

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

INDAGINE IN MATERIA DI SICUREZZA DEL SANGUE

27° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 12 LUGLIO 1995

(Pomeridiana)

Presidenza del presidente MARTELLI

INDICE

INDAGINE IN MATERIA DI SICUREZZA DEL SANGUE

Audizione del professor Franco Mandelli, ordinario di ematologia presso l'università «La Sapienza» di Roma, e del professor Giuseppe Mulas, specialista in medicina trasfusionale

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>	MANDELLI	Pag. 3, 6, 9 e <i>passim</i>
CAMPUS (<i>Forza Italia</i>)	7, 8, 9 e <i>passim</i>	MULAS	12, 13
XIUMÈ (<i>AN</i>)	10		

I lavori hanno inizio alle ore 18,15.

INDAGINE IN MATERIA DI SICUREZZA DEL SANGUE

Audizione del professor Franco Mandelli, ordinario di ematologia presso l'università «La Sapienza» di Roma, e del professor Giuseppe Mulas, specialista in medicina trasfusionale

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine in materia di sicurezza del sangue.

È in programma oggi l'audizione del professor Franco Mandelli, ordinario di ematologia presso l'università «La Sapienza» di Roma, e del professor Giuseppe Mulas, specialista in medicina trasfusionale.

Anzitutto do la parola al professor Mandelli e lo ringrazio per avere accolto l'invito della Commissione, interrompendo riunioni ben più importanti per esporre la sua opinione in materia di sicurezza del sangue.

Non intendiamo sapere che cosa dobbiamo cambiare nella legge n. 107 del 1990 – che in realtà non è stata nemmeno applicata – ma quello che è successo nelle case di cura e nelle strutture pubbliche, soprattutto di Roma. Sugli episodi che si sono verificati stanno svolgendo inchieste i Nas, la magistratura e la stampa, e sono venuti a conoscenza dell'opinione pubblica problemi per i quali non c'era però motivo di esagerare. Vorremmo capire meglio la situazione attuale grazie al contributo di un esperto che non è né un colonnello dei Nas, né un procuratore della Repubblica, né un giornalista.

Do quindi subito la parola al professor Mandelli, che vorrei ci riferisse soprattutto sulla situazione nelle regioni centro-meridionali.

MANDELLI. Onorevoli senatori, al fine di farvi perdere il minor tempo possibile e prendendo in considerazione, così come richiesto dal Presidente, soprattutto le regioni del Centro-Sud, ritengo opportuno riassumere le problematiche in tre filoni principali.

Il primo aspetto concerne la carenza di donatori di sangue che si riscontra tuttora (mi riferisco a donatori di sangue periodici volontari, donatori sicuri o almeno più sicuri di quelli sporadici e occasionali). Lo dico sempre: quando è arrivato a Roma il presidente Mitterrand hanno bloccato in tutti i centri trasfusionali romani il sangue del gruppo «0 negativo» (a cui appartiene il sangue del Presidente francese) e, qualora fosse accaduto un incidente a una persona di questo gruppo sanguigno, non so quali sarebbero state le conseguenze. Questo tanto per dire quale è la situazione.

Al riguardo credo sia indispensabile compiere un'opera di sensibilizzazione quasi da persona a persona. Io la chiamo la catena della felicità perchè donare il sangue rende felici. L'ho fatto, lo faccio e vi assicuro che quel giorno mi sento un po' migliore del giorno prima e anche del

giorno dopo. La chiamo catena della felicità perchè un donatore deve portare un altro donatore: infatti servono a poco i messaggi pubblicitari. È difficile che una persona venga coinvolta, a meno che non abbia problemi personali. In passato, se non sbaglio, era stata addirittura presentata una proposta di legge che disponeva che i cittadini sani di una età compresa tra un minimo e un massimo dovessero donare il sangue almeno una volta l'anno. Poi non se ne è fatto più niente e forse non sarebbe stato nemmeno giusto. È comunque un punto fondamentale, a mio parere, aumentare il numero dei donatori sicuri.

L'eccesso di sangue, poi, non va sprecato perchè, come dicevo prima al professor Martelli, vi è la possibilità che il sangue che non serve per i globuli rossi possa essere utilizzato per il plasma e quindi possa servire alla preparazione di emoderivati, anche quelli sicuri, fabbricati in Italia con un grosso risparmio. Non va dimenticato infatti che gli emoderivati sono estremamente costosi e sono usati nella terapia di moltissime malattie del sangue e non solo (ad esempio, l'albumina è un derivato del plasma).

