

## Rassegna del 15/10/2010

---

VERO - Quando il medico sbaglia puoi chiedere aiuto al giudice. Però rischi di aspettare fino a 15 anni... - Lo Cicero Vaina Stefano 1

**Risse in sala parto, diagnosi sbagliate, trasfusioni infette e sale operatorie con batteri da Terzo mondo causano migliaia di complicazioni, a volte fatali. Ma reagire è possibile**

**QUANDO IL MEDICO SBAGLIA PUOI CHIEDERE AIUTO AL**

**GIUDICE. PERÒ RISCHI DI ASPETTARE FINO A 15 ANNI...**

**Se sei vittima di malasanità, l'unica strada percorribile è quella legale, che, nonostante i**

**costi, può portare a rimborsi milionari. Ma i tempi della giustizia sono spesso lunghissimi**

**Stefano Lo Cicero Vaina**

Milano - Ottobre

**M**alasanità. Da due mesi è questo l'incubo di molti italiani: secondo l'agenzia di sondaggi Eurobarometro, il 53 per cento di loro teme un danno durante la cura. E le paure non sono infondate. Le liti in sala parto in due ospedali messinesi e in uno bergamasco, la setticemia scambiata per influenza da un medico barese, la chiusura dell'arteria sbagliata al San Pietro Fatebenefratelli di Roma, sono solo alcuni casi di presunta malasanità che in poche settimane hanno messo in allarme pazienti, medici, magistrati e commissioni d'inchiesta parlamentare.

Ma cosa sta succedendo alla sanità italiana? La salute dei cittadini è davvero a rischio? Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), no. Quello italiano è il secondo sistema sanitario migliore al mondo dopo la Francia, per la qualità dell'assistenza prestata. «Il problema registrato negli ultimi tempi sono forse le troppe tensioni che, in certi casi, inducono all'errore», spiega a *Repubblica* Paolo Biglioli, luminare della cardiocirurgia e direttore scientifico dell'istituto cardiologico Monzino di Milano. «Nel nostro Paese, in questo momento, tutti discutono di tutto, basta guardare il Parlamento. Se cala la sicurezza negli ospedali è perché c'è sbandamento nella testa delle persone fuori. Se la gente non è serena, non lo è nemmeno il medico». E allora, è solo colpa della tensione? No, a giudicare dalle parole di Ignazio Marino, presidente della Commissione d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale. Il senatore del



### **SOTTO I FERRI**

Milano. Un'équipe di medici opera un paziente. L'Italia è uno dei Paesi dove la sanità fornisce i servizi migliori, ma periodicamente si verificano incidenti che minano la credibilità del sistema.

Partito Democratico ha parlato di «bollettino di guerra» nel definire la serie tragica di «incidenti» avvenuti in sala parto negli ultimi mesi.

### **«Non sono singoli errori umani»**

«Non possono essere considerati singoli errori umani, come prova a minimizzare il ministro Fazio. C'è un'emergenza di sistema, provocata dal diffuso mancato rispetto

dei protocolli, dall'assenza di una valutazione organizzata e rigorosa del percorso che ogni ammalato deve seguire», spiega Marino. «L'Italia sembra tragicamente unita, quanto a negligenza e inadeguatezza di alcune strutture: dal caso delle sacche di sangue scambiate a Torino al vaccino contro il Papilloma virus somministrato a un bambino a Padova e destinato invece alla sorella, fino alle tante, troppe donne che, da Nord a Sud, sono an-

date con fiducia a partorire in ospedale e ne sono uscite prive di vita, gravemente menomate o senza il loro bambino. Credo che la sanità del nostro Paese, nel suo complesso», aggiunge il presidente della Commissione, «sia di buon livello e sono naturalmente consapevole dell'imponderabilità di alcune circostanze».

Giudizi a parte, a dare contezza della reale salute della sanità italiana sono i numeri. A partire da quelli registrati

AUMENTANO LE DOMANDE DEI DANNEGGIATI

## Tutti i numeri delle cause legate alla sanità italiana

La sanità è uno dei settori dove lo Stato spende di più: l'8,7 per cento del prodotto interno lordo, secondo i dati forniti dall'Istat, pari a circa 2.500 euro pro capite. Un dato importante che permette di capire, insieme alle cifre in basso, quanto sia "ingombrante" il settore sanitario nella vita del nostro Paese.

**16.500**

• È l'ammontare medio (in euro) del risarcimento che veniva dato nel 2002 per errori commessi dai medici.

**30.000**

• È l'ammontare medio (in euro) del risarcimento che veniva dato nel 2008 per errori commessi dai medici.

**15  
anni**

• È il tempo medio di attesa per ottenere un risarcimento dopo un errore medico.

**29.500**

• È il numero di risarcimenti chiesti ogni anno per errori medici. Dal 1997 c'è stato un aumento del 70%.

**31%**

• È la percentuale di casi risarciti. L'indennizzo viene dato in un terzo delle denunce di danno.

NELLA SELVA DEI TECNICI, POCHE ASSOCIAZIONI AFFIDABILI E TANTI «AVVOLTOI»

## Prima del legale, chiama il Tribunale del malato

Di fronte a un caso di malasanità, spesso le vittime o i loro familiari reagiscono con un atteggiamento di incredulità, oltre che di grande frustrazione. Soprattutto, quando le operazioni sembrano facili o "ordinarie", come a volte vengono definite. Ma in questi casi cosa si può fare? L'unica via possibile è quella del ricorso alla giustizia, attraverso l'intervento di avvocati specializzati. Tra i tanti soggetti interessati alla salute dei cittadini, che operano come supervisori e organi di tutela, c'è il Tribunale per i diritti del malato (Tdm) di Cittadinanzattiva (per informazioni, consulta il sito internet [www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)). Il Tdm è una rete costituita da cittadini comuni, ma anche da operatori dei diversi servizi e da professionisti, che si impegnano a titolo volontario: in tutto il territorio sono circa 10.000 le persone che lavorano nelle varie sedi regionali. Quella costituita da Cittadinanzattiva è una delle strutture più efficienti a livello nazionale, il cui scopo è rimuovere situazioni di sofferenza inutile e di ingiustizia, ricorrendo anche all'autorità giudiziaria. Ma a venire incontro ai cittadini sono anche le tante realtà di professionisti specializzati proprio in questo ambito. Attenzione, però, perché il mercato di avvocati e medici legali che pullula in questo settore può costare molto caro a malati e familiari. Parola di Alfonso Scutellà, insegnante che nel 2007 ha perso uno dei suoi cinque figli, dopo che il piccolo ferito è stato rimbalzato da diversi ospedali che rifiutavano



### VITA SPEZZATA

Bari. È morta a 22 anni tra dolori lancinanti, Antonella Mansueto, il cui caso di setticemia è stato scambiato per influenza.

il ricovero. «Sul web», dice Scutellà al settimanale *Panorama*, «basta digitare la voce "vittime della sanità" per scoprire un mondo di avvoltoi: ci sono svariati siti, tra studi legali e associazioni che offrono un contratto. Garantiscono avvocato e medico legale. E poi ti fanno fare causa. Se perdi, paghi le spese. Se c'è il risarcimento, loro trattengono dal 15 al 25 per cento». Insomma, meglio rivolgersi all'avvocato di fiducia.

in sala parto. Perché è proprio dai primi vagiti che gli italiani inciampano, a volte fatalmente, nei malfunzionamenti del sistema.

### Quando la sala parto fa paura

L'Italia è tra le nazioni più sicure al mondo, considerato il tasso di mortalità infantile (3,9 ogni 1.000 nascite) e il numero di decessi materni (3,9 ogni 100 mila nascite).

Ma i casi di cronaca registrati da fine agosto hanno fatto suonare l'allarme. A sconcertare di più l'opinione pubblica, i due episodi di Messina risalenti alla fine dell'estate e quello di Bergamo, denunciato a fine settembre, ma avvenuto nel gennaio scorso. Le vittime sono tre bambini e tre madri, tutti perfettamente sani e legati da un unico filo conduttore: la diversità di vedute, sfociata addirittura in rissa, tra i componenti delle équipe sanitarie;

proprio nel momento più delicato: il travaglio in sala parto. A questi episodi, si aggiungono gli altri, in tutto 19, su cui la magistratura ha già aperto delle inchieste in cui l'accusa verso i medici è di imperizia e negligenza.

### «Bisogna sistemare in fretta le crepe»

«Per ora, partorire in Italia è ancora, nonostante tutto, sicuro», dicono Walter Ricciardi,

direttore dell'Istituto di Igiene della Cattolica di Roma, e Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo). «Ma non bisogna perdere tempo. E aggiustare in fretta le crepe e i malfunzionamenti che rischiano di fare precipitare la situazione». Gli allarmi lanciati dalla Sigo, spesso rimasti inascoltati, sono precisi e circostanziati. Il primo riguarda la scelta del parto cesareo. In

## Attualità Rispetto al limite raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità, nel nostro

"L'INCIDENTE" IN CORSIA COSTA SEMPRE CARO AL PAZIENTE: PER QUESTO, VENGONO STABILITI ANCHE INDENNIZZI MILIONARI

### In caso di errore, maxi risarcimenti alle vittime

**Q**uando si è di fronte a un caso di malasanità non resta che rivolgersi alla giustizia. E proprio le tante storie di

#### SEI INTERVENTI SBAGLIATI

Il paziente è morto

**200.000 €**

#### DIAGNOSI PRENATALE ERRATA

Il bimbo nasce tetraplegico

**2.702.000 €**

#### BLEFAROPLASTICA

Diventa cieca

**600.000 €**

#### TRASFUSIONE A RISCHIO

Il paziente muore di Aids

**1.511.000 €**

#### ERRORE DURANTE IL PARTO

Il bimbo nasce tetraplegico

**3.000.000 €**

errori commessi in corsia hanno permesso di quantificare i danni che periodicamente vengono causati dalla negli-

genza del personale sanitario. Di seguito, alcuni esempi di risarcimento (in euro) di casi realmente accaduti.



#### L'UNICA VIA

In caso di errore medico, non c'è altra soluzione che rivolgersi al proprio avvocato e andare in tribunale, dal giudice competente.

Italia si ricorre all'operazione chirurgica nel 38,4 per cento dei casi, contro il 15 raccomandato dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms). Si tratta di un record negativo che, secondo l'United Kingdom Confidential Enquiry, comporta un pericolo di morte materna 2,84 volte superiore rispetto a quello naturale. Eppure, il nostro Paese si pone in testa alla classifica europea.

### In Italia si fanno troppi "tagli"

A far schizzare verso l'alto la percentuale di cesarei in Italia sono le regioni del Centro Sud, dove si arriva al picco del 62,2 per cento della Campania e al 53,1 della Sicilia. Ma qual è la ragione che fa scegliere una soluzione piuttosto che l'altra? Secondo le linee guida pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità, quando si protende per il cesareo, devono esserci delle

## Paese si effettuano più del doppio di parti cesarei, che quasi triplicano i rischi per madre e bambino

comprovate ragioni cliniche legate alla salute del feto o della madre. Ma spesso si finisce per chiedere il "taglio" per paura del dolore, oltre che per il timore di non ricevere un'assistenza di qualità durante il travaglio e il parto». La ragione, però, è anche economica. Per ogni intervento, le strutture ospedaliere ottengono un rimborso che varia a seconda del tipo di parto: il costo per il servizio sanitario nazionale va da 1.295 euro (naturale senza complicazioni) a 2.906 (cesareo senza complicazioni).

A incidere sulla sicurezza in sala parto sono altri due fattori: équipe mediche con un numero di componenti inadeguato e un'esperienza spesso insufficiente nelle strutture dove avvengono meno di 1.000 parti l'anno. Secondo i dati ministeriali, un parto su tre avviene in strutture dove questa soglia viene superata di poco, mentre il 10 per cento dei bambini viene dato alla luce, addirittura, in

strutture con meno di 500 parti l'anno. Meno donne partoriscono, meno esperienza hanno ginecologi e ostetriche E, così, dove ci sono pochi parti, i rischi per mamma e bambino aumentano.

### 15.000 morti sospette ogni anno

Superato lo scoglio del parto, un grosso passo avanti è fatto. Ma restano le incognite per tutto il corso della vita. A insinuare dubbi e timori, gli ultimi episodi, eclatanti, di incidenti in sala operatoria, oltre che i dati sulle infezioni contratte in ospedale per la scarsa igiene: 700 mila all'anno e 15 mila morti sospette. Tra queste, potrebbe rientrare il caso di setticemia scambiata per influenza nell'ospedale di Putignano (Bari): Antonella Mansueto, 22 anni, è morta dopo sofferenze atroci e l'amputazione delle gambe e delle dita delle mani. Ma il suo è solo l'ultimo di una

serie preoccupante di errori irreparabili in corsia. Esempio, la storia di Virgilio Nazzari, morto lo scorso 23 settembre a 52 anni all'ospedale Villa San Pietro Fatebenefratelli di Roma. L'uomo viene ricoverato il 16 agosto scorso per sottoporsi alla nefrectomia, cioè l'asportazione di un rene sede di tumore. Ma durante l'intervento gli viene chiusa l'arteria sbagliata: quella mesenterica anziché quella renale. Sei interventi e dolori lancinanti lo accompagnano per 36 giorni. Fino alla morte. «Gli hanno sfilato gli organi, come fosse un animale», dicono i legali della famiglia. «Prima due tratti dell'intestino, poi la milza, la colecisti e il pancreas».

Casi d'inaccettabile «incompetenza», come definita dagli stessi magistrati inquirenti, a cui si aggiungono alcune crepe strutturali del sistema sanitario. La più profonda è il grave deficit di bilancio, considerato il padre di molti mali. Indebitamento finanziario, infatti, vuol

dire carenza di personale, turni estenuanti e quindi minore attenzione di medici e infermieri, mancanza di attrezzature, apparecchi inefficienti o non funzionanti, scarsi controlli. Il risultato? Si rischia di entrare in ospedale e non uscirne.

### Infetti che aspettano risarcimenti

Sequenza tragica finita qui? Niente affatto. Accanto ai decessi per operazioni sbagliate, ci sono quelli per le trasfusioni di sangue infetto da Hiv, Epatite B e C. Tema, questo, tornato alla ribalta negli ultimi giorni per le proteste delle migliaia di malati che ancora, dopo anni, devono ricevere il risarcimento da parte dello Stato. Negli ultimi 30 anni sono più di 80 mila le persone contagiate nei nostri ospedali a causa degli emoderivati e delle trasfusioni infette, con 409 morti accertati fino al 2001. Ma ancora, più di 5.000 quelle che ancora devono averlo. 

## **Rassegna del 15/10/2010**

---

VERO - Parto record: mamma a 54 anni senza "aiuti" - Suledda Stefano

1

**Cronaca** "Miracolo" all'ospedale Versilia di Viareggio, dove è nata la piccola Adria

## PARTO RECORD: MAMMA A 54 ANNI SENZA "AIUTI"

Nonostante l'età, Giovanna Ciardi è rimasta incinta naturalmente, senza ricorrere alla scienza. Un evento che accade solo un paio di volte su un milione di gravidanze. Il papà Bruno Paoli: «Siamo due campioni»

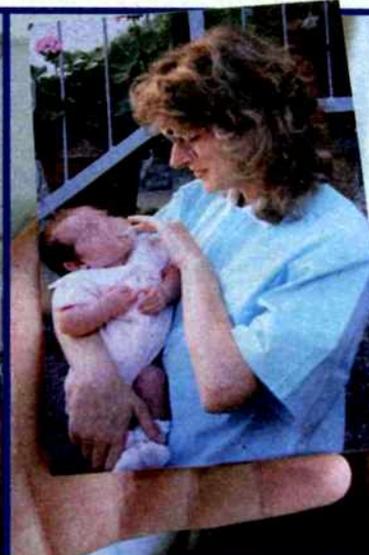
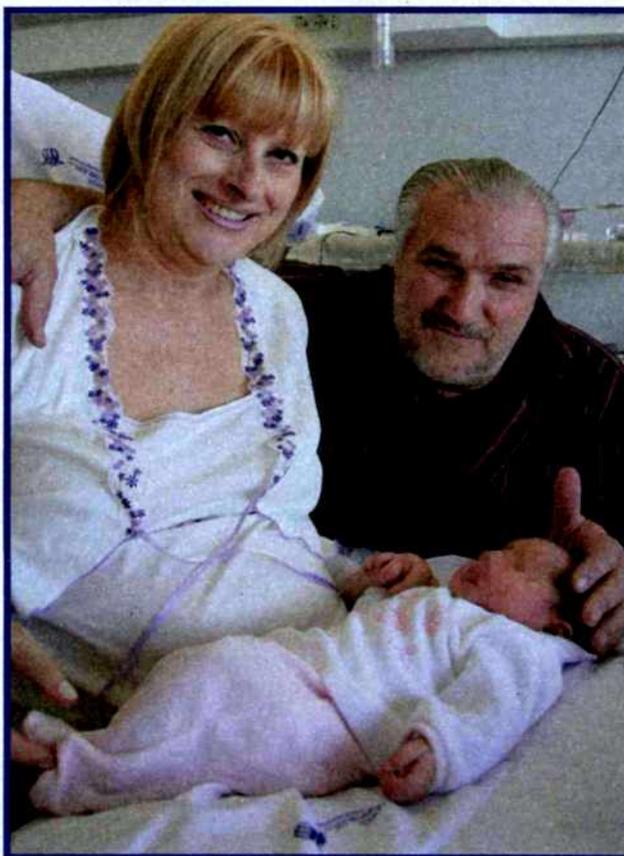
**Stefano Suledda**

Camaiore - Ottobre

**S**i parla spesso di "miracoli" della medicina, ma quelli che ogni tanto architettano le donne, complice Madre Natura, sono ben più incredibili. Nell'ospedale "Versilia" di Viareggio se ne è da poco verificato uno. La signora Giovanna Ciardi, 54 anni, pistoiese residente a Camaiore in provincia di Lucca, alle 9.05 del 12 ottobre ha dato alla luce Adria, splendida, e soprattutto sana, bambina di 3 chili e 790 grammi. Non è la prima volta che si sente parlare di una mamma in età avanzata, però di solito ci mette lo "zampino" la scienza. Incredibile a dirsi, questo non è il caso della signora Ciardi. La sua è stata «una gravidanza assolutamente naturale», come ha spiegato alla *Nazione* il primario di Ostetricia e Ginecologia, professor Giovanni Paolo Cima, subito dopo il lieto evento.

### Hanno già due figli più grandi

«Non c'è stato nessun tipo di fecondazione assistita», ha ribadito il dottor Gianfranco Terzelli, ginecologo che ha curato il parto record. Una nascita così non si era mai vista nell'ospedale toscano. E non è difficile da credere perché, come spiega Giorgio Vittori, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo): «Di simili se ne registrano due ogni milione di gravidanze, anche se rientra comunque nella normalità biologica». Ma facciamo un passo indietro. La signora Giovanna, che dal primo matrimonio ha già avuto una figlia, Veronica, di 23 anni, convive ormai da dieci anni con il compagno Bruno Paoli, 52 anni, operaio in un cantiere navale viareggino, anche



### DONO DEL CIELO

Viareggio (Lucca). Mostrano con orgoglio misto a felicità la loro piccola Adria, i neo genitori Giovanna Ciardi (54 anni) e il compagno Bruno Paoli (52, a sinistra insieme), ancora increduli per questo "miracolo". Nel riquadro in alto, una foto di 23 anni fa della signora Giovanna con in braccio l'altra figlia, Veronica, appena nata.

lui già padre di un ragazzo di 16 anni, Claudio. Quando nove mesi fa la signora Cristina ha cominciato ad avere nausea e fastidi di stomaco, pensava fossero gli effetti della menopausa e si è rivolta al medico che, con una giusta intuizione, invece le ha fatto fare il test di gravidanza. Ovviamente risultato positivo.

### «Sono una donna molto fortunata»

I nove mesi di attesa sono andati benissimo. Unica accortezza, vista l'età della puerpera, è stato il cesareo programmato.

La mattina del 12 ottobre tutti i medici di ostetricia erano in sala parto, emozionati. Fuori, in trepidante attesa, Bruno, che ha potuto prendere in braccio la piccola subito dopo la nascita. Per Giovanna e il compagno, che da quando si era sparsa la notizia della "dolce attesa" erano diventati subito oggetto di curiosità e di richieste di interviste di giornali e televisioni, questo è un momento magico.

«Sono stata fortunata nel poter vivere alla mia età una maternità naturale e anche l'altra mia figlia, Veronica, è felice ed emozionata per l'arrivo della

sorellina», racconta Giovanna che, tra le altre cose, lavora proprio nel reparto amministrativo dell'ospedale dove ha partorito. Papà Bruno, che dopo il lieto evento si è presentato in reparto accompagnato dal figlio Claudio, altrettanto emozionato, ha portato alla neomamma un grande mazzo di fiori e le ha detto: «Per me Adria è la bambina più bella del mondo e io e te siamo come due campioni». «In effetti la neonata», conferma il professor Cima, «ha davvero un ottimo peso ed è molto vivace. E questo fa ben sperare per lei... e per i suoi genitori!». 

Monza, trapianto record

Carla, la donna  
con le mani nuove

ALLE PAGINE 18 E 19

# La donna con le mani nuove Monza, trapianto rivoluzionario

*Le erano state amputate. "Ora posso accarezzare i miei figli"*

**Nuova tecnica per  
abbassare il rischio  
di rigetto: innestate  
negli arti sue  
cellule staminali**

**Ha 52 anni, nel 2007  
subì l'amputazione  
anche dei piedi  
a causa di una  
infezione**

**CARLO BRAMBILLA  
GABRIELE CEREDA**

MONZA — Le belle dita sottili, chiare, delle due mani nuove, spuntano dalla pesante fasciatura tra le lenzuola verdi del letto e cominciano già a fare i primi movimenti, a poche ore dall'intervento. L'impressione è immensa. E dalla camera sterile dell'ospedale San Gerardo di Monza, dove è ricoverata, Carla Mari, 52 anni, casalinga della provincia di Varese, sposata con due figli, le guarda incredula mentre saluta con un sorriso tranquillo e soddisfatto: «Finalmente potrò tornare ad accarezzare i miei figli». È la prima volta in Italia che viene compiuto un intervento eccezionale come questo: il trapianto di entrambe le mani. Sono passati dieci anni da quando sempre qui, al San Gerardo di Monza, l'équipe di Marco Lanzetta compì il primo trapianto italiano di una mano. Oggi il gruppo di chirurghi coordinati da Massimo Del Bene, direttore dell'unità operativa di chirurgia plastica della mano e microchirurgia ricostruttiva, si è

spinto oltre. Grazie anche a nuove tecniche antirigetto molto più avanzate, che utilizzano le cellule staminali dello stesso paziente.

La donna aveva subito l'amputazione di entrambe le mani e entrambi i piedi nell'ottobre del 2007, in seguito a una gravissima forma di sepsi, un'infezione generalizzata. Da subito la sua volontà era stata quella di tornare alla vita di prima, grazie a un trapianto, entrando nella lista d'attesa del San Gerardo. Nella sera di lunedì, improvvisamente, la notizia di una donatrice compatibile: una donna di 58 anni di Cremona. La macchina dei trapianti si mette immediatamente in moto. Alle 21,30 una squadra di medici di Monza espianta a Cremona le mani della donatrice. L'ingresso al San Gerardo è mezz'ora dopo la mezzanotte di martedì.

In sala operatoria insieme a Massimo Del Bene ci sono altri sei chirurghi e due anestesisti. Consapevole dei rischi prima di essere addormentata la paziente si rivolge ai medici e dice: «So-

no qui per ricevere ma anche per dare». Da 20 anni la donna è iscritta all'Aido, l'Associazione italiana donatori di organi. Con quelle parole avverte che se qualcosa non fosse andato per il verso giusto avrebbe voluto donare i suoi organi. L'intervento dura più di 6 ore. Tutto fila dritto.

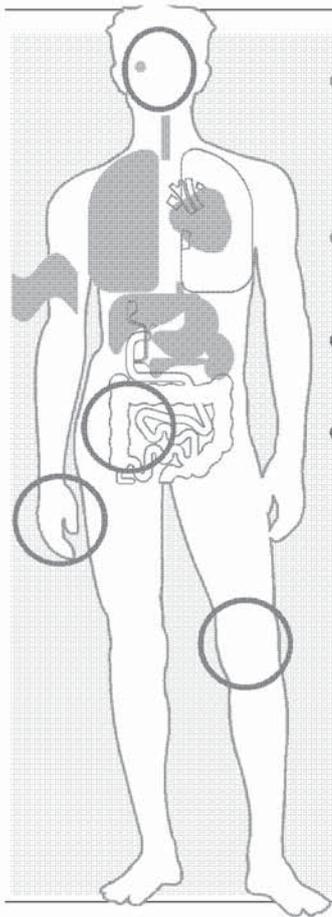
Per la prima volta al mondo viene usata, nel corso dell'intervento e nelle 24 ore successive, una nuova tecnica per abbassare il rischio di rigetto. Dal midollo osseo della paziente erano state prelevate in precedenza cellule staminali che vengono iniettate nelle mani appena impiantate. «L'inserimento di elementi cellulari propri negli arti estranei ha la funzione di depistare gli anticorpi che cercano di aggredirli — spiega Andrea Biondi, direttore della Cell Fac-



tory del San Gerardo.— Una tecnica rivoluzionaria che permette di ridurre la quantità di farmaci antirigetto da somministrare. Per lo stesso motivo tra un mese alla paziente verrà praticato un trapianto di tessuti adiposi».

Secondo Roberto Formigoni, presidente della Regione Lombardia, si tratta di «un nuovo grande successo della sanità lombarda». Critico sull'intervento, invece, Marco Lanzetta, oggi direttore dell'Istituto italiano di chirurgia della mano: «L'età della paziente è troppo avanzata, sulla base dei criteri internazionali, per questo tipo di intervento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Si trapiantano**

- Cuore, polmone, fegato, rene, stomaco, pancreas, pelle, cornea, mano, intestino e trapianti multiviscerali

**Recenti**

- Mandibola, menisco, trachea, totale di faccia

**Annunciati**

- Utero, ovaio e lingua

**Mai trapiantati**

- Piedi, testa



**La dinamica**

**1 L'espianto**

La donatrice è una donna di 58 anni. L'espianto delle sue mani avviene lunedì sera all'Ospedale di Cremona alle 22,30.

**2 L'intervento**

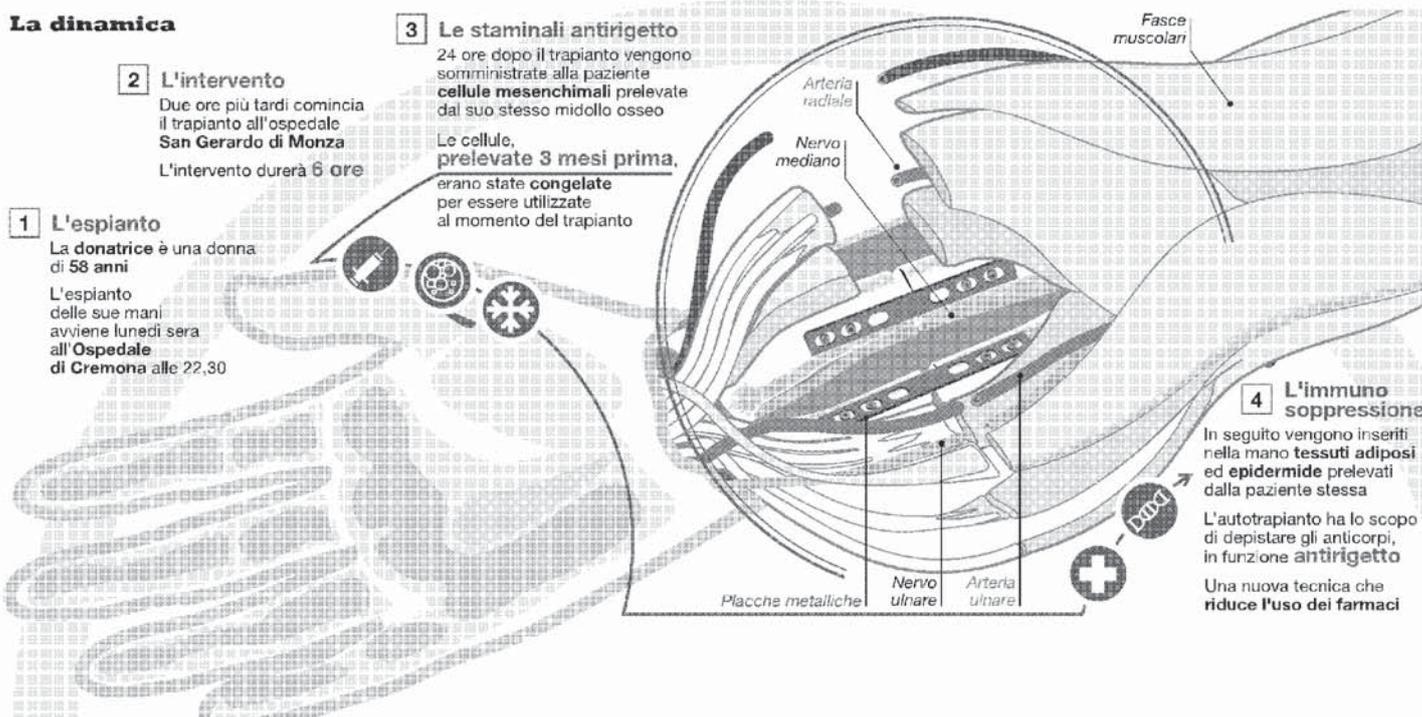
Due ore più tardi comincia il trapianto all'ospedale San Gerardo di Monza. L'intervento durerà 6 ore.

**3 Le staminali antirigetto**

24 ore dopo il trapianto vengono somministrate alla paziente cellule mesenchimali prelevate dal suo stesso midollo osseo. Le cellule, prelevate 3 mesi prima, erano state congelate per essere utilizzate al momento del trapianto.

**4 L'immuno soppressione**

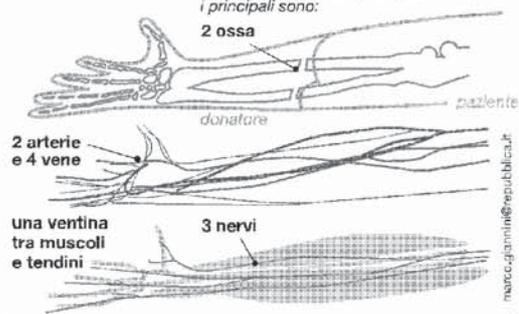
In seguito vengono inseriti nella mano tessuti adiposi ed epidermide prelevati dalla paziente stessa. L'autotrapianto ha lo scopo di depistare gli anticorpi, in funzione antirigetto. Una nuova tecnica che riduce l'uso dei farmaci.



**I tessuti coinvolti**

Molti tessuti sono interessati nel trapianto di una mano; tra questi i principali sono:

2 ossa



2 arterie e 4 vene

una ventina tra muscoli e tendini

3 nervi

marco.giamini@repubblica.it

# Doppio trapianto di mani Staminali contro il rigetto

## L'équipe

L'operazione eseguita dall'équipe di Massimo Del Bene all'ospedale monzese di San Gerardo

MILANO — Quelle protesi «a pinza», che le erano state applicate al posto delle mani, proprio non le tollerava. Così Carla, una casalinga di 52 anni che nel 2007 aveva perso, oltre che le mani, anche i piedi per colpa di una grave infezione, ha deciso di chiedere aiuto agli specialisti di chirurgia plastica e ricostruttiva del San Gerardo di Monza, l'ospedale dove, qualche anno fa, era stato eseguito il primo trapianto di mano in Italia.

Nella notte fra lunedì e martedì scorso, dopo che da Cremona era arrivata la segnalazione della disponibilità di due arti donati da una donna di 58 anni, gli specialisti hanno eseguito un doppio trapianto, il primo del genere in Italia, ma forse unico per la complessità dell'intervento e per la cura anti-rigetto, a base di cellule staminali.

«Una decisione, quella del doppio trapianto — spiega Massimo Del Bene, capo dell'équipe — che abbiamo preso senza esitazione. Una persona senza mani né piedi non può alzarsi dal letto se non arriva qualcuno ad applicarle le protesi».

Parallelamente i medici hanno deciso di sfruttare le cellule staminali del midollo osseo, prelevato in anticipo dalla paziente stessa, per indurre una specie di «tolleranza» immunitaria nei confronti del trapianto e controllare

così le reazioni di rigetto: questo permetterà di diminuire le dosi dei classici farmaci immunosoppressori.

«Non conosciamo i meccanismi di questo effetto — spiega Andrea Biondi direttore della Cell Factory del San Gerardo —. Sta di fatto però che queste cellule (si tratta di cellule mesenchimali, le stesse che possono dare origine a osso o cartilagine) agiscono come anti-rigetto quando vengono iniettate entro 24 ore dall'intervento».

Quest'ultimo è durato sei ore e già il giorno dopo la paziente ha cominciato a muovere leggermente le dita, ma la riabilitazione richiederà tempo.

«Sono iscritta all'Aido, l'Associazione italiana donatori di organi — ha detto Carla al chirurgo che l'ha operata —. Adesso sono qui per ricevere, ma sono pronta anche a donare».

Oggi, al mondo, sono stati eseguiti una sessantina di trapianti di mano e avambraccio: si tratta di una chirurgia di frontiera che suscita qualche perplessità nella comunità medica. Il primo paziente della storia, operato a Lione nel 1998, aveva poi rifiutato le terapie immunosoppressive e tre anni dopo si era fatto amputare la nuova mano.

Nel 2007 la rivista *Transplant Immunology* ha pubblicato una revisione di 24 casi di trapianto (mano, avambraccio e pollice, eseguiti fra il 1998 e il 2006) se-

gnalando otto fallimenti per rigetto dopo uno o due anni. Gli altri pazienti hanno, invece, riportato un recupero della sensibilità e una mobilità che permetteva loro di svolgere le normali attività quotidiane: 15 hanno dichiarato un miglioramento della qualità della loro vita grazie al trapianto. È per questo i chirurghi ritengono che la strada del trapianto sia da continuare.

Altri puntano su protesi artificiali, più sofisticate rispetto a quelle in uso attualmente (una specie di «pinze», mosse dalla contrazione dei muscoli del braccio), che stanno diventando sempre più sofisticate. Una di queste, capace di dialogare con il cervello grazie a sensori collocati sui nervi del braccio, è stata messa a punto dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in collaborazione con ricercatori svedesi dell'Università di Lund, ed è stata impiantata nel 2008 in un paziente. A distanza di un anno la mano bionica ha dimostrato di funzionare. Anche questa strada è aperta.

**Adriana Bazzi**  
abazzi@corriere.it

## I progressi

### Primo trapianto nel '98

Il primo paziente Clint Hallam, 50 anni, rigetta psicologicamente la nuova mano e 3 anni dopo se la fa asportare

### In Italia

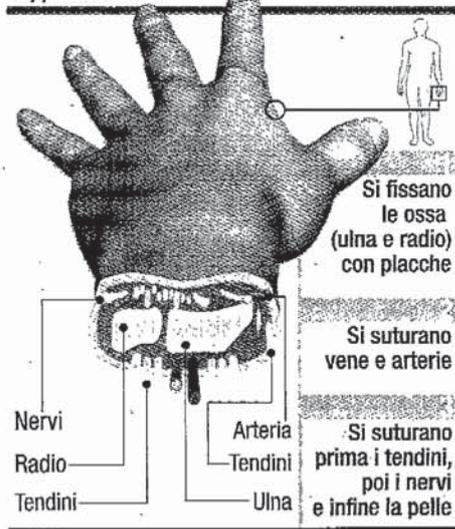
Nel 2000 al San Gerardo di Monza viene innestata una nuova mano a Walter Visigalli, 35 anni

### Avanguardia

Ancora a Monza il doppio trapianto di mani, con impiego di staminali per favorire una «tolleranza» immunitaria

## Le fasi

L'intervento di trapianto della mano prevede tappe successive



D'ARCO



# Per i costi standard pressing sul governo

**Roberto Turno**

ROMA

Regioni e province a statuto speciale fanno squadra e aumentano il pressing sul Governo: chiedono garanzie sul federalismo fiscale e l'esclusione dall'applicazione di fabbisogni e costi standard sanitari. E sempre sui futuri costi standard di Asl e ospedali sale la protesta di tutti i governatori, non solo del sud, che attaccano: il benchmark delle regioni modello da prendere come riferimento (tre delle cinque migliori per conti e performance, secondo il decreto del Governo) deve riguardare un pool di realtà locali rappresentative di almeno un terzo della popolazione italiana. Come dire: criteri più larghi, benchmark con obiettivi meno severi.

È apertissimo e complicato il confronto tra Governo e regioni su autonomia finanziaria regionale e costi standard sanitari. Ieri il vertice «straordinario» dei governatori non è giunto ad alcun documento conclusivo: conta di arrivarci nelle riunioni convocate in vista della conferenza unificata con il Governo di giovedì 28 ottobre. Ma i governatori non viaggiano all'unisono, non solo per questioni di appartenenza politica, con il sud - alleato col Lazio - che gioca una partita a parte.

La sfida per i governatori sta insomma così nel trovare posizioni comuni a fronte di interessi e problemi non sempre coincidenti. Ieri un asse comune è stato assicurato nella ripetuta rivendicazione delle partite «irrinunciabili» strettamente intrecciate all'applicazione del federalismo fiscale nella salsa proposta dai decreti governativi per le regioni: lo stretto rac-

cordo con la manovra d'estate che ha tagliato 4,5 miliardi già dal 2011; la certezza del finanziamento dei Lea e dei Lep, i livelli essenziali di assistenza sanitari e sociali; i costi standard sanitari e l'autonomia delle regioni a statuto speciale. Dura partita, quella della manovra estiva: si parla di un alleggerimento per circa 1 miliardo per il trasporto pubblico locale "su ferro" col decreto milleproroghe di fine anno, che dovrebbe anche indicare i criteri per valutare la virtù delle regioni in base alla quale poi spalmare i tagli residui.

Intanto regioni e province a statuto speciale tengono alta la bandiera della propria autonomia. Rivendicando come una recente sentenza della Consulta (la n. 201 del 2010) ha riconosciuto che la clausola di esclusione contenuta nella legge delega 42/2009 del federalismo fiscale stabilisce che gli unici principi loro applicabili sono quelli di un pugno di articoli della stessa legge delega. Dunque, meno vincoli per la parte fiscale del decreto legislativo. Ed esplicita esclusione dall'applicazione a loro carico della disciplina su costi e fabbisogni standard sanitari perché «provvedono al finanziamento della spesa sanitaria senza alcun apporto a carico del bilancio dello stato».

Un fortino, quello rivendicato dalle speciali (Valle d'Aosta, Trento e Bolzano, Friuli, Sicilia e Sardegna) che il governatore siciliano, Raffaele Lombardo, ha esteso a un'altra richiesta: senza «perequazione infrastrutturale», ha detto, non potrà esserci federalismo. Insomma, fondi in più.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## La storia

“Basta appelli shock”  
i signori del tabacco  
attaccano New York

ANGELO  
AQUARO

Foto sconvolgenti sui cartelloni: polmoni anneriti dalle sigarette, denti cariati, i danni provocati al cervello. Immagini efficaci: solo nella Grande Mela in 300mila hanno smesso. Ma le multinazionali vanno al contrattacco

# “Basta con le campagne-shock sul fumo” Big Tobacco sfida il sindaco di New York

DAL NOSTRO INVIATO  
ANGELO AQUARO

NEW YORK

**T**i seguono ovunque: per la strada, nel metrò, negli spot della tv. Due polmoni neri come il carbone. Un dente cariato che neppure la strega delle favole. Il cervello strizzato come una spugna. La donna che mostra le dita amputate. Non sono poster: sono incubi ambulanti. Che il comune di New York adesso vuole farti rivivere fino all'ultimo momento utile per smettere: fino alla cassa del tabaccaio.

Per la metropoli che ha bandito la sigaretta da bar e ristoranti, che l'ha sfrattata dai condomini, che la sta spegnendo nei parchi, l'obbligo di esporre quei poster nei negozi che vendono il fumo è l'ultimo atto di una guerra che in 7 anni fa ha fatto perdere il vizio a 300mila persone. Ma per le grandi sorelle di Big Tobacco è nientedimeno che un attentato alla libertà d'espressione: quel Primo emendamento che qui è così sacro da impedire al governo di proibire a uno sconosciuto pastore della Florida di bruciare il Corano — e figuriamoci che speranze avrebbe il sindaco Mike Bloomberg di far spegnere per legge tutte le cicche di New York.

La guerra del tabacco è arrivata ieri in tribunale. Philip Morris, Lorillard e R. J. Reynolds, le premiate ditte dietro ai marchi famosissimi come Marlboro, Camel e Newport, sostengono che la direttiva del comune «priva i negozianti dello spazio già limitato per comunicare con i propri clienti: e quindi restringe la loro libertà di espressione». Thomas Freiden, il dottore più odiato di

New York, il commissario alla salute che ha sulla coscienza i raffreddori di decine di migliaia di cittadini costretti a fumare davanti all'ingresso dei grattacieli, all'addiaccio, visti i divieti assoluti nei building, non si lascia certo intimidire e difende la sua campagna. Compreso quello spot in cui si vede un ragazzino che piange alla stazione e la voce fuori campo dice: «Ecco come si sente vostro figlio dopo avervi perso per un minuto. Immaginate se vi perdesse per tutta la vita». E la libertà d'espressione? I cartelloni obbligatori dai tabaccai costano al comune 70mila dollari. E Big Tobacco per pubblicizzare i suoi prodotti — calcola il National Cancer Institute — spende una media di 37 milioni al giorno: 13 miliardi e mezzo l'anno.

L'obiettivo della campagna è ridare fiato ad altri ventimila newyorchesi. Ma ora la causa delle Tre Sorelle rischia di compromettere gli sforzi del dottor Freiden e dell'ingegner Bloomberg, che devono contrastare la fronda interna sul bando del fumo nei parchi: il consigliere Peter Vallone Jr, l'uomo che voleva imporre all'Empire State Building di illuminarsi per il compleanno di Madre Teresa e ora s'è convertito invece al Dio Tabacco, battendosi per mantenere «Si smoking» il 20 per cento delle aree verdi.

Nell'attesa del verdetto, in soccorso del comune s'è mossa la compagnia pubblicitaria più famosa del momento, che a sorpresa ha acquistato un'intera pagina del *New York Times* denunciando gli effetti del fumo. Altro che spot shock. «Finalmente posso andare a dormire tranquillo, senza essere costretto a vendere qualcosa che uccide i

miei clienti», dice il re dei pubblicitari di Manhattan, Don Draper. E peccato che sia soltanto l'ultima puntata di «Mad Men».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **Ai tumori piace lo zucchero**

Molti studi attestano il ruolo degli zuccheri nella proliferazione tumorale e indagano i metodi più efficaci per bloccare la crescita neoplastica intervenendo sul metabolismo degli zuccheri. Un articolo appena pubblicato su "Pnas" dimostra che esiste una dipendenza reciproca tra lo zucchero principale utilizzato dalla cellula che diventa tumorale, il glucosio, e un aminoacido, la glutamina: se quest'ultima non è disponibile, la proliferazione tumorale si arresta. Lo hanno scoperto i ricercatori dell'Università dello Utah di Salt Lake City, che hanno già identificato anche due geni fondamentali per il funzionamento del circuito della glutamina e che sperano ora di giungere presto ai primi farmaci specifici da sperimentare sugli animali.

A. Cod.

RICERCA

# Sclerosi multipla, arriva il primo farmaco per bocca

GOTEBORG - L'obiettivo è ridurre della metà il numero di ricadute che un malato di sclerosi multipla subisce nel corso della vita. E poter trattare la patologia, che colpisce 61 mila persone in Italia, con un farmaco che si assume per bocca. È la promessa validata, per ora, da uno studio clinico di fase III che ha convinto la Food and Drug Administration americana (Fda) a dare l'approvazione al fingolimod, il primo farmaco per via orale per il trattamento della sclerosi multipla, che ha impegnato i ricercatori della Novartis per sette anni. Il farmaco è stato presentato al congresso internazionale dedicato alla

sclerosi multipla, l'Ectrim (European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis) che quest'anno si è tenuto a Goteborg, in Svezia. Nel mondo, ogni 4 ore viene formulata una diagnosi di sclerosi multipla. «Pertanto, ogni novità necessità di naturale prudenza - dice Mario Alberto Battaglia, presidente dell'Associazione italiana sclerosi multipla -

Chiedo di aspettare il parere dell'Emm e poi, in ogni caso, lasciare la decisione sulla terapia al medico». L'altro protagonista dell'Ectrim 2010 è stato Paolo Zamboni, dal quale è arrivato un monito ai malati: nell'attesa che il suo metodo venga confermato da studi scientifici, non devono interrompere la terapia. «Evitate gli speculatori che praticano l'angioplastica dilatativa al di fuori delle sperimentazioni». I neurologi presenti hanno seguito con attenzione la sessione di lavori dedicata a Zamboni ma non hanno potuto negare l'evidenza di alcuni studi, uno americano e uno tedesco, che ridimensionano le percentuali di presenza della stenosi in pazienti con la sclerosi. Lo stesso Zamboni ha presentato solo uno studio effettuato su 16 pazienti, per ora rifiutato dalla rivista *Annals of Neurology*. Entro un mese, in Emilia Romagna, partirà uno studio che seguirà il suo metodo.



# Sanità La governatrice: leggano meglio il piano e siano più precisi Medici, 7 giorni per evitare lo sciopero *L'Anaa: tre lettere alla Polverini, nessuna risposta*

«I tagli colpiscono troppo la sanità pubblica e poco i policlinici universitari e i privati». Per questi motivi i medici dell'Anaa-Assomed minacciano di scioperare. La Polverini, però, li invita a «rileggere bene il Piano antideficit». E i camici bianchi replicano: «Siamo disponibilissimi a rileggere il Piano, purché lo si faccia insieme». Ma anche nella sanità privata ci sarebbero 4 mila esuberanti.

A PAGINA 5  
Francesco Di Frischia

**Sanità** Il sindacato Anaa-Assomed minaccia lo sciopero: troppi tagli negli ospedali pubblici

## Duello medici-Regione, si tratta *La Polverini: rileggete il Piano. I privati: a rischio 4 mila lavoratori*

I medici dell'Anaa-Assomed dichiarano lo stato di agitazione e minacciano di scioperare contro i tagli. La presidente della Regione li invita a «rileggere bene il Piano antideficit». E i camici bianchi, dopo avere mostrato i muscoli, abbassano i toni: «Sono disponibilissimo a rileggere il Piano, purché lo si faccia insieme», auspica Donato Antonellis, segretario regionale dell'Anaa-Assomed.

Intanto ieri i camici bianchi hanno aperto la vertenza, mentre ieri sera alla Garbatella fiaccolata contro i tagli al Cto. Lo stesso Antonellis sciorinando tabelle e numeri spiega che «i tagli dei letti per acuti sono inevitabili, ma quelli fatti dalla Polverini colpiscono troppo la sanità pubblica e poco o nulla i policlinici, e a Roma ce ne sono ben 5, e la sanità religiosa e privata». I letti di riabilitazione dagli attuali 4.323 arriveranno a 2.822 e è prevista la chiusura di ben 24 ospedali pubblici (su 56 totali) e la cancellazione di 760 letti, «taglia così massicci che rischierebbero solo nei prossimi mesi di fare lievitare le file nei pronto soccorso», teme An-

tonellis. Poi il sindacalista aggiunge: «Ma servono più letti di riabilitazione nelle Province anche perché si deve valutare con attenzione che andiamo nei prossimi decenni verso una società sempre più composta di anziani». Verrà fatto, come vuole la prassi un tentativo di conciliazione «che se non av-

verrà entro sette giorni — avverte Antonellis — porterà a uno sciopero nel primo giorno utile. Le abbiamo scritto 3 volte e non ci ha mai risposto...».

Stavolta, però, la risposta arriva: «Lo stato di agitazione è una pratica di mobilitazione e di protesta, quindi bene... che dobbiamo fare?», replica sconsolata la presidente della Regione Lazio. A chi le spiega come Antonellis sottolineasse in particolare modo la ripartizione dei tagli, a suo dire a sfavore della sanità pubblica, la Polverini replica: «Antonellis deve leggere meglio il Piano, invece di comunicare. Se lo leggesse meglio prima magari potrebbe essere un po' più preciso nella comunicazione». A chi invece le sottolineava come il dirigente

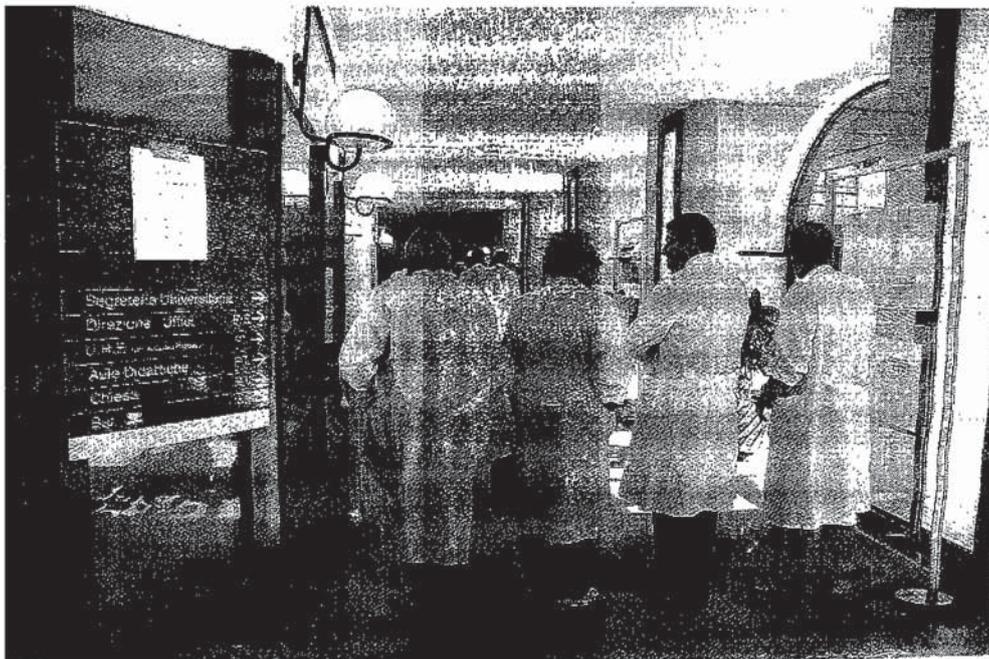
del sindacato dei medici auspicasse che il governo tenesse conto della particolare situazione del Lazio in cui la sanità privata e universitaria hanno un ruolo molto rilevante, la governatrice si chiede ironicamente: «Da quanto tempo è segretario? Credo da parecchio tempo, magari ci avrà provato, forse noi ci riusciremo».

Grossi problemi sta vivendo anche la sanità privata: secondo l'AIOP ci sarebbero 4 mila posti di lavoro a rischio. Ma una boccata d'ossigeno potrebbe arrivare nelle prossime settimane: infatti Mario Ciaccia, amministratore delegato di BIIS, che è dedicata al *public finance* e fa parte del Gruppo Intesa San Paolo, ha annunciato agli imprenditori dell'AIOP che sta per essere raggiunto un accordo con il Comune di Roma. In pratica le cliniche dell'AIOP hanno ceduto a BIIS una parte dei crediti che vantano con il Campidoglio che non paga da anni, come prevede la legge, una parte delle rette per i malati cronici ricoverati nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa). «Noi anticiperemo alle



cliniche una somma che si aggira sui 50 milioni di euro — spiega Ciaccia — perché, soprattutto in questo periodo, dobbiamo tenere sempre presente il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, e aiutare in modo concreto questo pezzo di economia. Siamo convinti che sulla sanità si debba investire». Parole condivise da Jessica Faroni, presidente dell'Aiop Lazio: «La situazione è drammatica e capiamo i tagli della Polverini. Trasformando le nostre cliniche in Rsa speriamo di salvare tanti, se non tutti i nostri dipendenti».

**Francesco Di Frischia**



**Polemiche** È trattativa fra medici e Polverini. A destra il segretario dell'Anao-Assomed Donato Antonellis

“Siamo decisi a scioperare”  
**Contro i tagli  
 alla sanità  
 anche i medici Ugl  
 attaccano la Polverini**

CARLO PICOZZA  
 A PAGINA VII

# “Tagli agli ospedali pubblici non ci resta che scioperare”

*Anche i medici Ugl pronti a mobilitarsi contro la Polverini*

**CARLO PICOZZA**

È SCONTRO aperto tra i medici ospedalieri e la governatrice Renata Polverini. E il pomo della discordia è il Piano di riordino degli ospedali da lei firmato in qualità di commissaria alla sanità regionale. Tutti i sindacati dei camici bianchi minacciano lo sciopero della categoria «contro il metodo e i contenuti del Piano Polverini». C'è anche l'Ugl, il sindacato diretto fino a sei mesi fa dalla presidente della Regione. Lo fa con i suoi medici che, insieme ai loro colleghi delle altre sigle (Aaroi, Anpo, Cimo, Cgil, Cisl, Uil, Fials, Fassid, Fedir Sanità) «proclamano uno sciopero per il 9 dicembre». La loro mobilitazione è concomitante a quella dei medici ospedalieri iscritti all'Anaa che ieri, con il segretario regionale, Donato Antonellis, ha dichiarato lo «stato di agitazione della categoria», minacciando lo sciopero contro i tagli ai posti letto giudicati «irrazionali» e «unilaterali» perché «colpiscono la sanità pubblica e favoriscono i privati».

«Senza un confronto serio e se non ci saranno cambiamenti di indirizzo», ha scandito Antonellis, «i medici incroceranno le braccia». «Oggi (ieri per chi legge; ndr)», ha minacciato, «è partito il conto alla rovescia della vertenza contro la Regione». «Abbiamo chiesto la conciliazione: se non venisse accolta entro 7 giorni, sarà sciopero il primo giorno uti-

le da questa scadenza». Questo l'ultimatum. Al quale si è aggiunto, a stretto giro, quello delle altre sigle che fanno capo al cosiddetto Coordinamento intersindacale: «Proclamiamo uno sciopero di tutta la categoria per il 9 dicembre contro il metodo e i contenuti del Piano Polverini». E dalla Cgil regionale, Gianni Nigro, ha indicato: «Uniamoci tutti per far convergere la mobilitazione in una grande giornata di protesta sulla base di una piattaforma alternativa provincia per provincia».

«Il Piano di riordino», ha argomentato Antonellis, «prevede il taglio di 791 posti letto per malati acuti, ma a essere colpiti saranno gli ospedali pubblici penalizzati con una quota di degenze in meno che sfiora il 70 per cento». «Nelle cliniche», ha aggiunto, «i posti accreditati cresceranno dal 13,6 al 15 per cento mentre gli ospedali classificati manterranno le loro degenze su 9,6 punti percentuali». E il Coordinamento intersindacale fa un'analisi analoga: «Così la sanità pubblica si confronta ad armi impari con quella privata».

Cosa farà la governatrice? A tutti i costi, continuerà a tirare dritto aspettando l'ok al Piano di rientro dal deficit - il cui piatto forte è il riordino della Rete ospedaliera - per stoppare l'aumento di Irpef e Irap e per sbloccare il turnover e il trasferimento dei fondi per le aree sottosviluppate? O aprirà a un confronto che potrebbe alienare la “benevolenza” dei

ministeri della Economia e della Salute?

**In campo**



**9 DICEMBRE**  
 L'Intersindacale ha già indicato la data per lo sciopero



**L'ANAAO**  
 È in stato di agitazione e ha minacciato lo sciopero



**PROPOSTA**  
 Nigro (Cgil): scioperiamo insieme su un'unica piattaforma



# Sanità. La ricerca della Cattolica L'ospedale «verde» risparmia energia e taglia il budget

Rosanna Magnano

ROMA

La «green revolution» potrebbe dare buoni frutti anche in ospedale. Migliorando la cosiddetta «impronta ecologica» delle strutture sanitarie si risparmierebbe circa il 10% dei costi energetici. Tagli della spesa che sicuramente darebbero una bella mano ai bilanci regionali. Anche perché in Italia circa il 50% del costo del Ssn è attribuibile al servizio ospedaliero e l'incidenza dei costi imputabile all'impiego di energia è del 5-6% del totale.

I dati sono contenuti nella ricerca «Innovazione e sostenibilità ambientale e finanziaria in Sanità», dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, presentata ieri durante il convegno «Salute al futuro», organizzato da «Il Sole-24 Ore», con la Cattolica di Roma e Abbott. Il gruppo farmaceutico - che in Italia ha puntato su investimenti mirati alla riduzione dell'impatto ambientale - ha nell'occasione presentato il suo primo «Citizenship report».

Secondo i ricercatori della Cattolica, gli ospedali sono responsabili di elevati consumi per climatizzazione, illuminazione, acqua calda sanitaria, sterilizzazione, diffuso impiego di dispositivi diagnostici e terapeutici; produzione di rifiuti speciali. L'80% dei consumi energetici è coperto dall'energia termica e di questa una fetta del 20% viene completamente sprecata in perdite, dovute a inefficienze gestionali e all'obsolescenza dei macchinari.

E molto potrebbe essere fatto anche sul fronte della riduzione dei rifiuti sanitari, i cui costi di smaltimento aumentano del 10% l'anno arrivando nel 2008 a quota 183,6 milioni di euro. «Basti pensare - ha spiegato Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene della Cattolica - che le case di cura private, che hanno una maggiore attenzione ai costi, producono la metà della quantità di rifiuti prodotta dagli ospedali pubblici». Lo studio

propone una strategia in 10 punti: tra questi, prevedere un «environmental management» per

garantire lo scambio di best practice ecosostenibili; puntare su risparmio energetico e idrico; creare focus group anti sprechi; formazione; incentivi ed ecostrutture.

Finora è stato fatto troppo poco. «Il tema della sostenibilità ambientale in sanità - ha ammesso Giovanni Monchiero, presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere - è stato trascurato. La scelta dei materiali monouso, per esempio, è stata fatta anni fa senza una vera valutazione sull'impatto a lungo termine, sia in termini di costi, sia di reale efficacia. I margini di miglioramento ci sono, ma bisogna prima di tutto intervenire su normative che vanno nella direzione opposta».

È vero anche che il settore sanitario è ora alle prese con l'urgenza di garantire la sostenibilità finanziaria del sistema e di ridurre i divari tra le diverse regio-

ni. Per il sottosegretario del ministero dell'Economia, Luigi Casero, lo strumento migliore è quello del controllo diretto da parte dei cittadini: «Una possibilità che questo governo intende rafforzare - spiega Casero - proprio attraverso il federalismo fiscale e l'applicazione dei costi standard». Da parte dell'industria la linea è improntata su mercato e responsabilità. «L'industria farmaceutica - ha sottolineato il vice presidente di Farmindustria, Emilio Stefanelli - da tempo lavora per coniugare innovazione e sostenibilità. I prezzi dei farmaci sono già abbastanza bassi e il nostro contributo è dato nei fatti. Ma

sostenibilità vuol dire innanzitutto saper fare bene i conti e la scelta di puntare su certe terapie ha come risultato di abbattere i costi futuri».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA STRATEGIA

A un manager ambientale dovrebbero essere affidati risparmio energetico, gestione efficiente dei rifiuti e riduzione degli sprechi

ni. Per il sottosegretario del ministero dell'Economia, Luigi Casero, lo strumento migliore è quello del controllo diretto da parte dei cittadini: «Una possibilità che questo governo intende rafforzare - spiega Casero - proprio attraverso il federalismo fiscale e l'applicazione dei costi standard». Da parte dell'industria la linea è improntata su mercato e responsabilità. «L'industria farmaceutica - ha sottolineato il vice presidente di Farmindustria, Emilio Stefanelli - da tempo lavora per coniugare innovazione e sostenibilità. I prezzi dei farmaci sono già abbastanza bassi e il nostro contributo è dato nei fatti. Ma



Mentre le regioni decidono quale tecnologia adottare, **Ds Group lancia Tabula Clinica**. E i dati dei pazienti viaggiano wi-fi



Alcune delle declinazioni su smartphone e iPad di Tabula Clinica

## La cartella medica si legge sull'iPad

**È** il primo sistema di cartella clinica mobile e paperless e, una volta tanto, rappresenta anche un'eccellenza italiana. È realizzato da **Ds Group**, società milanese che ne produce interamente il software. Si chiama Tabula Clinica e sostituisce in tutto e per tutto la cartella sanitaria di carta. «È un prodotto unico, perché permette al personale sanitario di elaborare tutti i dati del paziente previsti in cartella clinica, è in grado di funzionare online e offline, è personalizzabile e multiplatforma (Pda, smartphone, desktop o tablet pc come l'iPad)», afferma Romeo Quartiero, presidente di Ds Group. «Dato che è completamente integrabile con il sistema informatico esistente, si può introdurre iniziando da un singolo reparto estendendolo gradualmente a tutta la struttura».

Dal punto di vista tecnico il sistema ha un'architettura a tre livelli, composta da un server centrale, uno di reparto, collegato in rete cablata con il primo, e gli access point e terminali mobili, connessi via wi-fi o cavo, ma capaci di lavorare anche in assenza di rete e di sincronizzarsi successivamente.

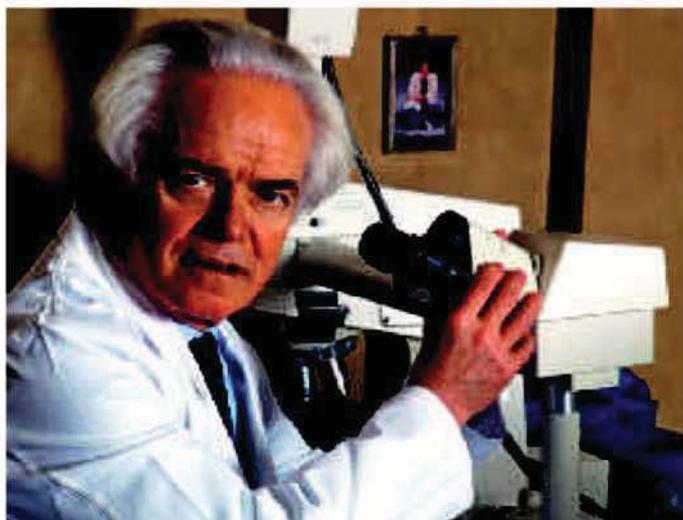
Spiega Quartiero: «Per l'amministrazione sanitaria diventa più semplice il controllo di gestione e l'approvvigionamento dei farmaci, con notevole riduzione dei costi. I risparmi arrivano anche dall'eliminazione della carta e delle spese di scansione e magazzino delle cartelle cliniche tradizionali. Medici e infermieri riescono a loro volta a ridurre gli errori e ad assicurare ai pazienti una risposta tempestiva, grazie alla disponibilità immediata delle informazioni, aggiornate in tempo reale e condivisibili».

Senza contare che, attraverso l'utilizzo della tecnologia di firma digitale e marca temporale, Tabula Clinica consente anche la completa dematerializzazione dei documenti e dell'intera cartella. La sicurezza del sistema è legata alla tecnologia proprietaria che archivia i dati associando a ogni operazione l'autore, la data e l'ora di scrittura. I dati clinici inseriti sono immutabili e l'operatore che accede deve essere identificato da smart card. Tra gli ospedali che già hanno adottato Tabula Clinica c'è quello di Vimercate, in provincia di Milano; tra le strutture private la clinica Villa Serena di Forlì, dove è stata riscontrata anche una diminuzione del 20% dei tempi di lavoro per attività non assistenziali.

*Patrizia Licata*



## MEDICI IN PRIMA LINEA | FRANCO MANDELLI



TANIA / CONTRASTO

# Lotto per i miei malati, anche a 80 anni

Il più importante ematologo italiano racconta la sua vita, le sue battaglie contro le leucemie, i successi, gli errori. In un libro che appassiona.

DI FABRIZIO PALADINI



**Non solo sogni**  
«Ho sognato un mondo senza cancro» di Franco Mandelli (Sperling & Kupfer, 270 pagine, 18 euro, da devolvere tutti all'Ail).

**S**e un giorno si dovesse realizzare in qualche parte della Terra una «Hall of fame» di medici e scienziati meritevoli, un posto andrebbe sicuramente a Franco Mandelli, il più importante ematologo italiano e uno dei primi del mondo. Non solo per le intuizioni e i risultati avuti in più di 50 anni nella lotta contro le leucemie e le altre malattie del sangue, ma soprattutto per la straordinaria capacità di lottare contro tutto e vincere contro tutti. Contro la malattia ma anche contro l'ipocrisia, la burocrazia, le piccole battaglie di quelli che una volta chiamavamo i «baroni» universitari.

Mandelli ha deciso, alla soglia degli 80 anni, di raccontare la sua storia in *Ho sognato un mondo senza cancro* (Sperling & Kupfer, il ricavato andrà interamente all'Ail, Associazione italiana contro leucemie e mieloma), scritto con la sceneggiatrice e medico Roberta Colombo. È la lunga avventura di un piccolo grande berga-

masco capitato a Roma nel 1957 per seguire il suo maestro, Michele Bufano. Mandelli racconta il suo incontro-scontro con la Roma caotica degli anni 60, anni fatti di lavoro senza stipendio, di stanzette divise nei sottoscala del Policlinico con altri colleghi, dei primi malati ematologici, dell'università, del «movimento», degli scioperi selvaggi del Collettivo per bloccare i reparti dell'ospedale e fare pagare un prezzo troppo alto ai pazienti. Della mancanza delle cose più indispensabili: aghi, siringhe, sacche di sangue.

Racconta la sua ostinazione a vincere e risolvere: il primo day hospital d'Italia lo ha allestito lui. Da uno scantinato ha fatto nascere il primo reparto di ematologia autonomo, allargandosi ogni anno di più, acquisendo ora una piccola clinica, ora un'altra casa di cura, convincendo il Comune di Roma a dargli una scuola per aprire ambulatori, poi la Banca d'Italia a comprargli una palazzina dove sistemare laboratori e centri di ricerca nei vari piani e, sull'attico, una scuola per i bambini malati. Ha convinto enti prestigiosi, giornali, privati, star televisive, squadre di calcio, artisti di ogni livello a promuovere manifestazioni di massa per trovare fondi.

Ogni cosa, il suo obiettivo. Ininterrottamente per 50 anni. Non ha mai detto: «La burocrazia non mi consente di lavorare». Lo ha certo pensato, però ha sempre trovato il modo per fregarla, la burocrazia. Ha realizzato il più completo e funzionale centro di eccellenza ematologica, ha ristrutturato palazzi trasformandoli in residenze per i piccoli pazienti e i loro familiari, ha preso la presidenza dell'Ail e trasformato l'associazione in una fucina di iniziative per sostenere la ricerca e la cura. Ha pianificato per Roma la più capillare rete di assistenza domiciliare per i malati che non possono andare in ospedale.

Ha anche visto morire tanta gente e fatto errori, e ha il raro coraggio di raccontarli. Ma soprattutto ha saputo infondere nei suoi collaboratori, medici, infermieri, volontari, la certezza che la leucemia si può sconfiggere. Oggi, all'80 per cento, si può sperare di farcela, cosa inimmaginabile 20 anni fa. Ha sognato un mondo senza cancro, ma nella sua vita reale ha trasmesso sorriso e forza a migliaia di persone. E questa è una forza contagiosa. ■

INFORMAZIONE SCIENTIFICA E RIGORE ETICO

# Ricerca, una questione di democrazia

di GIUSEPPE LAURIA

**C**aro direttore, la salute pubblica è una dimensione che va oltre la somministrazione di un farmaco o l'esecuzione di un intervento. Essa ha a che fare principalmente con la decisione di prescrivere un farmaco e con l'indicazione a eseguire un intervento. La salute pubblica può dirsi tale quando esiste, nella sostanza e nella forma, una relazione bidirezionale e bilanciata tra le persone che soffrono di una malattia e i medici che propongono le cure. Questa relazione è governata dalla ricerca.

La ricerca è un processo che si fonda sul rapporto tra due elementi in apparente contraddizione tra loro: *serendipity* e rigore scientifico. *Serendipity* è una bella e intraducibile parola inglese che condensa i concetti di fortuna e sagacia quali veicoli per occasionali scoperte. Gli esempi di nuove conoscenze nate dall'osservazione per *serendipity* sono innumerevoli. La bioelettricità di Galvani, il meccanismo che permette di trasportare stimoli al cervello per farceli percepire. Ma anche i corn flakes, che i fratelli Kellogg a fine '800 ottennero mentre cercavano di preparare una sfoglia da un impasto lasciato troppo in forno. Molti farmaci che utilizziamo oggi sono nati per *serendipity*: la penicillina per le infezioni; la levo-dopa per la malattia di Parkinson, alcuni chemioterapici per i tumori, e più recentemente il Viagra. Però, come sottolineato da scienziati che per *serendipity* hanno aperto nuovi orizzonti, alla fortuna per la scoperta e alla sagacia per la capacità di riconoscerla deve aggiungersi il rigore scientifico necessario per verificare che essa sia davvero utile alla società. Infatti, sono molti gli esempi di potenziali cure che tali non si sono rivelate o che, al contrario, si sono rivelate pericolose quando analizzate in modo adeguato. Abbiamo tutti gli strumenti per verificare se l'ipotesi

che una terapia è efficace in una malattia sia corretta o meno. Il rigore scientifico ha permesso di raggiungere traguardi straordinari. Le persone con Aids, una malattia quasi invariabilmente mortale fino a 15 anni fa, ora possono essere trapiantate se necessario. Un esempio di

come la strategia della ricerca ha concretamente cambiato la vita della gente.

Le persone ammalate sono i fruitori ultimi dei risultati della ricerca, ma il rapporto tra ricerca in medicina e società è intrinsecamente complesso. Mette insieme, infatti, razionalità ed emozioni. Tra esse, la divulgazione delle informazioni. Chi si confronta sono, in termini generali, la società civile e la credibilità delle istituzioni scientifiche di un Paese. In Italia, i progressi della ricerca sono frequentemente condivisi con la società attraverso i mezzi di informazione e trasmettere i risultati al pubblico significa partecipare, benché in modo indiretto, al complessivo meccanismo della ricerca. Quindi, chi assume questo ruolo non può unicamente rimettersi all'onestà intellettuale del ricercatore, su cui non si dovrebbe per definizione discutere, ma deve dotarsi di strumenti minimi per comprendere il significato della ricerca; anzi, del fare ricerca. In primo luogo deve comprendere che una sperimentazione clinica che coinvolge persone ammalate non è una cura. Chi vi partecipa non sta ottenendo una terapia ad altri negata, ma è consapevolmente parte di un processo che permetterà di verificare se quanto ipotizzato sia davvero una cura efficace. Deve inoltre capire che la comunicazione di queste informazioni è vissuta con straordinaria intensità emotiva da chi è colpito dalla malattia in questione, e che questo carico emotivo non ha filtri. Molti tra coloro che fanno il mio mestiere possono raccontare delle innumerevoli e vane richieste su nuove terapie, cel-

lule staminali o geni che rallentano malattie neurodegenerative. Hanno forse qualche colpa? Non direi, l'hanno sentito in televisione; e sono ammalati. Ma hanno forse avuto modo di conoscere l'intera verità o solo l'allusione a una verità ipotizzata?

Un esempio di ciò risale a pochi giorni fa. Una trasmissione televisiva famosa per la divulgazione di notizie e ingiustizie ha proposto in modo inequivocabile la possibilità di cura della Sclerosi Multipla mediante un intervento chirurgico alle vene del collo. Lo ha fatto intervistando pazienti già sottoposti all'intervento e altri in attesa di farlo. Senza apparente possibilità di scelta, a chi questa possibilità è negata sembra



sia negato il diritto a una cura efficace, peraltro frutto di *serendipity* italiana. Lasciando la speranza del solito viaggio all'estero, dove invece la cura è facilmente ottenibile, pagando naturalmente. In realtà, questa ipotesi è oggetto da tempo di una discussione rigorosa nella comunità scientifica, italiana e internazionale, per la necessità di adeguati riscontri scientifici. Improvvisamente, invece, l'ipotesi diventa certezza. Questo apparente contributo alla verità, che riconduce in modo superficiale all'inadeguatezza delle istituzioni scientifiche del nostro Paese, non limita forse la libertà dei cittadini?

Il sistema dell'informazione riveste una tale importanza per la società e per chi fa ricerca che non può più negarsi il dovere di un rigore etico, da cui non si possa in alcun modo prescindere, indipendentemente dal contesto, sia esso un giornale o uno show televisivo. Il rigore di un'informazione che è capace di diventare uno degli strumenti utili a migliorare la consapevolezza delle persone malate sulle possibilità e sui limiti delle cure disponibili.

*Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano*