

Mi vedo ancora una volta costretta, sempre per amore della verità, a tornare sulla scandalosa vicenda della distruzione delle cellule cordonali di Matera, dopo aver appreso dagli organi di stampa e di informazione quanto dichiarato dal dott. Alessandro Nanni Costa, Direttore del Centro Nazionale Trapianti, in merito alla distruzione necessaria(?) dei cordoni stoccati in ben 4 contenitori di azoto liquido, *a causa delle inadeguate modalità di conservazione*.

La direzione strategica della Asl 4, rendendo note le dichiarazioni di Nanni Costa, ha inteso fare chiarezza (?) sull'intera vicenda, ma devo, purtroppo, con rammarico, constatare che le conclusioni a cui è pervenuto il dott. Costa, non hanno aggiunto nulla di nuovo a quanto affermato dalla Asl 4 di Matera a seguito delle denunce e delle richieste avanzate dalla sottoscritta, nonché di alcuni articoli apparsi su due delle più importanti testate giornalistiche nazionali, quali Il Sole 24 ore e Il Corriere della Sera.

Nel ricordare che l'intera vicenda è venuta fuori solo dopo queste denunce (la mia prima richiesta di chiarimenti è datata 30 agosto 2006, nonostante la dimissione delle staminali fosse stata di gran lunga antecedente (22 febbraio 2006), come risulta dal verbale di distruzione, prodotto da una Commissione mista aziendale e regionale (non si sa da chi istituita, in quale data, con quali criteri e con quali competenze in materia), devo annotare che non è stato chiarito assolutamente nulla e che restiamo ancora in attesa di conoscere la verità, tutta la verità.

In particolare, le verifiche effettuate dalla Commissione e fatte proprie da Nanni Costa hanno evidenziato avarie di funzionamento dei frigo congelatori, nonché la presenza di numerose provette rotte, provette che, devo segnalare, non contenevano cellule cordonali utili al trapianto, ma semplicemente siero per eseguire esami di laboratorio. Le avarie riscontrate si riferivano sostanzialmente (a quanto risulta dal verbale di distruzione) al mancato funzionamento delle elettrovalvole che segnalavano l'abbassamento del livello di azoto liquido e ne attivavano il conseguente rifornimento automatico. Qualora l'elettrovalvola non funzionava, non si attivava il rifornimento automatico dell'azoto liquido, ma un allarme segnalava che mancava l'azoto, così come una normale spia del livello di benzina delle auto segnala la mancanza di benzina. Quando si accende la spia è necessario fare benzina e non rottamare l'auto, considerato il suo valore economico. Così, quando si abbassava il livello dell'azoto liquido e non si attivava il rifornimento automatico, per guasto dell'elettrovalvola, occorreva procedere ad un rifornimento manuale, ovviamente in attesa della riparazione del guasto. Se poi l'allarme non funzionava, allora bisognava ricorrere ad un controllo manuale del livello di azoto, come quando si controlla il livello dell'olio nell'auto e si provvede al rifornimento.

Tutte queste procedure erano state regolarmente seguite, durante tutti i lunghi anni di permanenza dei contenitori presso il Centro di Microcitemia e di ciò esiste ampia documentazione, della quale, evidentemente, non è stata fatta prendere visione al dott. Costa a cui sono state fornite dalla Asl 4 informazioni parziali e fuorvianti, che, probabilmente, gli sono bastate per chiudere la faccenda.

Non è stato affatto messo in evidenza che, nel momento del trasferimento delle cellule al Centro trasfusionale, era di competenza del nuovo responsabile provvedere ad accertare gli eventuali guasti e a chiederne la riparazione o ad attivare le procedure sopra descritte, che ci sembrano davvero così banali da non richiedere competenze tecniche molto avanzate.

Se una volta accertati i guasti non si è provveduto a ripararli o a sopperire con procedure alternative è ovvio che il materiale conservato nei contenitori si è deteriorato. Se così è, ci sembra doveroso accertare le eventuali responsabilità di chi era deputato alla conservazione delle cellule perché credo, da profana, che se in ospedale si verificano dei guasti alle apparecchiature, come è normale che accada, si provvede alla segnalazione ed alla riparazione, tanto più immediata quanto più gravi possono essere le conseguenze del mancato funzionamento. E i danni eventualmente procurati ad un paziente, a causa del mancato funzionamento dell'apparecchio sono ascrivibili a chi quell'apparecchio aveva il dovere di farlo funzionare, ma questo lo capisce anche un bambino.

Ora è logico chiedersi:

- la Asl 4 ha appurato queste responsabilità? Come?
- il responsabile delle cellule staminali ha segnalato il guasto: quando? a chi?