In secondo luogo, i medici che hanno sbagliato ci sono di sicuro: ciò è molto grave e non ho alcuna pietà loro. Non perchè sono medico mi voglio mettere dalla parte dei medici, è però un fenomeno estremamente limitato e modesto. Anzi, occorre rilevare che c'è una grave carenza di personale nei centri trasfusionali e anche nelle case di cura. A tale riguardo ritengo che si potrebbe prevedere un medico che faccia capo al centro trasfusionale e gestisca, con una competenza e una preparazione professionale valide, l'assegnazione del sangue nelle case di cura. Non è concepibile infatti che una clinica che consuma magari più sangue di un ospedale non abbia a disposizione quanto le occorre. Di questo sono fermamente convinto.

Ovviamente la disponibilità di sangue elimina immediatamente il problema di recuperare donatori «fasulli», di pagare i donatori, di far prelevare il sangue invece che a un intervallo lecito, cioè ogni quattro mesi, una volta al mese. A mio parere è una procedura che non costa molto e si può mettere in pratica rapidamente. Occorre quindi incrementare in maniera corretta il minimo nella pianta organica, nelle strutture e nelle attrezzature in modo che i centri trasfusionali possano gestire i loro donatori periodici volontari e dare sangue a tutte le strutture che ne hanno bisogno, che non sono solo gli ospedali pubblici ma anche le case di cura private.

In terzo luogo, credo che si possa dire nel modo più certo che in Italia il sangue viene preparato con le stesse attenzioni e con gli stessi *screening* che vengono utilizzati nel resto del mondo. In altre parole, non penso assolutamente e non ho alcun elemento per dire che l'incidenza di infezioni virali - che c'è e che a tutt'oggi non è eliminabile - sia in Italia maggiore che altrove. Bisogna utilizzare il sangue quando serve e il ricevente deve sapere che una minima quota di rischio c'è, ma non è maggiore in Italia piuttosto che in Francia, in Inghilterra o negli Stati Uniti. Lo affermo nel modo più categorico.

La sicurezza del sangue c'è nel modo più totale e assoluto. Se poi però mi si chiede se i centri trasfusionali di Roma, con il personale che hanno attualmente, riescono a garantire l'efficienza perfetta di tutto il servizio trasfusionale nelle case di cura della capitale, vi rispondo che

non lo credo. Ritengo che vi sia bisogno di più personale e quindi di un contatto tra il centro pubblico e la casa di cura privata che garantisca a quest'ultima lo stesso trattamento minimo che riceve un paziente in un ospedale. Ciò mi sembra assolutamente doveroso.

Non so se la Commissione abbia audito i rappresentanti della Croce rossa di Roma. Mi sembra che nella nostra città vi siano solo due centri trasfusionali che rimangono aperti di notte, fornendo un servizio di pronto soccorso: possono bastare, ma non sono tanti. Comunque nelle piante organiche di questi centri deve essere previsto un numero di personale tale che possa permettere di garantire un servizio di emergenza e di urgenza. Quando si parla di trasfusioni di sangue si pensa soltanto alle persone che hanno una malattia del sangue e che senza di esse non possono sopravvivere; non ci dobbiamo dimenticare, però, anche degli interventi di chirurgia, di cardiocirurgia, di traumatologia, di ortopedia e dei trapianti. Ad esempio, se una persona, perfettamente sana, ha un incidente e si frattura il femore, ha bisogno di due unità di sangue.

Come ho già detto, il sangue rappresenta un elemento fondamentale nelle terapie. Se non avessimo avuto la possibilità di fare trasfusioni, non si sarebbero conseguiti tutti quei notevoli risultati negli ultimi decenni in medicina, in chirurgia e in altre specialità, come quella di cui mi occupo. Quindi bisogna evitare che vicende come questa portino ad una diminuzione del numero dei donatori di sangue, come si sta verificando. È necessario dire ai donatori a chiare lettere che i centri trasfusionali, ai quali essi si sono rivolti, non hanno speculato sul loro sangue: chi l'ha fatto ha agito al di fuori delle regole, del comportamento onesto che ciascuno deve avere. È questo quello che sto dicendo in continuazione anche perchè stiamo andando verso l'estate, periodo in cui la gente andando in vacanza si dimentica dei malati. Tutte le volte che sono riuscito a partecipare a delle trasmissioni televisive ho invitato i donatori ad andare a donare il sangue prima delle vacanze, anche perchè agosto è un mese drammatico. È vero che in alcune città del Nord non si presenta questo problema, ma credo che tutta la popolazione italiana abbia il diritto di avere l'assistenza sanitaria e quindi la terapia trasfusionale che viene assicurata nelle città del Nord.

