l'azienda ospedaliera universitaria Federico II assicurerà in ogni caso la fornitura gratuita del farmaco. Il ministro Fazio ha inoltre invitato l'Agenzia Italiana del Farmaco ad offrire «ogni eventuale



Patrizia con la mamma

La storia

Patrizia vive a Giugliano la medicina salvavita prodotta solo negli Usa

necessario aiuto e collaborazione alle strutture sanitarie interessate, in caso di difficoltà nel reperimento del farmaco in questione». La notizia è stata diffusa dal professore Roberto Paludetto, responsabile della terapia intensiva neonatale del Policlinico federiciano che ha in cura la bimba. «Mi ha contattato l'assessore Santangelo - spiega Paludetto - per dirmi che lui e Bassolino si erano attivati per trovare una soluzione. Dopo alcune ore dall'assessorato alla Sanità mi hanno confermato che la Regione Campania coprirà le spese per curare la piccola Patrizia». Quello della bambina è uno dei quindici casi al mondo di una malattia rarissima che può provocare convulsioni mortali.



L'infettivologo Moroni: il caso della bocconiana sieropositiva? Il test andrebbe promosso di più

«I ragazzi hanno rimosso la paura dell'Aids»

MILANO — Non c'è più Elisabeth Taylor a parlare di lotta all'Aids, dalla platea dei congressi internazionali, alle televisioni di tutto il mondo. Non si sentono più i fuoriclasse alla Magic Johnson raccontare come l'Hiv possa colpire chiunque, anche i campioni dello sport, ma deve essere affrontato con la stessa determinazione che lui metteva in una partita di basket. Allora, quindici, vent'anni fa, tutti conoscevano l'Aids, le campagne di informazione erano martellanti, la ricerca faceva passi da gigante, gli scienziati scoprivano cure sempre più efficaci, le persone malate cominciavano a morire sempre meno e a vivere sempre di più. Così l'Aids ha perso il suo primato e adesso non è più nella lista delle emergenze sanitarie, soppiantata dal riscaldamento globale, dal terrorismo e persino dall'influenza

A. La gente se l'è dimenticata.

Ma, come ha appena testimoniato una ragazza milanese sieropositiva di 21 anni sulle pagine del *Corriere*, l'Hiv è sempre fra noi. «L'epidemia di Aids — commenta Mauro Moroni, docente di malattie infettive all'Università di Milano — è un'epidemia legata ai comportamenti e, proprio per questo, ha potuto diffondersi negli ultimi decenni e non prima. Parallelamente, cioè, a una liberalizzazione dei costumi sessuali, a una maggiore precocità e promiscuità sessuale, non protette sotto il profilo igienico». E se è vero che in Italia negli ultimi anni i casi di infezione sono diminuiti (dai 18-20 mila all'anno nel periodo di massima diffusio-

ne, agli attuali 4 mila circa), i comportamenti non si sono modificati, anzi: l'età del primo rapporto si è ridotta ancora di più, avere più partner

non fa scandalo, il Viagra ha aumentato l'attività sessuale fino a età avanzata. E il virus, che è un virus furbo, ne approfitta.

«Le giovani generazioni — continua Moroni — non ricordano le vecchie campagne di prevenzione e anche chi le ha vissute, ha scotomizzato il problema. Il rischio da Hiv non è più percepito come tale e non c'è da stupirsi se il 60 per cento delle infezioni viene scoperto nel momento in cui le persone si ammalano di Aids».

Secondo le stime, i casi di infezione in Italia sono in aumento e la situazione oggi va affrontata in un'ottica nuova. Per esempio offrendo «attivamente» il test a tutti. «La Commissione Aids ci sta lavorando — dice Moroni —. Finora si è sempre parlato di disponibilità gratuita del test, ma l'offerta attiva è qualcosa di diverso. I medici del pronto soccorso, dei Sert e i medici di famiglia dovrebbero proporre l'esame

a tutti, senza aspettare che sia il singolo a richiederlo. E' una rivoluzione culturale: offrire il test alla popolazione significa prendere atto che l'Hiv può riguardare tutti. Il test per l'Hiv dovrebbe entrare nella mentalità della gente ed essere accettato come l'esame del colesterolo, la mammografia o il Pap test. Si fanno tanti esami inutili, perché non proporre questo?».

Adriana Bazzi
abazzi@corriere.it



Il sensazionalismo uccide la scienza

Dopo gli allarmi per il cancro, una ricerca rivela che le onde dei telefonini formerebbero una barriera contro l'insorgere dell'Alzheimer. Uno dei molti segnali contraddittori che arrivano dalle più autorevoli riviste internazionali. **Ma quanto possiamo fidarci?**

TROPPIA FRETTA

Spesso si canta vittoria solo perché gli esperimenti hanno successo sui topi

LE MOTIVAZIONI

Dietro agli annunci ragioni finanziarie o legate al prestigio accademico

il caso

EUGENIA TOGNOTTI

Le verità contraddittorie dei laboratori

Il «contrordine» è di quelli che lasciano il segno e fanno riflettere su ciò che filtra dal ricchissimo flusso informativo del mondo della scienza e sul modo di comunicare le notizie di conquiste e scoperte - talora in netto contrasto - e le ipotesi non confermate dei ricercatori, capaci di confondere l'opinione pubblica. L'ultima, in ordine di tempo, riguarda un simbolo della modernità di cui non possiamo più fare a meno: i cellulari.

Gravati dal sospetto di causare tumori al cervello - rinvigorito, di quando in quando, da nuovi studi - i nostri amati telefonini potrebbero essere riabilitati. Stando ai clamorosi risultati di uno studio appena pubblicato sulla rivista «Journal of Alzheimer's Disease», proteggerebbero nientemeno che dall'Alzheimer, la tremenda malattia che ruba i ricordi e imprigiona i malati in una

solitaria e dolorosa smemoratezza. Non solo. Sarebbero anche capaci di far regredire i segni tipici del morbo nel tessuto cerebrale, cioè le placche amiloidi.

Insomma, gli effetti dell'esposizione dei topi alle onde elettromagnetiche - corrispondenti negli esseri umani a un cellulare incollato all'orecchio per diverse ore al giorno e per molti anni - sarebbero stati positivi. Almeno per l'Alzheimer. Naturalmente, per i non addetti ai lavori, avidi di notizie sui progressi nella conoscenza delle grandi malattie del nostro tempo, restano accese le innumerevoli spie rosse sui presunti danni alla salute prodotti da cellulari e computer. Il campionario dei campanelli d'allarme comprende: le emissioni di radiazioni, la riduzione della fertilità per gli uomini che hanno l'abitudine di portare il telefonino in tasca o attaccato alla cintura dei pantaloni e, ancora, la possibilità che l'uso troppo frequente danneggi i delicati meccanismi che nel cervello presiedono all'apprendimento, alla memoria e al movimento. E, inoltre, i gravi rischi alla salute dovuti alle alterazioni delle funzioni di rigenerazione del sangue e il pericolo di tumori benigni all'orecchio per chi fa uso del telefonino da più di 10 anni. Per quan-

to riguarda il computer, poi, uno dei rischi più recenti - riferiti dallo studio di un gruppo di ricercatori giapponesi - è legato all'uso prolungato (8-9 ore) da parte dei miopi: aumenta in maniera esponenziale il rischio di glaucoma, una malattia degli occhi che spesso provoca la cecità.

Adesso il meno che si può osservare dello studio pubblicato dal «Journal of Alzheimer's Disease» - e di tanti altri - è che i risultati devono essere replicati e che, per dirla banalmente, occorre passare dai topi agli uomini. Senza parlare dello scarso numero delle cavie - divise in sottogruppi - utilizzate per l'esperimento, fatto che, naturalmente, aumenta il rischio che alcuni dei risultati osservati siano frutto del caso. Una realtà che rimanda ad una serie di questioni come la «fretta» di alcuni gruppi di ricerca di comunicare i risultati, spinta da motivazioni diverse (scientifiche, accademiche, finanziarie) e, dall'altra parte,



l'interesse nei media di gettarsi sulla «notizia».

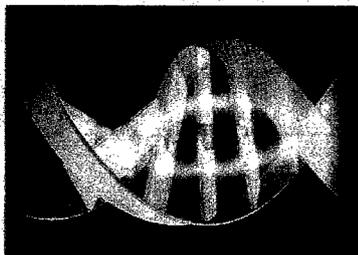
Una propensione pericolosa, soprattutto quando riguarda anticipazioni su studi epidemiologici delicati e preliminari, capaci di produrre - se comunicate in maniera inappropriata - un forte impatto sull'opinione pubblica e di influenzare negativamente chi ha la responsabilità delle decisioni politiche, come è accaduto nel caso della vicenda sui presunti casi di leucemia legati alle emissioni della Radio Vaticana.

Molte indagini condotte sulle radiofrequenze - così come altre, in diversi ambiti, riguardanti le ipotesi di un «boom» di tumori - si sono basate troppo spesso su studi segnati da forti limiti: carenza di dati d'esposizione e «informazioni confondenti», oltre a un numero troppo limitato di casi analizzati, descritto in uno studio americano famoso come «legge dei piccoli numeri». I numeri, troppo spesso, sono ritenuti altamente rappresentativi delle popolazioni e da qui nascono gli effetti distorsivi in chi li legge, spiegabili, spesso, con le scarse conoscenze di molti sulla statistica.

L'«emozionismo» - nella vita pubblica, dalla politica alla cultura - sta diventando (si sa) la cifra della nostra epoca. Ma dovrebbe essere bandito dalla trasmissione alla pubblica opinione dei percorsi e dei traguardi del sapere scientifico, oltre che delle sue conquiste e delle sue scoperte. Tante frontiere diverse, in cui sono un elemento integrante anche le incertezze, i dubbi e le domande, tutte caratteristiche proprie dell'avventura scientifica.

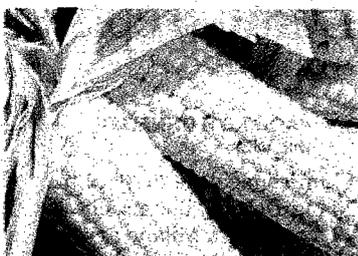
I dubbi

Molte polemiche poche verità



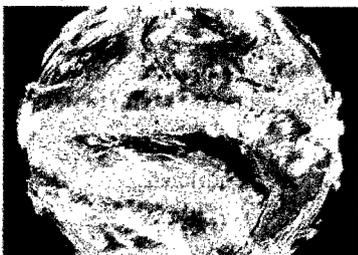
Il genoma

Quando fu decifrato, si annunciò un'epoca di terapie personalizzate. In realtà il Dna non è così facilmente manipolabile come si pensava



Gli Ogm

I cibi «trasformati» fanno bene o male? Le ricerche continuano a dare risultati contraddittori sui possibili pericoli per la salute umana



L'effetto serra

Il pianeta si riscalda? I dati dicono di sì, ma lo scandalo del «climategate» rivela che ci sono state esagerazioni propagandistiche



I farmaci

La loro efficacia è testata da enti nazionali e internazionali, ma le pressioni dell'industria manipolano spesso i processi decisionali



L'energia

Meglio il nucleare o il solare? Il dibattito scientifico sulle fonti energetiche si divide in «partiti» opposti, con tesi antitetiche