- l'azienda ha provveduto alla riparazione? Quando? Come? Se non lo ha fatto, perché?
-era possibile, in presenza di eventuali guasti, ricorrere a procedure alternative, per salvaguardare la conservazione ed evitare di buttare nella spazzatura 500 sacche di cordoni ombelicali, che potevano salvare la vita di persone in attesa di trapianto di midollo osseo?

E come mai tutti questi problemi sono venuti fuori solo dopo che la banca delle staminali è stata trasferita dal Centro di Microcitemia, diretto dal dott. Carlo Gaudiano, al Centro trasfusionale, diretto dal dott. Giannella? E' stata verificata la competenza, in materia di cellule staminali cordonali, del nuovo Responsabile? Visto quanto accaduto, il trasferimento delle cellule staminali al Centro Trasfusionale è stato opportuno? A chi ha giovato? Quali risultati ha prodotto?

Bisogna rispondere a queste domande e non basta dire che, siccome le cellule erano mal conservate, sono state distrutte ed in tal modo chiudere definitivamente la vicenda.

Si afferma che il dott. Nanni Costa ha preso visione di tutta la documentazione della Asl. E perché questa documentazione non viene resa pubblica, com'è giusto che sia, se davvero si vuole sgombrare il campo da tutte le contraddizioni, le bugie e le incongruenze manifestate in questa vergognosa vicenda?

Io personalmente, in qualità di donatrice del mio cordone ombelicale e di rappresentante legale di un'associazione di volontariato che si occupa di cellule staminali emopoietiche, esercitando il mio diritto di accesso agli atti, ho chiesto di prendere visione di tutta la documentazione relativa alla banca di cordoni, richiesta negata con la motivazione che si trattava di atti interni all'azienda.

Questo non mi sembra molto in linea con la volontà di chiarezza, di trasparenza, di verità, più volte invocata dall'azienda, che si lamenta di essere stata screditata dalle informazioni scorrette di alcuni giornali, ma continua ad alimentare dubbi e perplessità, che potrebbero essere fugati immediatamente, producendo tutti gli atti formali che attestano la correttezza delle procedure messe in atto, dall'inizio alla fine.

Il comportamento ambiguo della Asl 4 non mi sembra neanche rispettoso nei confronti di quelle cittadine utenti che hanno compiuto un gesto di solidarietà e di altruismo, donando il proprio cordone e che hanno dovuto apprendere dal Sole 24 ore e dal Corriere della Sera della inutilità del loro gesto.

Ci sono delle grosse responsabilità: amministrative, contabili e penali.

Ma soprattutto ci sono delle responsabilità ancora più gravi che sono le responsabilità morali di chi non ha esitato a distruggere quelle cellule salvavita.

E queste responsabilità dovranno essere accertate e perseguite; per questo, data la totale mancanza di risposte, da parte dell'Azienda e, **soprattutto, da parte della Regione Basilicata**, il cui silenzio in questa vicenda è davvero singolare e vergognoso, ho provveduto a presentare un esposto alla Procura della Repubblica.

Infine alcune precisazioni.

La direzione della Asl 4 ha incontrato le associazioni di volontariato interessate alle specifiche problematiche (Avis e Admo), ma non ha invitato all'incontro la Doms, l'unica associazione che si è **davvero e con insistenza** interessata alla vicenda. Come mai?

Ancora: l'Azienda sostiene che la Banca di Matera non risulta censita tra quelle riconosciute dal Centro Nazionale Trapianti e dall'Istituto superiore della Sanità.

Vorrei puntualizzare, per i non addetti ai lavori, che le procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie sono cosa assai complessa e non inficiano il funzionamento delle stesse, tant'è che, nonostante la Banca non fosse accreditata a livello nazionale, ciò non ha impedito al Prof. Franco Locatelli, trapiantologo di fama internazionale, di utilizzare alcune delle sacche cordonali di Matera, che hanno permesso di salvare la vita a due bambini gravemente ammalati.

E comunque la Banca delle staminali di Matera era in fase di accreditamento a livello internazionale, essendo state attivate e rispettate tutte le procedure previste.

E voglio anche far presente che lo stesso Laboratorio di tipizzazione tissutale di Matera, l'unico in tutta la regione, non risulta ancora accreditato, ma ciò non gli ha impedito **fortunatamente**, di funzionare, da oltre un ventennio, a vantaggio di tutti i pazienti e nessuno si è mai sognato di

chiuderlo. E questo vale, probabilmente per tante altre strutture sanitarie, presenti sul territorio nazionale.

In conclusion, le dichiarazioni del dott. Costa non hanno fugato per nulla le numerose ombre intorno a questa vicenda legalmente ed eticamente inaccettabile, che, evidentemente, dovrà essere chiarita in altre sedi.

Rosa Viola
Presidente di
doMos Basilicata "Francesca Lombardi"