

**IL GINECOLOGO SOSPEO SI DIFENDE: COSÌ HO SALVATO MAMMA E BIMBO**

## PARTO A RISCHIO, MEDICO CHIAMA PENSIONATO

ELISABETTA PAGANI

**I**l dottor Bartolomeo Punzi risponde al telefono con la voce che trema. E il tono incerto di chi sta passando l'inferno e teme di commettere altri errori. Si prende una lunga pausa, poi spiega: «Sa cosa penso? Che la donna che ho operato ora è a casa con in braccio il suo bambino. Sono vivi. Io sono un medico, lo sono stato anche quella notte. È questa la cosa più importante».

Il dottor Punzi, primario - ora sospeso - di Ginecologia dell'ospedale di Manduria, provincia di Taranto, è nell'occhio del ciclone. Perché per due volte, il 27 luglio e il 10 agosto, durante due interventi chirurgici ha chiamato in soccorso il suo predecessore, Paolo Di Mase. Che però non lavora più in ospedale: è in pensione da due anni. Nel primo caso - raccontava

ieri *La Gazzetta del Mezzogiorno* - si trattava di una gravidanza che non si era sviluppata nell'utero ed era rimasta in una delle due tube. Bisognava rimuovere l'utero. E «la paziente» spiega Di Mase «rischiava la vita».

*L'ospedale sta per chiudere, il primario chiede aiuto a ex collega*

Ancora più delicato, sottolinea l'ex primario, l'intervento successivo, complicazioni dopo un parto con taglio cesareo: «È successo nel cuore della notte» continua Di Mase, difendendo a spada tratta la decisione del collega «la donna ha subito dieci trasfusioni. Dico dieci, si rende conto? Era in pericolo».

Punzi è un medico di un ospedale pubblico che, di fronte a due emergenze, ha bisogno di aiuto. Gli serve un professionista esperto. E chiama un esterno, l'ex responsabile ormai in pensione.

**SEGUE >> 7**

**IN PROVINCIA DI TARANTO. IL MEDICO "CACCIATO": «DOVEVO SALVARE DUE VITE». L'ALTRO: «NON AVEVA SOSTEGNO ADEGUATO»**

## PARTO DIFFICILE, CHIAMA IL PRIMARIO IN PENSIONE

Ginecologo sospeso dalla Asl perché durante due operazioni a rischio ha chiesto aiuto al predecessore

dalla prima pagina

Senza avvisare la Direzione sanitaria. Non era in grado di farcela da solo? Non si fidava dei suoi collaboratori? Non c'erano medici interni abbastanza qualificati? Non è chiaro. Sta di fatto che la Direzione dell'ospedale non è stata informata dal diretto interessato - «lo ha fatto qualcun altro che aveva interesse a farlo» si sibila - e che il caso ora è finito sotto la lente della Commissione disciplinare della Asl di Taranto. Che ha sospeso il primario.

Per ora «temporaneamente», spiega la Asl, che in una nota di fuoco accusa Punzi di «inadempienze sia a livello procedurale che sanitario».

Ma soprattutto sostiene che non è vero che il primo caso fosse «un'emergenza» e aggiunge che nel secondo «un ritardo nell'espletamento corretto della procedura ha generato l'urgenza». Insomma, nel primo caso non c'erano rischi, nel secondo c'è stato un errore di Punzi in sala operatoria. Chiude dicendo che il suo comportamento «ha portato non a "salvare la vita" ma ad un maggior rischio per le due pazienti».

L'ospedale di Manduria ha alle spalle due anni delicati. I due casi sono successi a luglio e agosto. E il primo settembre la struttura ha chiuso, in base al riordino deciso dalla Regione Puglia. Nella zona rimane l'ospedale di Grottaglie, che ha «vinto» sopprimendo il «rivale». Il capogruppo regionale del Pdl Rocco Palese chiede che sul «caos e l'anarchia della sanità pugliese»

intervenga la Commissione nazionale di inchiesta. Ma soprattutto ipotizza che il problema sia più in alto: «Chiediamo al presidente Vendola di dire se il primario si è comportato così perché in quella sala operatoria non c'erano medici in grado di salvare la vita al paziente». Un'ipotesi ben più inquietante del semplice «errore procedurale».

In quella sala operatoria, racconta Di Mase, «c'erano due persone prima che arrivassi io: Punzi, che è esperto, e una dottoressa giovane con contratto a termine. Ser-



viva un'altra persona d'esperienza, che lavorasse in velocità. Da due anni, con l'aria di smobilitazione che tirava, vista la chiusura del primo settembre, Punzi lavorava solo con due medici giovani e a tempo determinato. Quelle notti si rischiavano vite. Ha fatto la scel-

ta giusta». Parole che fanno intravedere una situazione ben più grave dei due semplici casi. E l'equipe, davvero è così ristretta? La Asl sul punto preferisce non fare precisazioni.

«Di Mase abitava lì vicino» si limita a dire Punzi, che vuole rimanere lontano dal clamore, su quelle notti «sarebbe arrivato subito e l'ho chiamato. Ho sbagliato? La procedura sì, ma moralmente no. Ho fatto il medico che pensa solo a salvare una vita».

La Asl sostiene che avrebbe potuto chiamare «il direttore della Struttura complessa» o il «direttore del dipartimento materno-infantile». Il primo è morto pochi giorni dopo i due casi, a metà agosto, è stato trovato con un taglio alla gola, si pensa al suicidio; il secondo pare fosse a chilometri di distanza. «Sono due anni che Punzi lavora solo, lo ribadisco» si infervora Di Mase «la sanità pubblica dovrebbe farsi qualche domanda. Se l'obiettivo era salvare delle vite non poteva fare altrimenti».

**ELISABETTA PAGANI**

[pagani@ilsecoloxix.it](mailto:pagani@ilsecoloxix.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**L'ospedale di Manduria**



## Aborto. Impossibile a Jesi: tutti i medici sono obiettori

Dieci ginecologi, ma tutti obiettori di coscienza. Una situazione che, di fatto, ha bloccato il servizio di interruzione volontaria di gravidanza nell'ospedale marchigiano. Cgil e Aied chiedono soluzioni chiare e certe per garantire l'applicazione della legge 194.

10 SET - Qualche mese fa la CGIL e la FP di Pesaro denunciavano la vicenda dell'ospedale di Fano dove tutti i ginecologi risultavano essere obiettori di coscienza causando, di fatto, lo stop al servizio di interruzione volontaria di gravidanza prevista dalla legge 194/78. Oggi la stessa vicenda di diritti negati si verifica nelle Marche. A denunciarla la Cgil e Fp Cgil regionale, spiegando che anche nell'ospedale di Jesi tutti e 10 i ginecologi si dichiarano obiettori e le donne, quindi, non possono abortire anche quando decidono, nel loro diritto previsto dalla legge, di farlo.

Sono trascorsi 34 anni dall'emanazione della legge sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza eppure la sua concreta attuazione è ancora piena di ostacoli di ogni genere tanto da mettere seriamente in pericolo la salute delle donne e i loro diritti, affermano Daniela Barbaresi - segretaria Cgil Marche, e Alessandro Pertoldi, segretario generale Funzione Pubblica Cgil Marche.

Sulla vicenda è intervenuto tempestivamente anche l'assessore regionale Mezzolani per garantire che nei prossimi giorni a Jesi possa operare un medico non obiettore proveniente dall'ospedale di Fabriano il quale effettuerà gli interventi di lvg anche nell'ospedale jesino. Anche se si tratta di un intervento apprezzabile per rispondere all'emergenza, Barbaresi e Pertoldi chiedono però che venga garantita adeguatamente sul territorio tutti i servizi previsti dalla legge: certificazione per l'lgv, contraccezione d'emergenza, intervento d'lgv.

I sindacalisti sottolineano peraltro come, secondo i dati dell'ultima relazione annuale del Ministero della Salute, già nel 2009, a fronte di 2.458 interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne residenti nelle Marche, il 24,7% degli interventi sono stati fatti fuori provincia e il 9,9% fuori regione: percentuali pari quasi al doppio rispetto alla media nazionale.

Il numero sempre più ampio di obiettori di coscienza e in generale i disagi e le difficoltà nell'attuazione della Legge 194 rischiano di svuotare nei fatti i contenuti della legge e, oltre a colpire le donne in un momento particolarmente difficile e delicato della loro vita, penalizza anche medici, anestesisti e infermieri non obiettori che vedono ricadere su di loro tutto il carico delle interruzioni di gravidanza, denunciano Barbaresi e Pertoldi ricordando che, sempre secondo l'ultima relazione del Ministero, nelle Marche gli obiettori di coscienza, di poco inferiori alla media nazionale, costituiscono il 62% dei medici, il 50% degli anestesisti e il 43% del personale non medico.

Desto preoccupazione anche la complessiva situazione dei 67 consultori familiari nelle Marche la cui operatività è resa sempre più difficile dalla mancanza di organico e in particolare delle necessarie figure professionali specialistiche a partire dalla figura del ginecologo, tanto che in molti consultori non è possibile avere la certificazione per l'lgv. Pertanto concludono i sindacalisti della Cgil -, abbiamo richiesto alla Regione di garantire adeguatamente sul territorio tutti i servizi previsti dalla legge necessari a tutelare la salute e i diritti delle donne, e nell'ambito del confronto avviato sull'attuazione del piano Socio Sanitario e sui Piani d'area vasta, di aprire uno specifico approfondimento su queste tematiche per verificare l'effettivo stato d'attuazione della legge 194/78 nel territorio marchigiano, compresa la somministrazione della pillola RU486, e più in generale sulla situazione e sul funzionamento dei consultori.

Sul caso è intervenuto anche l'Aied (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica). Il caso di Jesi si legge in una nota - non è l'unico in Italia e rende evidente come in alcune regioni il servizio dell'interruzione di gravidanza è nella pratica inesistente, come da tempo ormai denunciato da molte organizzazioni e operatori del settore.

Negli anni in cui l'aborto farmacologico era sperimentale ha dichiarato Laura Olimpì, Presidente della sezione Aied di Ascoli Piceno - la regione era una delle poche ad aver avviato la sperimentazione ed a consentire quindi alle donne che lo volevano di evitare l'aborto chirurgico, quando possibile; ora che la RU486 è stata finalmente autorizzata al commercio anche in Italia, la Regione si è guardata bene dal redigere le linee guida e quindi nessun ospedale ha ancora iniziato

[http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=10759](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=10759)

ad usarla. In un'intera provincia, quella di Fermo, la legge 194 e' totalmente disattesa e praticamente da sempre non si effettuano interventi nel locale ospedale.

Inoltre, aggiunte Olimpi, dove qualche ginecologo non obiettore si trova viene praticato una specie di numero chiuso, con un tetto massimo di interventi a settimana sempre piu' piccolo di quello che serve, costringendo chi resta fuori ad affannosi giri per la regione alla ricerca di chi ti accoglie, e sono quasi sempre le extracomunitarie a dover girare perche' sembra esserci una preferenza per le residenti nel creare le liste. E le donne, spesso con difficolta' economiche o senza mezzo di trasporto, arrivano in molti casi all'ospedale di Ascoli, dove del servizio Ig si occupa la sezione Aied locale. Anche ad Ascoli, infatti, tutti i medici sono obiettori. In questo ospedale lo scorso anno solo una donna su tre era del territorio, le altre provenivano dalla costa o dal vicino Abruzzo, ma soprattutto da Ancona o dal resto della Regione.

Il problema afferma l'Aied - e' tecnico perche' gli aspetti morali e politici dell'aborto sono stati superati da tempo, come da ultimo ha dimostrato la sentenza di giugno della corte costituzionale nei confronti del tentativo del giudice tutelare di Spoleto di invalidare la legge. Un governo tecnico non dovrebbe quindi avere difficolta' nel risolvere tecnicamente il fenomeno dell'obiezione di coscienza diffusa, se inquadrato come deve essere nell'ambito della violazione di un diritto sancito dalla legge. Occuparsi di questo problema conclude l'Associazione - e' di certo piu' urgente che mettere al lavoro decine di esperti per presentare un ricorso inutile (e per molti versi crudele) sulla sentenza di Strasburgo sulla legge 40 sulla procreazione assistita.

## L'APPELLO DI UN INFORMATICO MILANESE

# Cartella clinica sul web

## «Chi cura il mio tumore?»

I risultati degli esami resi disponibili a tutti

DIANA LETIZIA

E' una storia di malattia e innovazione. Culturale e digitale. Il protagonista si chiama Salvatore Iaconesi, ha trentanove anni e ha scoperto di avere un tumore al cervello. Esperto di tecnologia, Salvatore ha pubblicato online la sua cartella clinica per trovare una cura. E per farlo ha superato due barriere: quella delle profonde resistenze che si incontrano nel "mondo reale" per far sì che il Web si trasformi in uno strumento al servizio delle persone e l'impossibilità di diffondere le analisi così come gli erano state consegnate, perché create in un formato non leggibile da tutti i computer. Salvatore ha dato vita ad una "cura open source", come lui stesso l'ha definita sul suo sito. «Ieri sono andato a ritirare la mia cartella clinica digitale: devo farla vedere a molti dottori - spiega anche in un video - Purtroppo era in formato chiuso e, quindi, non potevo aprirla né potevo mandarla a tutti coloro che avrebbero potuto salvarmi la vita. L'ho craccata, in modo da poterla condividere con tutti. Due dottori mi hanno già risposto».

Con una semplicità disarmante, mentre in Italia ancora ci si interroga sull'agenda digitale e l'utilizzo degli "open data", Salvatore ha già superato chi ancora perde tempo dietro la teoria e, soprattutto, la burocrazia. L'informatico livornese sta cercando una cura mettendo online tutti i suoi dati

ma, allo stesso tempo, sta rendendo un servizio utile a chiunque si trovi in una condizione simile alla sua.

«Sono riuscito a farlo solo perché i dati erano in formato aperto e accessibile: loro (*i medici che gli hanno già risposto, n.d.r.*) hanno potuto aprire i file dal loro computer. Mi hanno potuto rispondere anche da casa. Progressivamente, renderò disponibili tutte le risposte che riceverò, sempre in formati aperti, così che chiunque abbia il

mio stesso male possa beneficiare delle soluzioni che ho trovato. Questo è un invito a prendere parte alla CURA».

E c'è un'ultima frase nel messaggio di Salvatore che unisce per sempre il reale e il virtuale, rendendoli parte, finalmente, dello stesso mondo in cui noi viviamo e lui lotta per la sopravvivenza, cercando di fare della sua malattia un vero e proprio manifesto.

Un appello finale che permette di chiudere il cerchio, mostrando un aspetto del Web spesso taciuto, quello filantropico: «CURA, in diverse culture, vuol dire diverse cose. Ci sono cure per il corpo, per lo spirito, per la comunicazione. Prendete le informazioni sul mio male, se ne avete voglia, e datemi una CURA: fateci un video, un'opera d'arte, una mappa, un testo, una poesia, un gioco, oppure provate a capire come risolvere il mio problema di salute. Artisti, designer, hacker, scienziati, dottori, fotografi, videomaker, musicisti, scrittori.



**La storia/1**

ANNA MASERA  
TORINO

**Artista digitale** Salvatore Iaconesi è docente universitario di nuovi media e un pioniere in vari campi

**Problemi legali** Per l'avvocato non ci sono problemi di privacy, ma potrebbe averne per aver manomesso il sistema di protezione dati

# “Io, hacker per curare il mio tumore”

Ha “craccato” la cartella clinica bloccata e l’ha pubblicata su Internet: “Due dottori mi hanno già risposto”

**H**a un tumore al cervello e ha scelto di pubblicare la sua cartella clinica su Internet per chiedere un consulto pubblico a tutti i medici disponibili a curarlo: un’iniziativa senza precedenti in Italia. Peccato che per farlo abbia dovuto comportarsi da hacker, perché il dischetto che conteneva i suoi dati era in un formato bloccato, non condivisibile in Rete. Salvatore Iaconesi, 49 anni, artista digitale e docente universitario di nuovi media, di formazione ingegnere, è una persona mite e gentile, ma un vulcano di idee e impegnato in prima persona nella ricerca dell’avanguardia, sconfinando dal personale al politico e viceversa. A LaStampa.it l’ultima intervista video l’aveva rilasciata lo scorso novembre in occasione del Piemonte Share Festival, quando aveva presentato un’installazione multimediale unica nel suo genere. Ieri ci ha raccontato la sua nuova battaglia, a cui ha già dedicato un’area apposita del suo sito: «[artispensource.net/cure](http://artispensource.net/cure)». La cura.

«Ieri sono andato a ritirare la mia cartella clinica digitale: devo farla vedere a molti dottori. Purtroppo era in formato chiuso e proprietario e, quindi,

non potevo aprirla né con il mio computer, né potevo mandarla in quel formato a tutti coloro che avrebbero potuto salvarmi la vita. Così l’ho “craccata” per aggirare il meccanismo di protezione». Su «La Cura» si possono visionare i risultati dei suoi esami, dalle cartelle cliniche alle Tac, per condividerli con più persone (medici in primis) e arrivare a una vera e propria cura «open source».

L’avvocato esperto di diritto digitale Marco Scialdone sta valutando l’entità dell’illecito legale: «Non viola la legge sulla privacy perché i dati personali condivisi sono i propri, ma avendo aggirato il meccanismo di protezione dei dati digitali, potrebbe saltare fuori una questione per violazione del diritto proprietario intellettuale su quel formato».

Ma l’iniziativa ha già dato buoni frutti e può quindi valere il rischio: «Solo oggi - scrive Iaconesi - sono riuscito a condividere i dati sul mio stato di salute (il mio tumore al cervello) con tre dottori e due mi hanno già risposto. Sono riuscito a farlo solo perché i dati erano in formato aperto e accessibile: loro hanno potuto aprire i file dal loro computer, dal loro tablet. Mi hanno potuto rispondere anche da casa. Progressi-

vamente, renderò disponibili tutte le risposte che riceverò, sempre in formati aperti, così che chiunque abbia il mio stesso male possa beneficiare delle soluzioni che ho trovato».

E poi l’artista che è in lui emerge: «Questa è una cura. Questo è un invito a prendere parte alla cura. Cura, in diverse culture, vuol dire diverse cose. Ci sono cure per il corpo, per lo spirito, per la comunicazione... Prendete le informazioni sul mio male, se ne avete voglia, e datemi una cura: fateci un video, un’opera d’arte, una mappa, un testo, una poesia, un gioco, oppure provate a capire come risolvere il mio problema di salute. Create la vostra cura usando i contenuti che trovate in dati/data qui in questo sito, e inviatela a [info@artispensource.net](mailto:info@artispensource.net)».

Gli chiediamo come sta e parliamo con la compagna che è al suo fianco da sempre anche sul lavoro, Oriana Persico. «Ci ha rassicurato scoprire che i medici concordino sulla diagnosi e sulla tecnica dell’intervento chirurgico» commentano. Sarà un’operazione al cervello in anestesia locale, perché serve che il paziente collabori. La scelta è fra tre ospedali in Italia. La data più probabile dell’operazione il 16 ottobre.

[www.lastampa.it/masera](http://www.lastampa.it/masera)

**Ha detto**

**Salvatore Iaconesi**

Non appena sono riuscito a mettere i miei esami su internet mi hanno risposto due medici



Il sito de «La Cura» dove sono disponibili i dati medici di Iaconesi



Ingegnere e artista, Iaconesi è uscito dal San Camillo di Roma con la diagnosi e un cd di analisi. Ha craccato il contenuto per condividere tutto con medici, amici, creativi. E trovare aiuto

# “Cari cybernauti aiutatemi a guarire dal mio male”

**Salvatore chiama la sua cura “open source”. Già ha ricevuto migliaia di messaggi, ritratti, spunti, disegni**

**MICHELE BOCCI**

**È** uscito dal San Camillo di Roma con una diagnosi di cancro al cervello e un cd con le immagini delle tac e delle risonanze fatte in queste settimane. Appena arrivato a casa ha “craccato” i file, cioè ha tolto le protezioni mutandoli in formato standard, ha creato un sito internet e li ha messi online. Prima di tutto per dire ad amici e parenti che è malato. Ma Salvatore Iaconesi, un ingegnere, artista, hacker e docente universitario di 39 anni che vive a Roma, ha fatto molto di più. Ha chiesto aiuto a tutti coloro che frequentano la rete: datemi una mano contro il cancro. E non ha pensato solo a medici, ma anche ad artisti, creativi, e in generale a chiunque abbia un’idea per quella che lui chiama una «cura open source». Che gli serva a sconfiggere il tumore ma anche ad affrontare la malattia con la forza e gli stimoli che possono dare video, opere d’arte, poesie, giochi, testi.

Ieri sera Salvatore Iaconesi era a casa con la sua compagna a rispondere a mail, messaggi su facebook e twitter. «Mi hanno scritto migliaia di persone — racconta — Ho ricevuto consigli su cen-

tri e professionisti a cui rivolgermi da parte di malati e parenti di malati. Sono già iniziati ad arrivare ritratti, disegni, spunti per video e servizi fotografici. È l’altro pezzo della cura e mi sembra bellissimo che la tecnologia riesca ad unire le due cose: medicina e stimoli creativi. Metterò in rete tutte le idee che arriveranno». Alcuni medici hanno già visto dai propri computer le immagini del tumore e due si sono fatti vivi con i loro consigli.

L’ingegnere ha decodificato il cd domenica sera. «Era in un formato sconosciuto, visibile solo con Windows, impossibile da caricare su internet — racconta — Avrei dovuto portarlo di persona ai medici che volevo consultare, e non aveva senso. Così lo ho “craccato” creando tipi di file diffusissimi e mettendoli in rete perché tutti potessero consultarli. Il tema scottante delle cartelle cliniche in formati strani ha svegliato tante persone, si è formata una piccola comunità di sviluppatori con cui stiamo pensando di fare un convertitore automatico per questi cd». Iaconesi ha deciso di far conoscere il suo grave problema di salute al maggior numero di persone possibile. Non si è chiuso nelle paure della malattia. «Per me buttare tutto fuori è stata una cosa naturale — spiega — Quando si parla di cura si parla di cose complicate, di terapie e medicine. Ma anche di vicinanza delle persone, di relazioni e rapporti. Sono uscito da un ospedale dove ci sono persone che prendono due pasticche la mattina e due la sera. Dire che sono curate è

un parolone. Il sostegno degli altri è importante e per me è naturale cercarlo anche online, perché si tratta del mondo in cui mi muovo normalmente. Ho bisogno di sentirmi in una società che si prende cura di me».

Angelo Franzini è primario di neurochirurgia all’istituto Besta di Milano. Ieri sera ha visto online le immagini del tumore. «È di un tipo diffuso, diciamo che rappresenta circa la metà dei casi tra gli adulti. Da noi ne operiamo almeno uno al giorno. Si tratta di un problema affrontato da tutte le neurochirurgie, e potremmo definirlo un intervento di routine», spiega. Al di là degli aspetti sanitari, il medico è colpito dalla strada scelta da Iaconesi: «Mi sembra un modo per universalizzare la malattia che appartiene alla sua sfera personale e che sicuramente gli servirà per affrontarla. Quando le persone incontrano questi problemi di salute li vivono come un’ingiustizia, hanno bisogno di aiuto. Lui lo chiede nel suo modo, con la sua sensibilità». Che è quella della condivisione in rete. Ma se tutti quei messaggi a cui rispondere, le migliaia di consigli che arrivano alla sua mail dovrebbero diventare troppi? «Semplice — risponde Salvatore Iaconesi — Basterà spegnere il computer».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## QUELL'SOS LANCIATO SULLA RETE

RICCARDO LUNA

**S**ette giorni fa mi si è aperta la finestra della chat. Era Salvatore Iaconesi. Il suo messaggio era questo: «Ehi! Ho un sacco di progetti da raccontarti. Poi è successa una cosa un po' drastica, ma l'abbiamo presa bene». Conosco i progetti di Salvatore: usare la rete per costruire un mondo migliore, inventare visioni e applicazioni che ci cambino la vita. Ma stavolta non ne abbiamo potuto parlare. La "cosa un po' drastica" era la diagnosi di un tumore al cervello. Dice di averla "presa bene", perché domenica scorsa ha "cracato" la sua cartella clinica e ha pubblicato i dati sul web in modo che chiunque potesse aiutarlo. "La mia cura open source", la chiama. Ovvero: "Trasformare una sfiga in una grande opportunità". L'opportunità non solo di curarsi, ma di rendere il mondo un po' migliore, la sua ossessione.

Quello che ha fatto Iaconesi è la sintesi dei migliori valori della cultura digitale. C'è anzitutto la profonda convinzione che possiamo essere bravissimi e aver parlato con ottimi medici, ma là fuori c'è sicuramente, inevitabilmente qualcuno che ne sa più di noi. E dobbiamo trovare il modo di contattarlo e di coinvolgerlo se vogliamo che il nostro problema venga davvero risolto. Fu Bill Joy, il fondatore di Sun Microsystems, a teorizzare per primo questa cosa: "No matter who you are, most of the smartest people work for someone else", disse una volta. E quella frase è diventata una delle leggi con cui molte aziende innovative vengono gestite. Ed è alla base di tanti progetti della rete open source, con il codice aperto: tutti possono migliorarli perché questo alla fine è un vantaggio per

tutti.

Da qui discende la adesione implicita di Iaconesi ad un altro dei principi cardine della cultura digitale: il crowdsourcing, la cosiddetta intelligenza collettiva che è possibile attivare facendo collaborare migliaia di persone attraverso la rete (Wikipedia è uno degli esempi più riusciti). Il presupposto è che certi problemi sono troppo complessi perché la soluzione possa trovarla solo una persona. Ma quando la sfida è importante, come battere il cancro, sono tanti quelli disposti a dare un contributo.

Il terzo elemento è quello della open science, della scienza aperta. È una scienza che dove gli scienziati condividono i dati delle proprie ricerche perché queste possano produrre dei benefici in tempi più rapidi. Non laboratori chiusi, quindi. Non brevetti su tutto. Una delle prime nel mondo ad aprire questa strada è stata la virologia italiana Ilaria Capua in occasione di una epidemia di aviaria: il suo laboratorio di Padova isolò il virus e lei, invece di metterlo in una banca dati chiusa, lo pubblicò in modo che si potesse trovare prima il rimedio ad una epidemia che stava spaventando il pianeta. Adesso questa strada è aperta. Ad Harvard il dottor Jay Bradner sta pubblicando senza segreti le scoperte del suo laboratorio contro una forma rara di tumore affinché chiunque nel mondo possa aiutarlo. Ma nessuno aveva ancora fatto quello che ha fatto Salvatore Iaconesi: pubblicare una delle cose che custodiamo più gelosamente, la cartella clinica, per guarire certo, come tutti gli augurano di cuore, ma soprattutto per dimostrare sulla sua pelle che la trasparenza dei dati, la partecipazione e la collaborazione tra le persone sono l'unica vera strada per un mondo migliore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## Analisi sul web in cerca di cure per il tumore

ROMA — Scopre di avere un tumore al cervello e decide di

mettere on line i propri esami con un'idea di condivisione e ricerca di aiuto allo

stesso tempo. Salvatore Iaconesi è un giovane ingegnere e artista che punta alla co-

siddetta «open source» con l'obiettivo di trovare una cura. Due medici hanno

già risposto.

Massi a pag. 13

# Ha un cancro, mette i referti online «Aiutatemi a trovare una cura»

di CARLA MASSI

ROMA - Trentanove anni, gli diagnosticano un cancro al cervello. Mette la cartella on line con le immagini del suo cranio in tutte le proiezioni e chiede aiuto per la cura. Ma, per arrivare ad aprire le porte della sua privacy e raccontare al mondo del suo male, ha dovuto violare la rete e diventare un hacker.

Salvatore Iaconesi, romano esperto in tecnologie, decide di pubblicizzare i suoi referti per avere pareri di altri medici. Il profilo del suo cervello, costellato di ombre può parlare agli oncologi del mondo intero. Per questo il paziente chiede il materiale all'ospedale dove ha fatto tutte le analisi, il San Camillo-Forlanini di Roma. E riceve un paio di cd. Arrivato a casa Iaconesi prova ad aprire le immagini che sono nel disco ma si accorge subito che non può girare nulla alla rete. Tutta la storia della sua malattia è in un formato chiuso, impossibile da inviare. Una sorta di lucchetto digitale. «Quei cd - racconta - potevo solo metterli in una busta e inviarli a casa dei medici. Non certo girarli su un blog, su un sito etc».

E' a questo punto che l'artista della rete sceglie di agire senza remore pur di permettere a tutti di leggere i referti e analizzare quelle immagini. «Non potendo mandare la cartella a tutti coloro che avrebbero potuto salvar-

mi la vita, l'ho craccata. E sono riuscito a condividere i dati sul mio stato di salute. In poche ore hanno risposto già due dottori. Da casa, con il loro tablet».

Salvatore Iaconesi vuole pubblicizzare il suo cancro, vuole avere i pareri di tanti medici e vuole anche permettere a persone che hanno il suo stesso male di usufruire degli stessi privilegi. Una socializzazione della preoccupazione, del dolore, della terapia. Che spiega così: «Renderò disponibili tutte le risposte che riceverò, sempre in formati aperti, così che chiunque stia nelle mie condizioni possa beneficiare delle opportunità che ho trovato». Tutto nel suo sito, Cura. Come la canzone di Franco Battiato. Con parole schiette e senza pietismi si rivolge ai suoi compagni di malattia, ai medici, ai curiosi e agli artisti di ogni tipo. «Prendete informazioni - suggerisce in italiano e in inglese dal suo studio romano - e datemi una cura. Fateci pure un video, un'opera d'arte, un testo, una poesia, un gioco. Oppure provate a capire come risolvere il mio problema di salute».

«Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie... ti sollevorò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore... e guarirai da tutte le malattie» canta Franco Battiato nella sua Cura.



Salvatore Iaconesi



# Gestione più efficiente col decreto Balduzzi

Marco Cerritelli\*

**I**l decreto Balduzzi approvato dal Consiglio dei ministri nella riunione del 5 settembre introduce, tra le altre cose, specifiche disposizioni volte a favorire il reperimento di risorse e capitali privati per sopperire ai fabbisogni finanziari connessi alla realizzazione di interventi in ambito di edilizia sanitaria, ampliando le possibilità di collaborazione tra investitore privato e azienda sanitaria pubblica. In particolare, il decreto prevede che la procedura di affidamento dei lavori di ristrutturazione e di adeguamento a specifiche normative, nonché di costruzione di strutture ospedaliere, da realizzarsi mediante contratti di partenariato pubblico privato possa prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di immobili ospitanti strutture ospedaliere da dismettere, anche ove l'utilizzazione comporti il mutamento di destinazione d'uso da attuarsi secondo la disciplina regionale vigente.

La norma è volta ad accelerare, mediante un più esteso ricorso alla finanza di progetto, il percorso di adeguamento di quelle situazioni di degrado che pregiudicano la tutela del diritto alla salute, garantendo in tal modo il godimento dei livelli essenziali delle prestazioni necessarie per rendere effettivo tale diritto in tutto il territorio nazio-

nale.

A mente del legislatore, tale obiettivo deve essere perseguito creando condizioni al contorno idonee a rendere conveniente l'investimento per i capitali privati. In tale ambito, si contempla l'eventuale cessione all'aggiudicatario, quale parte del corrispettivo dovuto, di immobili ospitanti strutture ospedaliere da dismettere, con relativo cambiamento di destinazione d'uso secondo gli obiettivi di utilizzazione del cessionario.

Sotto il profilo sistematico, la norma amplia e specifica una modalità di articolazione del corrispettivo già consentita dal nostro ordinamento con specifico riferimento alle concessioni di costruzione e gestione. In particolare, con la legge numero 27 del 2012 la norma era stata oggetto di un intervento volto ad ampliare l'ambito di applicazione delle operazioni di asset swap rimuovendo il vincolo di strumentalità o connessione all'opera da affidare in concessione sussistente nel testo previgente.

Il decreto Balduzzi estende tale modalità operativa al più ampio perimetro dei contratti di partenariato pubblico privato - di cui la concessione di costruzione e gestione costituisce solo una delle forme tipiche - in cui sono ricomprese, tra l'altro,

la locazione finanziaria di opere pubbliche, il contratto di disponibilità e l'affidamento di lavori mediante finanza di progetto.

La disposizione rispecchia l'esigenza avvertita da parte delle amministrazioni pubbliche, in un contesto di severo razionamento delle risorse finanziarie pubbliche destinate a fronteggiare la spesa per investimenti, di poter utilizzare la propria dotazione patrimoniale immobiliare, in taluni casi obsoleta o non più funzionale alla nuova modulazione dei bisogni dell'utenza, quale riserva di valore cui attingere a fronte delle esigenze connesse al più ampio progetto di razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria disegnata dal decreto Balduzzi.

In sede applicativa, al fine di non pregiudicare i potenziali benefici norma, gli operatori pubblici dovranno riservare particolare attenzione, in sede di disegno della procedura di affidamento, alla puntuale definizione delle modalità di utilizzazione e di valorizzazione degli immobili in corso di dismissione, con tempistiche e modalità di coinvolgimento degli enti competenti in materia di mutamento della destinazione d'uso certe e predefinite.

*\*Partner Cba studio legale e tributario*



**NOI & VOI**

GUGLIELMO PEPE

## SANITÀ, UNA RIFORMA DIMEZZATA

**P**iù critiche che consensi. Più dubbi che certezze. E adesso il Parlamento si deve far carico delle riserve espresse da varie parti, prima di trasformare in legge il decreto sulla Sanità voluto fortissimamente dal **ministro Balduzzi**. Su *Repubblica.it* ho scritto su ombre e luci delle proposte. Che, tranne l'inutile tassa sulle bibite (per fortuna ritirata), sono interessanti e al tempo stesso carenti. Ottima la riforma dell'assistenza h24, attuata già da anni in alcune zone del Centro-Nord. Ma è impensabile che si possa realizzare senza costi aggiuntivi. Se poi i tagli previsti al Fondo sanitario verranno usati per avviare questa novità sull'intero territorio nazionale, allora dove si risparmierà? Quanto all'intramoenia, sarà messa in atto la tracciabilità dei pagamenti. Benissimo. Però ancora una volta si dà ai medici pubblici la possibilità di esercitare privatamente nei loro studi: così non si volta davvero pagina. Buona la strada dei curriculum per la scelta dei primari, tuttavia se la decisione finale spetta ai direttori generali, di nomina politica, siamo ad una riforma dimezzata (il vero limite del decreto). Infine, attenzione zero ai non autosufficienti. Ce n'è di lavoro da fare in Parlamento...

*g.pepe@repubblica.it*


**IL GOVERNO DELLA SALUTE. 2**

## Piano di rientro, 7 mln per il pareggio

**IL PERCORSO** di risanamento della sanità delle regioni sottoposte a piani di rientro procede, ma la strada è ancora tutta in salita. Il monitoraggio trimestrale del Governo mostra infatti alcuni progressi da parte di Sicilia, Puglia e Abruzzo, ma non mancano criticità e ritardi in Campania, Molise e Lazio. Ecco la situazione in dettaglio, secondo i rapporti stilati dal **ministero della Salute** dopo le riunioni estive del tavolo interministeriale di verifica.

### Campania

La regione, a consuntivo 2011, ha un disavanzo di 245,476 mln di euro. Dopo le coperture, pari a 309,732 mln di euro, il disavanzo è di 7,966 mln di euro. Il verbale del tavolo di verifica evidenzia ritardi nel piano dei pagamenti dei fornitori e criticità nella Asl Napoli 1 per la mancata contabilizzazione di alcune voci di bilancio.

Alla regione non è stata erogata alcuna somma residua.

### Abruzzo

il consuntivo 2011, prima delle coperture, ha un avanzo di 35,942 mln di euro. L'avanzo è stato rideterminato in 91,981 mln di euro grazie alle risorse ottenute con la massimizzazione delle aliquote fiscali. Avviato il percorso di attuazione dei programmi operativi, anche se risulta inadeguata l'assistenza residenziale per anziani e mala-

ti terminali. Criticità nell'attuazione del progetto tessera sanitaria. Sono state erogate alla regione 60 milioni di euro come parte delle spettanze residue, a tutto il 2010, pari a 178 milioni di euro.

### Puglia

A consuntivo 2011 presenta, dopo coperture di 267,909 mln di euro, un avanzo di 159,559 mln di euro. Positiva la razionalizzazione della rete ospedaliera, in particolare la riduzione del numero di unità operative, ma la regione deve intervenire sulla mobilità sanitaria extraregionale.

### Sicilia

In ritardo sugli obiettivi stabiliti, ma valutazione positiva sulla rimodulazione della rete ospedaliera. Criticità invece per quella dell'emergenza-urgenza. Sono state erogate alla regione 240 mln di euro, cioè il 30 per cento delle spettanze residue al 31 dicembre 2010, pari a circa 800 mln di euro.

### Calabria

A consuntivo 2011 la regione ha un disavanzo di 4,392 mln di euro. Progressi sono stati fatti nel certificare il debito pregresso, le procedure contabili e i processi amministrativi. Cosa che ha fatto realizzare le condizioni perché la regione accedesse a fondi Fas per 578 mln di euro.

### Lazio

La regione, a consuntivo 2011, ha un risultato di esercizio per il 2011 di 109,395 mln di euro, considerate le coperture preordinate a valere sulla leva fiscale, pari a 792,260 mln di euro. Le risposte fornite sulle criticità del nuovo Ospedale dei Castelli non sono esaustive. Rilevati ritardi nella definizione dei rapporti con i privati.

### Molise

la verifica dei dati contabili non è stata possibile per il mancato invio della documentazione necessaria. Critiche alla gestione commissariale per la riorganizzazione delle reti assistenziali, la definizione e mes-

sa a regime dei flussi informativi, la regolazione dei rapporti con i privati.

### Piemonte

Il consuntivo 2011, dopo coperture di 280 mln di euro, è in avanzo di 5,364 mln di euro. Sul Piano di ridefinizione della rete ospedaliera è stata segnalata la presenza di un eccesso di posti letto post-acuzie, che devono essere ricondotti all'interno degli standard nazionali. Insufficienti le azioni prese sulla rete di emergenza-urgenza, mentre positive quelle avviate sull'assistenza territoriale. ●●●



**Sanità.** Secondo la Corte dei conti nel 2011 hanno superato i 37 miliardi di euro, in aumento di 1,5 miliardi rispetto al 2010

# Crescono i debiti verso i fornitori

**Roberto Turno**  
ROMA

■ Continua a crescere vertiginosamente il debito di Asl e ospedali verso i fornitori di beni e servizi indispensabili per far marciare la macchina della **sanità pubblica**. Nel 2011 ha raggiunto un'esposizione che varia tra i 37 e i 40 miliardi di euro, a un ritmo almeno del +5-10% rispetto all'anno precedente. Un saldo negativo che vede in debito d'ossigeno soprattutto le Regioni a statuto ordinario e in massima difficoltà quelle commissariate e sottoposte a piani di rientro dai deficit. Un vero e proprio macigno per i conti regionali - e naturalmente per i creditori che devono aspettare in media più di un anno prima di ottenere i rimborsi - sui quali il peso della spesa sanitaria rispetto alla spesa corrente complessiva diventa sempre più ingombrante: in media, nel 2011, la spesa sanitaria ha raggiunto il 74,5% dell'intera spesa corrente locale (+1,5% sul 2010) ma con punte dell'88,7% in Veneto e con valori dell'81,3% nelle Regioni ordinarie, contro il 51,8% in quelle a statuto speciale.

Arriva dalla **Corte dei conti**, con il rapporto alle Camere sulla finanza regionale 2011, il check più aggiornato delle sofferenze debitorie verso i creditori privati da parte del Servizio sanitario nazionale. «Un fenomeno preoccupante e imponente» che rappresenta «un sintomatico indicatore di rischio per la tenuta degli equilibri di bilancio», sottolinea la magistratura contabile. Che a proposito dei ritardi nei pagamenti a fornitori non esita a definire il problema «di dimensione patologica».

L'analisi della Corte dei conti - anticipata in un ampio servizio dell'ultimo numero del settimanale «Il Sole-24 Ore sanità» - riguarda l'esposizione debitoria di tutti gli enti del Ssn (Asl, ospedali, policlinici, Irccs) che a fine 2010, includendo anche quelli per mutui e verso aziende sanitarie extraregionali, ave-

va raggiunto i 53 miliardi. Di questa somma, le pendenze verso i fornitori privati, rappresentano la fetta preponderante. Anche se nel computo totale della Corte dei conti per il 2011 mancano, perché non trasmessi dalle regioni, i valori dei debiti verso i fornitori di quattro Regioni con la sanità commissariata (Lazio, Campania, Abruzzo, Calabria) e di un'altra (la Sicilia) sotto piano di rientro dal disavanzo. Per tutte le altre Regioni, con l'eccezione della Liguria che ha fatto segnare un calo del debito del 9%, il 2011 ha fatto segnare ancora una volta una crescita che varia dal +0,24% della Lombardia (2,5 miliardi di esposizione totale) al +20,5% della Puglia (1,99 miliardi) tra le Regioni ordinarie, e dal +1,9% del Friuli Venezia Giulia (238,7 milioni) al +11,4% della Sardegna tra quelle speciali.

Di qui l'aumento esponenziale del debito della sanità regionale verso i fornitori. Se (ottimisticamente) le cinque Regioni che non hanno fornito i dati avessero mantenuto nel 2011 un'esposizione pari a quella del 2010 (18,8 miliardi in totale), il debito verso i fornitori di Asl e ospedali nel 2011 avrebbe toccato quota 37 miliardi (+1,5 miliardi sul 2010). Se, invece, molto verosimilmente il debito anche in quelle cinque Regioni è cresciuto al ritmo fatto registrare in tutta Italia, ecco che la cifra lieviterebbe notevolmente, attestandosi verso quota 40 miliardi di debiti da pagare ai fornitori.

Una montagna di fatture insolite impossibile da scalare nel breve termine, nonostante il piano governativo di velocizzazione dei pagamenti. E un fardello ancora più pesante per le Regioni che proprio sui conti della sanità ipotizzano la grandissima parte dei propri bilanci: in soli due anni il peso della spesa sanitaria rispetto alle uscite correnti locali è cresciuto del 2% (dal 72,3 al 74,5%). Chissà se la nuova stagione dei tagli e della spending review farà ora invertire la rotta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La spesa sanitaria a quota 74,5% delle uscite correnti locali

### La situazione nelle regioni

Debito nei confronti dei fornitori nel 2011 (valori arrotondati a migl. di €)

Lazio*	7.516.968	Sardegna	771.062
Campania*	6.586.500	Liguria	587.926
Emilia Romagna	2.944.777	Marche	488.287
Veneto	2.896.693	Molise	387.531
Piemonte	2.643.140	Umbria	258.184
Lombardia	2.532.374	Friuli V.G.	238.788
Sicilia*	2.103.427	Basilicata	172.160
Toscana	2.036.570	Prov. Bolzano	99.954
Puglia	1.997.921	Prov. Trento	90.859
Calabria*	1.781.155	Valle d'Aosta	26.860
Abruzzo*	870.451	<b>Totale</b>	<b>37.035.568</b>

Nota: \* dato 2010

Fonte: Corte dei conti, agosto 2012



Decreto legge. Correzioni in corsa

## Vincoli meno rigidi per il prontuario

■ Revisione al ribasso del prezzo ma non esclusione dalla rimborsabilità dei farmaci non più «economici» per il Ssn. Aumento anche fino a 500mila euro della sanzione per chi viola le norme contro la pubblicità su giochi e scommesse e multe più severe a chi vende sigarette ai minori dal 1 gennaio 2013, non da subito. Nessuna esclusione tout court della colpa lieve per chi esercita professioni sanitarie, ma "invito" al giudice a tenere conto «in particolare» dell'osservanza nei singoli casi delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

È ancora a quota 15 articoli il **decreto sanitario** varato dal Governo una settimana fa, ma ancora non approdato sulla

«Gazzetta». Le ultime modifiche sono in corso, anche se ormai all'ultimo round delle verifiche interministeriali. E le novità continuano a non mancare, in attesa del confronto in Parlamento e con le Regioni.

Sui farmaci si prevede che con la revisione straordinaria del prontuario da parte dell'Aifa, entro giugno 2013, usciranno dalla rimborsabilità i prodotti «terapeuticamente superati» e quelli di efficacia non abbastanza dimostrata dopo l'immissione in commercio. Non escono più automaticamente i farmaci di «costo incongruo» per il Ssn. Per quelli «che non soddisfino il criterio di economicità» rispetto al «risultato terapeutico previsto», afferma il nuovo testo, saran-

no rinegoziati (al ribasso) i prezzi dall'Aifa, o usciranno dal prontuario a fine 2013. Altra modifica sui farmaci riguarda l'uso off label, che pure attenua la versione originaria duramente contestata dalle industrie, già alle prese con le novità della spending review sulla prescrizione per principio attivo che secondo i dati dell'ultimo mese avrebbe già provocato ai farmaci griffati un calo di fatturato del 10 per cento.

Ecco poi i capitoli "fumo e azzardo". Il giro di vite sul fumo scatterà solo dal 1° gennaio 2013, con sanzioni per chi vende "bionde" e tabacco ai minori fino a mille euro, che potranno arrivare a 2mila con sospensione della licenza per tre mesi in caso di reiterazione della violazio-

ne. Mentre le sanzioni per la violazione dei divieti di pubblicità dei giochi con vincite in denaro salgono da un minimo di centomila fino a mezzo milione di euro. Confermato il taglio delle distanze minime dai luoghi sensibili (scuole, oratori e strutture sanitarie) così come la pianificazione di 5mila controlli mirati ogni anno.

M. Mo.  
R. Tu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### MEDICI

Per i professionisti non ci sarà l'esclusione della colpa lieve. Il giudice dovrà considerare l'osservanza di linee guida



## Tragedia Morosini Tre medici indagati per la morte in campo

VANNI ■ A pagina 14

# Tre medici indagati per Morosini «Non usarono il defibrillatore»

*Il calciatore morì in campo. Accusa: omicidio colposo*

**Igor Vanni**  
■ LIVORNO

**TRE MEDICI** indagati per la morte del calciatore del Livorno Piermario Morosini. L'accusa per la procura di Pescara è omicidio colposo. Non parla il medico sociale del Livorno, Manlio Porcellini, raggiunto dall'avviso di garanzia assieme al collega del Pescara, Ernesto Sabatini, e a Vito Molfese, medico del 118 che quel giorno prestava servizio allo stadio. Morosini colpito da un arresto cardiaco, cade sul campo del Pescara lo scorso, maledetto, 14 aprile e il fatto commosse il mondo intero. Ai giorni del dolore seguirono immediatamente gli interrogativi sul perché di quella morte assurda, soprattutto gli inquirenti si chiedono il motivo per cui non sia stato usato il defibrillatore per tentare di rianimare il giovane calciatore del Livorno. Porcellini, molto scosso dalla vicenda, non ha mai voluto raccontare in pubblico quei terribili momenti, collaborando però fattivamente con gli inquirenti quando è stato chiamato a dare la sua versione dei fatti. Morosini era per lui come un figlio, un po' come tutti i calciatori che giorno dopo gior-

**diversi minuti: ostacolata da un'auto dei vigili urbani**  
no si affidano alle sue cure.

**IN SUA DIFESA** è intervenuto anche il presidente del Livorno, Aldo Spinelli: «Noi siamo solidali con il nostro medico — ha dichiarato Spinelli — tanto che abbiamo subito incaricato un nostro avvocato per la difesa. L'ambulanza è stata chiamata immediatamente e il nostro medico, insieme agli altri due colleghi professionisti che sono intervenuti, ha fatto tutto quello che c'era da fare; poi, se il soccorso non è arrivato in tempo, che possiamo farci? Sono molto dispiaciuto che tre medici professionisti che vivono del loro lavoro debbano prendersi colpe che non hanno». Nella circostanza infatti, ci fu anche il contrattempo di un'ambulanza che non riuscì a raggiungere subito terreno di gioco perché l'ingresso della curva era ostruita da un'auto della Polizia Municipale, il cui autista si era allontanato e l'aveva chiusa a chiave. Fu poi rotto il vetro e rimosso l'ostacolo, ma passarono sei minuti prima che il mezzo di soccorso potesse arrivare sul terreno di gioco, e poi caricare Morosini: in quel momento il calciatore era agonizzante e morì durante il trasporto all'ospedale di Pescara.

**INTANTO PORCELLINI** si è affidato ad un legale di sua fiducia che lo segue da quando questa tragica storia è iniziata. «Non c'è niente di nuovo — ha detto l'avvocato Massimo Girardi che difende il medi-

co del Livorno —. L'avviso di garanzia è arrivato nel fine settimana perché il pm titolare delle indagini (Valentina D'Agostino, ndr) ha fatto richiesta di incidente probatorio al giudice delle indagini preliminari. E se così accadrà, la data che sarà fissata sarà presumibilmente dopo il 15 settembre. Il mio cliente ha piena fiducia nella magistratura ed il suo comportamento è stato deontologicamente corretto ed irreprensibile». Gli esami a cui fu sottoposto il corpo di Piermario Morosini evidenziarono una rara malformazione cardiaca: cardiomiopatia aritmogena. Resta da capire se l'utilizzo del defibrillatore avrebbe potuto salvare la vita al giovane calciatore.

**SOCCORSI IN RITARDO**  
L'ambulanza arrivò dopo



## LA VICENDA

### Arresto cardiaco

Il 14 aprile scorso, durante Pescara-Livorno (campionato di serie B), il centrocampista del Livorno Piermario Morosini si accascia a terra per un arresto cardiaco. Morirà poco dopo all'ospedale di Pescara



### L'autopsia

Il 2 luglio vengono resi noti i risultati dell'autopsia. Morosini è morto per una rara malattia ereditaria: la cardiomiopatia aritmogena. Ieri il pm di Pescara ha deciso di indagare tre medici per omicidio colposo



**TRAGEDIA**  
Piermario Morosini, centrocampista del Livorno, accusò un malore durante la partita di calcio del campionato di serie B Pescara-Livorno dello scorso 14 aprile. Il calciatore era affetto da una rara malattia genetica: cardiomiopatia aritmogena





## Il caso Durante il match Pescara-Livorno Per la morte di Morosini tre medici sotto inchiesta

Indagati per omicidio colposo i sanitari delle squadre e il collega del 118 in servizio allo stadio PESCARA. La Procura della Repubblica di Pescara stringe i tempi per arrivare alla verità sulla morte del giocatore del Livorno Piermario Morosini, scomparso tragicamente per un malore lo scorso 14 aprile, al 31' del primo tempo della gara Pescara-Livorno. Sono tre gli indagati per omicidio colposo nell'inchiesta condotta dal pm Valentina D'Agostino: il medico sociale del Livorno, Manlio Porcellini, quello del Pescara, Ernesto Sabatini, e il medico del 118 di Pescara in servizio allo stadio, Vito Molfese.

L'accusa della Procura ruota attorno al mancato uso del defibrillatore. In quel tragico pomeriggio, infatti, i tre medici, che furono i primi a soccorrere Morosini, non ritennero necessario l'uso del macchinario che pure era a bordo campo. Nei concitati minuti che seguirono al malore del calciatore, accorsero anche altri sanitari che stavano seguendo assistendo all'incontro dalla tribuna.

Nella circostanza ci fu anche il contrattempo di un'ambulanza che non riuscì a raggiungere subito terreno di gioco perchè l'ingresso della curva «Maratona» era ostruita da un'auto della Polizia Municipale il cui autista si era allontanato e l'aveva chiusa a chiave. Fu poi rotto il vetro e rimosso l'ostacolo, ma passarono sei minuti prima che il mezzo di soccorso potesse arrivare sul terreno di gioco, e poi caricare Piermario Morosini: in quel momento il calciatore era agonizzante e morì durante il trasporto all'ospedale di Pescara. Nei confronti dell'ufficiale della Polizia Municipale che ostruì l'ambulanza con

la sua vettura, fu adottato un provvedimento di sospensione da parte dell'Amministrazione Comunale (su cui pende oggi un ricorso).

Nelle ore successive alla tragica scomparsa di Morosini ci fu anche la testimonianza di un infermiere che partecipò ai soccorsi il quale sostiene che quando al giocatore fu applicata la cannula manifestava ancora segni di vita.

L'autopsia svolta dal medico legale Cristian D'Ovidio certificò che la morte di Morosini fu dovuta a una rara malattia genetica, ovvero una cardiomiopatia aritmogena. Nei prossimi giorni, sempre a Pescara, l'incidente probatorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Morosini | soccorsi**



**Starting Grant 2012.** Dei 536 ricercatori a inizio carriera selezionati dall'Ue quelli residenti in Italia sono 24

# Ricerca, 800 milioni ai giovani scienziati

## LA FUGA DI CERVELLI

Nella classifica per Paese l'Italia è settima ma diventa quarta se si considera la nazionalità degli studiosi con i 18 residenti all'estero

**Eugenio Bruno**  
ROMA

■ Una buona notizia per i giovani scienziati arriva dall'Ue. Il Consiglio europeo della ricerca (Cer) ha selezionato i 536 studiosi alle prime armi che si divideranno i quasi 800 milioni di euro previsti per gli «Starting Grant 2012». Del gruppo fanno parte ricercatori di 41 nazionalità e 21 Paesi; 24 quelli di provenienza italiana.

Si tratta del finanziamento più importante mai erogato dall'organizzazione paneuropea costituita nel 2007 per finanziare la ricerca d'avanguardia e promuovere l'eccellenza scientifica nel Vecchio continente. Le sovvenzioni di avviamento del Cer sono destinate a ricercatori a inizio carriera di qualunque nazionalità purché si siano già stabiliti in Europa oppure siano disposti a stabilirvisi.

Ogni finanziamento può raggiungere i 2 milioni di euro per un periodo massimo di 5 anni. Per sostenere una nuova generazione di studiosi di punta viene poi previsto che ogni vincitore del «Grant» possa comporre il proprio team attingendo al bacino di oltre 3.000 studenti di dottorato e post-dottorato. Come avviene per tutte le iniziative del Cer anche questa selezione parte dal basso: i singoli partecipanti hanno indicato area di interesse e proposta di ricerca; la scelta è stata effettuata attraverso una valutazione *inter pares* effettuata da 25 commissioni composte da scienziati di fama mondiale.

Per gli «Starting Grant 2012» sono giunte 4.741 domande, con un aumento del 16% rispetto all'anno scorso. In crescita anche le risorse a disposizione che sono salite dai 670 milioni del 2011 ai quasi 800 di quest'anno (+19,4%). Il 44% delle 536 proposte prescelte appartiene alle scienze fisiche e ingegneristiche, il 37% alle scienze della vita

e il 19% alle scienze sociali e umane. I progetti premiati coprono un'ampia gamma di settori. Si va dagli impatti sociali della cooperazione transmediterranea nel settore delle energie rinnovabili, passando per le protesi uditive a laser fino alla tecnologia ottica di rilevazione a distanza per le opere di ingegneria civile.

Passando all'identikit dei vincitori emerge un'età media di circa 37 anni. Con una quota di donne pari al 24% del totale (che significa il 21% in più rispetto al 2011). Il Paese più gettonato è il Regno Unito con 131 progetti. Seguono Germania (78) e Francia (73). Solo settima invece l'Italia che, con le sue 24 proposte, viene preceduta anche da Olanda (51), Svizzera (33) e Spagna (29). Ma se si passa ad analizzare la graduatoria per nazionalità dei beneficiari il quadro muta e il nostro Paese sale in quarta posizione con 42 studiosi dietro i 131 tedeschi, i 68 britannici e i 67 francesi. A conferma di come da noi il problema della fuga di cervelli sia tutt'altro che superato.

Nel commentare i dati la commissaria europea per la Ricerca, Maire Geoghegan-Quinn, ha dichiarato: «In un'economia della conoscenza globale abbiamo bisogno di nuove idee per competere. Per questo motivo investire nella ricerca di punta di livello mondiale e nella prossima generazione di scienziati rappresenta una delle grandi priorità dell'Europa. Dopo solo cinque anni - ha aggiunto - le sovvenzioni del Cer godono di fama mondiale e ci aiutano a trattenere e attrarre i migliori».

L'attività del Cer non si esaurisce con gli «Starting Grant». Nel futuro prossimo il suo ruolo, che si inserisce nel settimo programma quadro per la ricerca e l'innovazione, è destinato ad accrescersi. Così come la sua dotazione finanziaria visto che la Commissione europea ha recentemente proposto di incrementarne il bilancio dai 7,5 miliardi del periodo 2007-2013 a oltre 13 miliardi di euro nel nuovo programma quadro "Horizon 2020" (2014-2020).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL RUOLO DEL CER

### L'organizzazione

- Istituito nel 2007 dall'Ue, il Consiglio europeo della ricerca (Cer) mira a promuovere l'eccellenza scientifica in Europa. Il suo Consiglio scientifico è composto da 22 scienziati e studiosi di punta, ed è presieduto da Helga Nowotny. Il Cer possiede anche un'Agenzia esecutiva che attua il programma "Idee" ed è diretta da Pablo Amor
- Oltre ai ricercatori all'inizio della carriera (sovvenzioni di avviamento fino a 2 milioni come quelle dello «Starting Grant»), il Cer finanzia gli scienziati d'eccellenza già indipendenti (sovvenzioni di consolidamento fino a 2,75 milioni) e i leader riconosciuti della ricerca (sovvenzioni avanzate fino a 3,5 milioni)