Inoltre non si deve speculare - anche questo è una specie di terrorismo non giustificato - sui casi di infezione virale trasmessa. Si tratta di un rischio che sussiste e non si può non dirlo. Quando tramite i *mass media* (come la televisione) viene data notizia che ad una persona è stato trasmesso un virus con la trasfusione di sangue, bisogna anche spiegarne i motivi. Spesso ho cercato di mettermi in contatto telefonicamente con i conduttori di queste trasmissioni, che sono le più seguite, ma non ci sono riuscito. Bisogna avere il coraggio di dire la verità. Certamente è drammatico il fatto che un malato si prenda una infezione perchè ha dovuto fare una trasfusione, ma non è colpa di chi ha effettuato la trasfusione nè del centro trasfusionale: dipende al fatto che vi è un periodo, impossibile da definire (nessuno al mondo lo può individuare), in cui il virus è in incubazione. Si tratta di un rischio che sussiste e che è impossibile eliminare.

Per quanto riguarda gli emoderivati, attualmente vengono seguiti alcuni sistemi, quale quello della preparazione di alcuni fattori di sintesi della coagulazione con la tecnica dell'ingegneria genetica, che danno

una sicurezza assoluta, almeno in riferimento ai virus fino ad oggi conosciuti, sulla possibilità di trasmissione di infezioni virali. Tuttavia anche con gli emoderivati del sangue oggi non c'è più il rischio di contrarre il virus dell'Hiv e dell'epatite o, quanto meno, è quasi totalmente assente.

PRESIDENTE. Vorrei conoscere l'opinione del professor Mandelli sull'autotrasfusione, che è un problema rilevante. Abbiamo saputo che il Ministro della sanità ha intenzione di presentare un disegno di legge in cui, per le cliniche di una certa dimensione si prevede la possibilità di avere un proprio centro trasfusionale (personalmente sono d'accordo). Vorrei che il professor Mandelli ci dicesse la sua opinione sull'autotrasfusione, perchè ritengo che sia assurdo che un paziente che deve sottoporsi all'autotrasfusione per essere operato dopo una settimana oppure l'indomani stesso, come avviene per gli interventi di cardiocirurgia, debba percorrere trenta chilometri per recarsi in un centro trasfusionale. È anche vero che i problemi potrebbero sorgere, dopo che il paziente ha effettuato l'autotrasfusione nella casa di cura in cui è ricoverato, nel caso in cui il sangue non venisse utilizzato: potrebbe essere venduto ad un altro paziente, senza che sia stato effettuato alcun controllo. In questo caso sono d'accordo: le persone coinvolte dovrebbero andare tutte in galera.

Mi sembra di aver capito che il professor Mandelli ha escluso la possibilità che i centri trasfusionali abbiano effettuato speculazioni. Inoltre, il professore ha detto che, siccome non vi sono mai state delle convenzioni vere e proprie o dei centri trasfusionali organizzati, qualche casa di cura si è adattata a questa situazione. Allora vorrei sapere se il professor Mandelli ritiene giusto il mantenimento di un regime di monopolio in relazione agli emoderivati, che è stato criticato dall'avvocato Mario Beltrami, presidente dell'Associazione volontari italiani del sangue (Avis).

Infine, desidero citare il caso di un chirurgo che è stato condannato perchè nel 1988, nel corso di un suo intervento chirurgico, un paziente ha contratto l'epatite C a seguito di una trasfusione di 250 cc. di sangue effettuata dall'anestesista. Dopo sette anni hanno condannato il chirurgo: personalmente lo ritengo un fatto vergognoso, ma vorrei conoscere l'opinione del professor Mandelli.

MANDELLI. Per quanto riguarda l'autotrasfusione, ritengo che la proposta del Ministro della sanità sia valida, anche se a mio avviso andrebbe un po' corretta. Certamente, come ha detto il Presidente, bisogna distinguere la casa di cura che consuma una certa entità di unità di sangue da quella che al massimo effettua una o due trasfusioni alla settimana: è giusto che quest'ultima si appoggi ad un centro trasfusionale. Ritengo necessario che presso le case di cura che svolgono queste procedure, che sono non soltanto le autotrasfusioni, ma anche la tipizzazione del sangue e la reazione per accertare se il sangue è compatibile con un determinato ricevente, vi sia uno specialista in ematologia che possa svolgere funzioni di raccordo e coordinamento tra la casa di cura e il centro trasfusionale pubblico. In questo modo si risolverebbe anche il problema delle autotrasfusioni perchè lo specialista preleverebbe il san-

gue direttamente nella casa di cura senza dover far spostare il paziente.

Al policlinico «Umberto I» di Roma abbiamo creato un punto di prelievo del sangue per i malati che debbono essere sottoposti ad un intervento chirurgico; al di fuori poi del policlinico c'è un altro punto per i malati ambulatoriali. Sono d'accordo con il presidente Martelli: è sbagliato spostare il paziente. A mio avviso, l'autotrasfusione deve essere effettuata nella struttura in cui il paziente verrà operato, e ciò è possibile. Infatti, i medici a contratto nell'ospedale pubblico potrebbero lavorare presso la casa di cura ed essere pagati da quest'ultima. Ciò permetterebbe un collegamento tra la casa di cura e il centro trasfusionale pubblico, che risolverebbe il problema evidenziato dal professor Martelli.

Per quanto riguarda il commercio del sangue, devo ripetere che non è assolutamente giustificabile quanto si è verificato. Non ho potuto prendere visione degli atti della magistratura, quindi sono a conoscenza di questa situazione solo per sentito dire. Chiaramente è giusto che chi ha sbagliato paghi, anche perchè in questo caso si tratta di un furto particolare.

Rubare il sangue che un altro ha donato lo considero veramente squallido, soprattutto se lo si fa a scopo di lucro. Posso invece giustificare magari quel povero disgraziato che ha a casa tre ragazzini da mantenere e che va all'ospedale di Avellino, dove i parenti dei malati gli danno 100.000 lire se offre il suo sangue. Non sarà legale, non è giusto, però la differenza fra le due situazioni è notevole.

Per quanto riguarda gli emoderivati, anch'io sono stato sconvolto quando venne venduta la Sclavo, perchè avevo seguito la crescita di questa industria italiana a partecipazione statale, che lavorava molto bene e che stava giungendo ad una autosufficienza tale da poter garantire gli emoderivati entro cinque-sei anni per tutta l'Italia, senza più bisogno di importarli. Adesso credo che esista un'unica industria, con tre punti di preparazione degli emoderivati. Penso che, come in tutti i settori, la concorrenza debba esserci, quindi se il plasma italiano viene pagato da questa industria che opera in Italia (pagato allo Stato, naturalmente) meno rispetto a quanto viene offerto da un'industria straniera, lo venderei a quest'ultima, a condizione che poi ritorni in Italia. Io sono per una concorrenza logica, giusta, che per forza di cose deve consentire ad un ospedale di cedere il plasma a chi dà di più. In genere ricavano derivati del sangue che verranno utilizzati dall'ospedale con un grosso risparmio.

Per quanto riguarda l'episodio che è stato riferito della condanna di un medico al risarcimento dei danni provocati da una trasfusione, mi sembra una follia pura, perchè oltre tutto il rischio dell'epatite C a quell'epoca non era prevedibile, visto che il sangue non poteva essere sottoposto a *screening*. Anche oggi l'infezione può essere trasmessa, perchè c'è la fase in cui dal *test* essa non risulta, però se oggi il sangue di un donatore non viene testato c'è colpa.

CAMPUS. È un argomento di cui mi sono personalmente dovuto interessare perchè coordinavo e tuttora coordino il Comitato ristretto sulla modifica della legge n. 107. Come tutte le leggi, sicuramente

può essere perfezionata, ma il grosso nodo non è questo, bensì il fatto che essa debba ancora essere applicata.

Ecco perchè sono molto scettico che interventi legislativi possano risolvere il problema; se non abbiamo applicato una legge che esiste da tanti anni non è che facendone una nuova possiamo ottenere dei risultati. Bisognerebbe cambiare la mentalità con cui lo Stato deve intervenire e soprattutto il rapporto che sta sgranandosi fra Stato e regione, a tutto svantaggio dei cittadini. I colleghi della Lega Nord dovrebbero stare molto attenti, perchè sono troppe le esperienze negative che abbiamo accumulato; questo federalismo sanitario andrà a scapito di alcune zone del paese. Il mio giudizio sul Documento di programmazione economico-finanziaria era appunto in tal senso.

Vorrei porre al professor Mandelli alcuni quesiti su taluni aspetti fondamentali che sono stati toccati. In merito agli emoderivati, esiste certamente il problema del loro monopolio, ma anche quello che le fabbriche che li producono hanno necessità di un grosso bacino di utenza, nel senso del prelievo, non della vendita. Come è noto, si tratta di industrie che praticano prezzi molto elevati o che hanno bassa resa dal punto di vista economico. Vorrei un parere in proposito, professor Mandelli, tratto dai suoi anni di esperienza elevatissima, perchè forse uno dei pochi settori in cui l'intervento statale potrebbe essere ancora auspicabile e giustificato è proprio questo. Per il verbale, si sappia che io non sono affatto uno statalista, per motivi politici, però credo che in certi campi lo Stato abbia il dovere di intervenire proprio perchè è in gioco la tutela dei cittadini. Se si intende intervenire rispetto al problema del monopolio degli emoderivati, io credo che ciò debba essere fatto dallo Stato attraverso iniziative di natura economica.

Il presidente Martelli ha osservato come le case di cura a grosso consumo di sangue possano essere magari quelle con soli 20 posti letto, perchè se praticano interventi di cardiocirurgia hanno bisogno di più unità di sangue rispetto a case di cura con un numero superiore di posti letto. Mi è sembrato di capire che vi sia preferenza per delle sezioni distaccate, piuttosto che per un centro della casa di cura che troppo facilmente si presterebbe a speculazioni.

È stato citato il caso di un medico condannato a sette anni di distanza da un intervento chirurgico; credo che in un'ipotesi del genere egli non possa che essere assolto, perchè la legge riconosce un indennizzo per le trasfusioni che hanno provocato infezioni fino a tre anni, quindi mi sembra incredibile che sia stato condannato.

PRESIDENTE. In quel caso, però, il nesso causa-effetto era immediato, perchè dopo alcuni mesi dalla trasfusione il paziente cominciò a sentirsi male.

CAMPUS. Quindi quel chirurgo è stato condannato non perchè la trasfusione ha prodotto l'infezione dopo sette anni, ma semplicemente dopo un *iter* processuale, chiamiamolo così, di tale durata.

Io credo che i centri privati debbano avere sezioni distaccate. Per quanto mi riguarda, ho esperienza di case di cura in cui esiste il distacco di un medico del centro trasfusionale dell'ospedale regionale, dell'ospedale azienda, che opera nella casa di cura soprattutto per

quanto riguarda l'autotrasfusione, perchè questa non ha bisogno dei *test* di *screening* e quindi non impone alla casa di cura spese di tale tipo.

A me risulta (e qui vorrei il supporto sia del professor Mandelli che del collega Mulas, che è un trasfusionista) che i flaconi di sangue ricavati dall'autotrasfusione non possono essere utilizzati in nessuna maniera per altri pazienti perchè non sono stati testati. Chiedo al professor Mandelli se siano utilizzabili almeno per gli emoderivati.

MANDELLI. No, perchè il *test* va effettuato subito e, se non è stato eseguito, non è più possibile farlo in seguito.

CAMPUS. Grazie. Sono d'accordo sulla possibilità di decentrare i centri di raccolta, ma ci deve essere anche un buon sistema di coordinamento.

Io credo quindi che in ogni provincia, non di più, deve esistere un centro di raccolta e di coordinamento, poi naturalmente ci sarà il centro regionale.

MANDELLI. Lei ha osservato con esattezza che la legge c'era e se fosse stata applicata ne sarebbe derivato un enorme vantaggio.

Io ho la fortuna di dirigere un reparto di ematologia e un centro trasfusionale del Policlinico, che era prima ospedaliero e poi è diventato universitario, in cui operano quasi tutti i medici che hanno lavorato con me; il rapporto dovrebbe essere perfetto, ma non è così. A mio parere, dovrebbe essere attivato il progetto formulato dal professor Sirchia e realizzato a Milano. Non basta prevedere il comitato trasfusionale, che è stato reso operativo solo parzialmente, non in tutti i centri e con le persone sbagliate (perchè non si può destinare il primario di un centro di cardiocirurgia ad una struttura del genere, bensì un assistente, che effettivamente andrà alle riunioni e lavorerà attivamente).

A mio parere l'aspetto più importante è che vi sia un responsabile anche nella casa di cura privata; non è difficile perchè la struttura è unica e quindi sarà unico anche il responsabile delle trasfusioni. Ma in un policlinico universitario in cui vi sono ortopedia, quattro divisioni di chirurgia, cardiocirurgia, ematologia, oncologia, pediatria, medicina interna, se l'interlocutore del centro trasfusionale fosse uno solo, sarebbe un disastro. Bisogna che in ogni reparto in cui si utilizzano tante unità di sangue ci sia un responsabile.

Bisogna però avere la possibilità di far funzionare questo raccordo. Al riguardo le possibilità sono due: o chi sbaglia paga o chi lavora bene viene premiato. Se non si percorre una di queste due strade, mettiamo quelli che lavorano bene allo stesso livello di quelli che lavorano male e non cambieranno mai la situazione. Se l'interlocutore di reparto lavora bene, deve essere confermato, gratificato nel suo lavoro, ricevere delle incentivazioni ma, se lavora male, deve essere cambiato. Questo può essere uno dei modi per far funzionare bene la legge n. 107.

Circa le case di cura, sono pienamente d'accordo nel prevedere una struttura pubblica centralizzata. Nelle case di cura, più che un'unità, si potrebbe prevedere un medico distaccato, un trasfusionista o un ematologo che abbia la responsabilità delle autotrasfusioni, dell'assegnazione di sangue che arriva già tipizzato o che viene tipizzato in quella sede (è

un problema ancora aperto), delle restituzioni del sangue non utilizzato, del fatto che il sangue prelevato per autotrasfusione non venga dato a un altro malato dietro pagamento. Infatti, quando diciamo che la casa di cura potrebbe essere gravata da costi maggiori, dobbiamo pure considerare che i soldi le vengono dati dal malato. Come ho letto sui giornali, una trasfusione a Roma veniva a costare fino a 160.000 lire al centro e fino a 1.100.000, 1.200.000 o 1.300.000 lire al malato.

CAMPUS. L'ultima denuncia di ieri riporta 360.000 lire.

MANDELLI. È poco: magari fossero solo 360.000 lire! Questo prezzo veniva pagato anche se la trasfusione non veniva fatta, visto che alcune case di cura mettevano nel conto anche l'unità prelevata e non trasfusa.

Nell'ambito del costo della trasfusione si può tranquillamente prevedere una parte da destinare al medico, che non ho capito perchè non deve essere pagato. Il medico è un professionista, eppure in tutte le nostre cliniche c'è gente che lavora da dieci anni e non guadagna una lira.

Per quanto concerne l'intervento dello Stato, citavo la Scavo proprio per quel motivo: l'avevamo e, se ce la fossimo tenuta, probabilmente quella sua idea sarebbe bastata a potenziarla.

Infine, sono bergamasco ma mi sento ormai profondamente romano perchè vivo in questa città da quarant'anni. A Bergamo c'è un solo centro trasfusionale, però esiste una coscienza della donazione del sangue straordinariamente alta. Pensate che il centro prelievi è addirittura al di fuori dell'ospedale e viene gestito dall'Associazione donatori; nell'ospedale si fanno solo le plasmaferesi, le tipizzazioni, le assegnazioni del sangue. Le possibilità sono tante, basta avere la materia prima e questa è fatta di due cose: donatori e personale che possa lavorare e sia in numero sufficiente per lavorare bene.

XIUMÈ. Signor Presidente, dopo l'introduzione del professor Mandelli, che ha avuto il merito della chiarezza e della sintesi, non ci sarebbero domande da fare. Tuttavia sono un vecchio donatore di sangue e sono anche un ex chirurgo. Le chiedo allora: facciamo un uso giusto, oculato del sangue?

MANDELLI. La sua domanda è giustissima.

XIUMÈ. Le premetto che ho esercitato la mia attività di chirurgo in una provincia della Sicilia che rappresenta un'oasi perchè il centro dell'Avis, alla cui formazione ho contribuito, e il centro trasfusionale di Ragusa funzionano ed è stata quasi raggiunta l'autosufficienza. Tuttavia, però, non riusciamo ad incidere sul buon uso del sangue. Si preferisce usarlo *in toto* quando si potrebbero usare solo i globuli rossi. Abbiamo le apparecchiature per la plasmaferesi e non riusciamo a convincere la gente a donare il plasma anzichè il sangue. Quale è la sua esperienza al riguardo?

MANDELLI. La previsione di un responsabile di reparto tende proprio a favorire il buon uso del sangue. In altre parole, il chirurgo, l'inter-

nista, l'ematologo che chiedono il sangue hanno a disposizione un programma che potrebbe anche essere computerizzato. Viene fatta la richiesta e, se questa non corrisponde alle regole stabilite da quel volume che è stata stampato ormai da tre anni (si intitola «Buon uso del sangue» ma nessuno lo legge o lo conosce), viene negato il sangue richiesto per il reparto. Faccio un esempio. Il medico chiede il sangue perchè a suo parere il malato è grave e ne ha bisogno. Il sangue viene mandato previa discussione tra il medico richiedente e il trasfusionista, che cerca di persuaderlo sulla non utilità della trasfusione: se l'interlocutore è intelligente si convince, se invece non si convince continua ad insistere. A quel punto deve intervenire il comitato trasfusionale a stabilire che quell'interlocutore di reparto non è in grado di ordinare bene il sangue.

Circa l'uso oculato, le posso dire che per fortuna le cose sono enormemente migliorate. Ad esempio, molti trasfusionisti italiani hanno recentemente fatto uno studio controllato - che è ancora in corso - sulla necessità di utilizzare le piastrine nelle leucemie acute. Fino a dieci anni fa ero io il primo a dire che occorreva dare le piastrine per prevenire l'emorragia; oggi si sa che finchè le piastrine non sono molto basse (addirittura al di sotto delle 10.000) o non ci sono emorragie, le piastrine non devono essere trasfuse. Vi sono quindi un risparmio, rischi diminuiti per i donatori e enormi vantaggi nel buon utilizzo del sangue.

Parliamo dell'ematologo, che dovrebbe essere il medico più bravo ad utilizzare il sangue (ma non è sempre così). Una volta il paziente con anemia emolitica autoimmune che aveva cinque grammi di emoglobina veniva trasfuso; oggi no perchè si sa che è meglio non trasfonderlo. Questo dipende dal fatto che - come avete detto un po' tutti voi - bisogna migliorare la preparazione, la coscienza, la serietà e l'onestà di tutti.

Circa la separazione del sangue, se potete fare qualcosa al riguardo, vi pregherei di sottolineare che oggi non è più concepibile donare il sangue intero. Un centro trasfusionale degno del nome che porta deve assolutamente separare il sangue nelle componenti: plasma, globuli rossi e piastrine. Su questo non c'è dubbio. Tuttavia recentemente mi sono recato in una città molto vicina a Roma per fare una trasfusione e i trasfusionisti disperati mi hanno detto che non avevano una centrifuga. Sono arrivato persino a dire loro di ordinarla ad una industria, di farla mandare e di pagarla poi. Bisogna fare così. Se avessi aspettato l'arrivo di tutto quello di cui avevo bisogno, starei ancora a lavorare in uno scantinato del Policlinico. Bisogna anche avere un po' di coraggio.

Circa la coscienza della plasmaferesi, torna quella differenza di cui abbiamo parlato più volte tra regioni del Nord e del Centro-Sud. Nelle regioni settentrionali sono molto più avanzati nell'utilizzo di tale tecnica e io non sarei del tutto contrario ad una incentivazione per i donatori di plasma, magari con la concessione di un giorno di ferie in più: anche in questo modo si potrebbero ottenere dei risultati.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome di tutta la Commissione il professor Mandelli per il contributo prezioso che ha voluto offrirci.

Passiamo ora all'audizione del professor Giuseppe Mulas, che ringrazio per avere aderito al nostro invito.

Lei ha potuto sentire quanto ci ha detto un ematologo di fama mondiale che opera in una grande città.

Nella sua veste di medico specialista in ematologia e medicina trasfusionale di una città piccola come Olbia, ha qualcosa da aggiungere? Inoltre, vorrei sapere se ritiene giusta questa campagna denigratoria nei confronti dei medici e delle strutture sanitarie e fondato questo clima di allarme sociale per i reali e presunti pericoli legati alle trasfusioni.

MULAS. Devo dire che le critiche rivolte ai centri trasfusionali, che stanno funzionando molto bene, sono per il 90 per cento prive di fondamento. Pittusto si tratta di snellire - e ciò rappresenta un problema per gli operatori dei servizi trasfusionali - la legge n. 107 del 1990, che determina una dispersione e parcellizzazione di responsabilità in quanto troppo carica di riferimenti tecnici. È come se venisse specificato per legge come debba essere effettuato dal chirurgo il taglio per un'appendicectomia. Questo è uno dei motivi per cui a quella legge non è stata data piena attuazione. In base ad essa il medico è responsabile di compiti che non riguardano la sua attività. Mi riferisco, ad esempio, all'utilizzo delle sacche di sangue. Il primario del centro trasfusionale deve rispondere del numero delle sacche che entrano nel centro trasfusionale e di quante ne sono state utilizzate; si deve occupare del plasma che viene ceduto alle ditte e deve firmare addirittura la bolla di accompagnamento. Lo stesso discorso deve essere fatto per le sacche di sangue scadute. È giusto che il medico apponga la propria sigla sul flacone o sulla sacca di sangue scaduto, ma ritengo che non sia responsabile dell'accertamento del loro effettivo smaltimento nè di come quest'ultimo venga effettuato. È pressochè impossibile per un medico occuparsi di tutto ciò. Quando i Nas hanno effettuato dei sopralluoghi nelle strutture ospedaliere si sono rivolti al medico per sapere per quale motivo una parete non era stata imbiancata o il frigorifero non funzionava bene, cioè si sono occupati non di ciò che è di competenza del medico, ma di quegli aspetti che, a mio avviso, il medico forse dovrebbe solo controllare.

Si deve tener presente che quasi tutte le regioni ancora non hanno emanato i piani sanitari regionali, e quindi i piani sangue, e che in molte regioni non sono stati istituiti i centri che dovrebbero svolgere compiti di coordinamento. Inoltre bisogna considerare le carenze che presenta la normativa attualmente vigente. Ritengo che occorra tenere rigorosamente distinti i momenti dell'assegnazione e della trasfusione del sangue da quelli della raccolta, del controllo, della conservazione e della distribuzione del sangue. L'assegnazione del sangue viene effettuata mediante le prove di compatibilità ed in questo caso il medico si deve assumere le proprie responsabilità. Personalmente considero la trasfusione del sangue una prestazione prettamente medica: quindi può essere effettuata da qualsiasi medico che se ne assume la responsabilità. Invece, come ha detto anche il giudice Amendola, si vuole impedire che le trasfusioni possano essere effettuate presso le case di cura private, e ciò noi non lo possiamo assolutamente accettare.

Onorevoli senatori, se i due momenti, a cui mi sono riferito, venissero scissi e tenuti rigorosamente distinti, verrebbero meno tutti quegli equivoci che si sono verificati in relazione all'utilizzo del sangue. Comunque, è anche importante che venga compiuto ogni sforzo per incre-

mentare una cultura trasfusionale. È vero che presso molte strutture ospedaliere sono stati istituiti dei comitati per il sangue, ma ancora oggi è assente nella tradizione accademica della medicina italiana una valida cultura trasfusionale. Ricordo che nell'insegnamento della medicina, nella nostra formazione di medici, non è previsto alcun passaggio che riguardi la medicina trasfusionale; ciò si ripercuote nell'attività che si svolge nei reparti (l'effettuazione di una fleboclisi ad un paziente viene delegata alla caposala e per richiedere il sangue al centro trasfusionale viene inviato l'ausiliario meno capace). Tutti sappiamo che se l'unità di sangue viene utilizzata bene, è sorgente di vita, ma se viene utilizzata male può determinare molti danni, come quelli che si sono registrati ultimamente.

Devo fare lo stesso discorso per quanto riguarda il momento del prelievo. La nuova normativa dà giustamente molta importanza al rapporto tra medico e donatore. Ma se poi le raccolte di sangue vengono effettuate in locali non idonei, da medici pagati «a gettone» e non viene garantita la presenza e la disponibilità degli stessi medici, viene meno il fondamentale rapporto di fiducia e confidenza tra il medico e il donatore (tutti quanti sappiamo che il donatore dirà soltanto al medico che conosce se ha avuto un rapporto sessuale a rischio). La raccolta, la conservazione e la distribuzione del sangue deve essere effettuata solo da strutture pubbliche: è un aspetto su cui non transigo; gli altri momenti, invece, possono essere demandati anche alle case di cura private.

Questi sono i motivi che hanno causato lo scandalo del sangue, anche se in questo caso bisogna tener presente che tra i centri trasfusionali vi sono quelli che operano nelle città dove non esistono case di cura private e quindi non vi sono problemi di cessione. Vi sono invece molti centri trasfusionali di piccoli ospedali che svolgono questo compito efficacemente perchè si sono specializzati solo ed esclusivamente nell'utilizzo massimale di sangue.

PRESIDENTE. L'ospedale di Olbia deve rifornire di sangue altri ospedali?

MULAS. L'ospedale di Olbia si deve occupare dell'ospedale de La Maddalena, dove è stato organizzato un frigorifero-emoteca che viene rifornito di sangue, possibilmente del gruppo «0 negativo», per gli interventi di urgenza. Forse questo è un errore perchè se tutto il sangue «0 negativo» viene destinato agli ospedali periferici e decentrati, poi le strutture ospedaliere centrali ne rimangono sprovviste.

PRESIDENTE. Professor Mulas, vorrei conoscere la sua opinione sulle autotrasfusioni. A suo avviso è giusto che nell'ospedale de La Maddalena vengano effettuate autotrasfusioni, oppure è meglio che il paziente venga trasferito nell'ospedale di Olbia?

MULAS. A mio avviso, tutti gli ospedali devono avere la possibilità di effettuare *in loco* autotrasfusioni, purchè vengano controllate. Se noi vogliamo privilegiare le autotrasfusioni, come sta avvenendo a livello mondiale, è logico che devono poter essere effettuate in tutti

gli ospedali; è necessario però che vi siano dei medici che se ne occupino in modo particolare.

Per quanto riguarda il riutilizzo del sangue, un tempo – soprattutto negli ospedali dove non si raggiungeva l'autosufficienza – si tendeva ad impiegare anche il sangue ricavato dalle autodonazioni. Siamo stati noi stessi a rinunciarvi perchè la legge dispone che il sangue deve essere donato da una persona sana e normale, ed è di tutta evidenza che se un soggetto è ricoverato in ospedale del tutto sano non è, senza contare che, rispetto a determinate malattie, quali l'eritremia, non conosciamo l'evoluzione possibile.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Mulas per la disponibilità manifestata e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 19,10.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA