

RELAZIONE 2010

Intramoenia, cure lampo

Attese fino a 30 volte inferiori - Parti e cuore i più richiesti

Il 70-80% delle visite in intramoenia ha attese che non superano i sette giorni in base al rapporto 2010 dell'Osservatorio nazionale sulla libera professione. Le stesse visite in attività istituzionale raggiungono anche i 210 giorni secondo il rapporto Pit 2011 di Cittadinanzattiva. Per non parlare della diagnostica strumentale e di laboratorio - risonanze e Tac in testa - che se non è in

intramoenia ha raggiunto punte anche di 10 mesi.

Le prestazioni più richieste in libera professione sono i parti cesarei in ricovero, dove l'intramoenia pesa per meno dell'1% sul totale delle prestazioni, mentre a livello ambulatoriale, che vale l'8% di visite e analisi, la specialità più gettonata è la cardiologia.

A PAG. 8-9

RELAZIONE 2010/ Tra le prestazioni più richieste i cesarei e le visite cardiologiche

Parti e cuore in intramoenia

Il 70% di interventi ambulatoriali entro 7 giorni contro i 210 dell'attività istituzionale

La prestazione più gettonata in ricovero è il parto cesareo, in ambulatorio la visita cardiologica. Chi sceglie l'intramoenia ottiene una visita e/o una analisi nella maggior parte dei casi entro una settimana (il 70% in media, con punte oltre l'80% per le visite otorinolaringoiatriche e poco più del 60% per le risonanze magnetiche) contro una media rilevata da Cittadinanzattiva per le stesse prestazioni (non in urgenza) che arriva anche a code dai 6 agli 8 mesi per le visite e oltre 10 mesi per la diagnostica strumentale e di laboratorio. A livello di grandi aggregati di diagnosi i settori dove l'intramoenia è più richiesta oltre gravidanze e parti sono le patologie dell'apparato riproduttivo maschile e femminile e i problemi muscolo-scheletrici.

Dalla relazione 2010 dell'Osservatorio nazionale sull'attività libero-professionale (si veda anche *Il Sole-24 Ore Sanità n. 4/2012* e www.24oresanita.com) emerge uno spaccato di cosa si richiede di più in intramoenia e dei tempi di attesa per alcune prestazioni campione.

I ricoveri. L'utilizzo dell'intramoenia si ferma allo 0,5% dei ricoveri totali: 38.089 nel 2009 (ultimo anno disponibile). Le prestazioni più richieste sono i parti cesarei e gli interventi sulla tiroide per i riko-

veri per acuti in degenza ordinaria.

Un mix di interventi su orecchio, naso e gola, gli interventi sui testicoli e quelli sull'utero non per tumori sono invece i più richiesti in day hospital, dove però le prestazioni in intramoenia si fermano a 6.477, lo 0,2% del totale. E dove tra i primi 60 Drg più utilizzati ce ne sono alcuni (5) per i quali la richiesta di intramoenia è nulla.

Esaminando i ricoveri in intramoenia per grandi gruppi di diagnosi (Mdc), al settore gravidanza e parti si affianca quello delle malattie dell'apparato genitale maschile, seguiti dalle patologie dell'apparato genitale femminile e dalle malattie del sistema muscolo-scheletrico.

La specialistica e le liste d'attesa. È il settore dove l'intramoenia è più utilizzata. Anche perché è quello in cui si allungano le liste d'attesa: Cittadinanzattiva nel suo rapporto Pit salute 2011 indica code da 10 mesi per una Rm o una Tac, da 8 mesi per una visita oculistica, 7,5 per una cardiologica e 6 mesi per una visita ortopedica. Secondo una rilevazione campione effettuata dall'Osservatorio nazionale sull'attività libero-professionale, nei cinque giorni di dicembre 2011 in cui sono stati rilevati i dati relativi alle prenotazioni di intramoenia, le visite specialistiche richieste per le quattro

specialità campione (cardiologia, oculistica, ortopedia e otorinolaringoiatria) sono state oltre 26mila (rapportate all'intero anno e considerando tutte le altre specialità raggiungono circa 2,6 milioni, l'8% circa delle visite specialistiche ambulatoriali), mentre le indagini diagnostiche campione (risonanze e Tac a varie aree del corpo: v. tabella a pagina 8) sono state 1.792. Un dato è subito evidente dalla tabella: mentre le visite specialistiche sono in calo rispetto al 2009, le indagini diagnostiche sono in netto aumento.

Un risultato che si riflette sulla rilevazione dei tempi di attesa per l'intramoenia: le visite sono concentrate per la maggioranza entro quindici giorni e solo pochi casi vanno oltre il mese, mentre per le indagini diagnostiche (si veda grafico) c'è circa il 30% di prestazioni (risonanze) le cui attese superano i due mesi.

A livello regionale i record positivi di attesa per visite specialistiche si hanno nelle Marche, dove per una visita ortopedica quasi il 70% di richieste viene evaso nello stesso giorno e la maggior parte di tutte le tipologie di visita (circa l'80% in media) non supera la settimana. Anche nel settore delle indagini le Marche hanno un record positivo con le

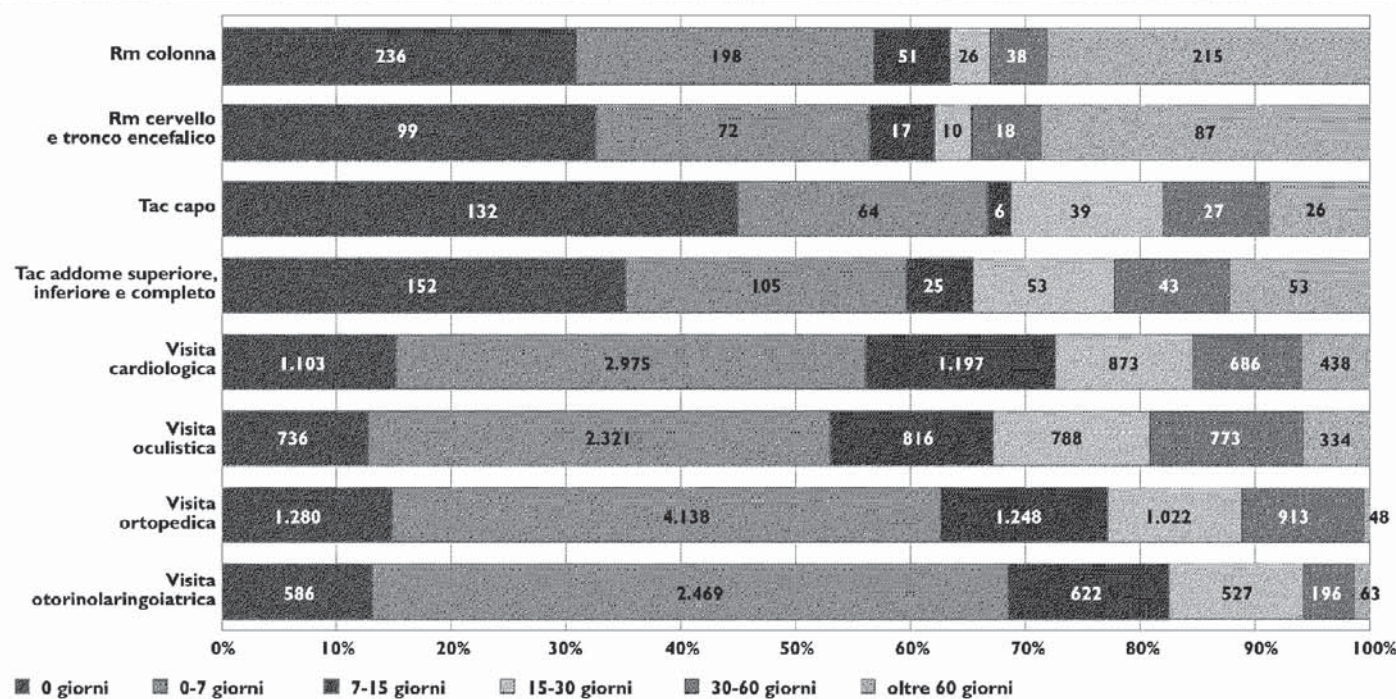
Tac del capo e le risonanze della colonna eseguite per oltre il 90% nella giornata, mentre si registrano record assoluti sulla singola prestazione in Piemonte, dove il 100% di risonanze al cervello e al tronco encefalico in intramoenia è in giornata e - stesso risultato - in Toscana per le Rm alla colonna. Sul versante opposto va male per le visite oculistiche in Umbria, con oltre il 60% di prestazioni che superano i 60 giorni e in Basilicata in cui la stessa sorte tocca al 55% delle Rm alla colonna, al 50% di quelle a cervello e tronco, ma anche al 45% delle visite cardiologiche e a circa il 20-25% di Tac e altre visite specialistiche.

L'andamento economico. La relazione 2010 dell'Osservatorio conferma l'andamento decrescente a partire dal 2007 (anno della legge 120 che regola l'istituto) messo in risalto già dalla relazione generale sulla situazione economica del Paese 2010 (si veda *Il Sole-24 Ore Sanità n. 1/2012*), ma segnala un guadagno maggiore per le aziende sanitarie rispetto a quello evidenziato dall'Economia. Motivo: il dato dell'Osservatorio è riferito al IV trimestre 2010, mentre quello dell'Economia è a consuntivo, come spiega nelle note lo stesso Osserva-

Distribuzione ricoveri in intramoenia per grandi aggregati di diagnosi (Mdc 24) - Ricoveri acuti ordinari e day hospital

Mayor diagnostic category (grandi categorie di diagnosi): ricoveri ordinari e day hospital	In libera professione	% sulla categoria	Mayor diagnostic category (grandi categorie di diagnosi): ricoveri ordinari e day hospital	In libera professione	% sulla categoria
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	2.340	1,0	Traumatismi, avvelenam. ed effetti tossici dei farmaci	168	0,2
Gravidanza, parto e puerperio	8.805	1,0	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	337	0,2
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	3.630	0,8	Altri Drg	156	0,2
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	7.301	0,6	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.027	0,2
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	2.672	0,5	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	648	0,1
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.405	0,5	Pre Mdc	29	0,1
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.612	0,5	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	113	0,1
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.539	0,5	Malattie e disturbi mentali	161	0,1
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.038	0,4	Traumatismi multipli rilevanti	6	0,1
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.497	0,4	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	57	0,0
Malattie e disturbi dell'occhio	1.404	0,3	Ustioni	1	0,0
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.368	0,3	Abuso di alcol/droghe e dist. mentali organici indotti	11	0,0
Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.231	0,2	Malattie e disturbi del periodo neonatale	9	0,0
			Infezioni da Hiv	1	0,0
			Totale generale	44.566	0,4

Attese medie a livello nazionale nei cinque giorni campione a dicembre 2010 per le prestazioni specialistiche in intramoenia



Ricavi e costi 2004-2010 (migliaia di euro)

Voci economiche	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (*)	2010 (**)
Quota ai medici	815.629	871.813	978.470	1.038.799	1.109.172	1.102.300	1.055.014	1.055.724
Quota alle aziende	115.696	138.321	169.701	202.095	148.991	162.478	171.744	74.126
Totale	931.325	1.010.134	1.148.171	1.240.894	1.258.163	1.264.778	1.226.758	1.129.850

Fonte dal 2004 al 2009: Relazione 2010 Osservatorio nazionale attività libero-professionale e Relazione sulla situazione economica del Paese (vari anni) su dati a consuntivo Mod. Ce. (*) Fonte: Relazione Osservatorio nazionale attività libero-professionale su dati IV trimestre Mod. Ce. (***) Fonte: Relazione sulla situazione economica del Paese 2010, ministero dell'Economia su dati a consuntivo Mod. Ce.

torio. Così le Regioni che hanno chiesto ai medici prestazioni in libera professione a loro carico per ridurre le liste d'attesa, contabilizzano le uscite a consuntivo e per questo la differenza è emersa in una seconda fase rispetto ai calcoli dell'Osservatorio. Un effetto evidente anche dalle precedenti relazioni dell'Osservatorio: nella stessa situazione si dava un incasso 2008 di 175,4 milioni per le aziende, assestato poi

a consuntivo a 148,9 milioni o anche nel 2009 in cui si sfioravano i 164 milioni al IV trimestre e ci si è assestati a poco più di 162 a consuntivo. La differenza più elevata del 2010 è da attribuire al fatto che negli anni precedenti le Regioni che riconavano all'intramoenia per ridurre le liste d'attesa erano meno e quindi dai bilanci consuntivi emergevano differenze inferiori. Tuttavia nonostante le differenze mini-

me di incassi per le aziende, dai dati si conferma l'utilizzo dell'intramoenia soprattutto per ridurre le liste d'attesa e il trend decrescente di incassi per la riduzione delle prestazioni può essere la cartina di tornasole del fatto che con gli ultimi obblighi sui piani anti-code le Regioni si stanno attrezzando.

Paolo Del Bufalo

Le prime 60 prestazioni in libera professione intramoenia in ricovero ordinario (acuti)

Drg acuti	N. prestazioni intramoenia	% su tot.	Drg acuti	N. prestazioni intramoenia	% su tot.	Drg acuti	N. prestazioni intramoenia	% su tot.
Parto cesareo senza Cc	4840	2,4	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	485	0,6	Malattie cerebrovasc. acute aspecifiche e occlusione pre cerebrale senza infarto	22	0,1
Interventi sulla tiroide	867	2,2	Minaccia di aborto	199	0,4	Setticemia senza ventilazione mecc. = 96 ore, età > 17 anni	21	0,1
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza Cc	515	1,6	Int. su anca e femore, eccetto articolaz. maggiori, età > 17 anni senza Cc	162	0,4	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza Cc	36	0,1
Interventi su dorso e collo eccetto per artrosi vertebrali senza Cc	516	1,4	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	153	0,3	Ischemia cerebrale transitoria	36	0,1
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza Cc	1.576	1,4	Calcolosi urinaria con Cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	84	0,3	Cirrosi e epatite alcolica	24	0,1
Interventi su ano e stoma senza Cc	568	1,3	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza Cc	242	0,3	Dolore toracico	25	0,1
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	999	1,1	Appendicectomia con diagnosi princip. non complicata senza Cc	85	0,3	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con Cc	18	0,1
Interventi ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza Cc	813	1,1	Malattie degenerative sistema nervoso	102	0,2	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con Cc	35	0,1
Interventi via transuretrale senza Cc	566	1,1	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	155	0,2	Malattia polmonare cronica ostruttiva	39	0,1
Interventi sui tessuti molli senza Cc	344	1,0	Malattie delle vie biliari senza Cc	73	0,2	Insufficienza cardiaca e shock	93	0,0
Colecistectomia laparoscopica senza esploraz. d'orto biliare comune senza Cc	731	0,9	Neoplasie dell'apparato respiratorio	94	0,2	Aritmia e alteraz. cond. cardiaca con Cc	18	0,0
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	429	0,9	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	103	0,2	Edema polmonare e insuff. respiratoria	45	0,0
Legatura e stripping di vene	314	0,9	Non attribuibile ad altro Drg	73	0,2	Emorragia intracran. o infarto cerebrale	37	0,0
Interventi sul piede	425	0,8	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con Cc	45	0,1	Insufficienza renale	21	0,0
Parto vaginale senza diagnosi complic.	2.626	0,8	Affezioni mediche del dorso	60	0,1	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	15	0,0
Escissione locale e rim. mezzi di fissaz. interna eccetto anca e femore senza Cc	283	0,8	Psicosi	94	0,1	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	9	0,0
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	995	0,7	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	31	0,1	Bronchite e asma, età < 18 anni	2	0,0
Interv. su mano o polso eccetto inter. maggiori sulle articolazioni, senza Cc	248	0,7	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	34	0,1	Neonati con altre affezioni significative maggiori, dimessi vivi	3	0,0
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	398	0,7	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	35	0,1	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	1	0,0
Interv. su arto inf. e omero no anca, piede e femore, età > 17 anni senza Cc	341	0,7				Otitte media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1	0,0
Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza Cc	194	0,6				Totale primi 60 Drg	21.397	0,6
						Totale generale	36.089	0,5

Le prime 60 prestazioni in libera professione intramoenia in day hospital (acuti)

Drg day hospital	N. prestazioni intramoenia	% su tot.	Drg day hospital	N. prestazioni intramoenia	% su tot.	Drg day hospital	N. prestazioni intramoenia	% su tot.
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	173	0,7	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età >17 anni	52	0,2	Altre mal. occhio, età >17 anni senza Cc	9	0,0
Interventi su testicolo non per neoplasie maligne, età >17 anni	96	0,6	Trapianti pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza Cc	143	0,2	Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	7	0,0
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza Cc	391	0,6	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	283	0,2	Altri fatt. che influenz. lo stato di salute e immunitario senza Cc	25	0,0
Dilatazione, raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	351	0,5	Affezioni mediche del dorso	31	0,2	Disturbi sistema reticoendoteliale e immunitario senza Cc	4	0,0
Interventi su vagina, cervice e vulva	84	0,5	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 anni senza Cc	54	0,2	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie apparato digerente, <18 anni	5	0,0
Legatura e stripping di vene	206	0,4	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 anni senza Cc	25	0,2	Anomalie dei globuli rossi, età >17 anni	8	0,0
Interventi su ano e stoma senza Cc	110	0,4	Escissione loc. e rimoz. mezzi di fissaz. interna eccetto anca e femore senza Cc	57	0,2	Difetti congeniti del metabolismo	3	0,0
Interventi ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza Cc	246	0,4	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	330	0,2	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	4	0,0
Interventi sui tessuti molli senza Cc	82	0,4	Interventi perianali e pilonidali	21	0,1	Malattie vascolari periferiche senza Cc	2	0,0
Int. su cristallino con o senza vitrectomia	552	0,3	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	79	0,1	Malattie degenerative sistema nervoso e cefalea, età <18 anni	2	0,0
Biopsia della mammella ed escissione locale non per neoplasie maligne	59	0,3	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	28	0,1	Convulsioni e cefalea, età <18 anni	1	0,0
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	230	0,3	Interventi sulla bocca senza Cc	31	0,1	Malattie del tessuto connettivo senza Cc	1	0,0
Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età >17 anni senza Cc	79	0,3	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età >17 anni	14	0,1	Malattie endocrine senza Cc	2	0,0
Calcolosi urinaria con Cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	66	0,3	Estrazioni e riparazioni dentali	10	0,1	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza Cc	1	0,0
Interv. mano o polso eccetto interv. maggiori su articolaz., senza Cc	158	0,3	Altre diagn. del sist. muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9	0,1	Diabete, età >35 anni	-	-
Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18 anni	42	0,3	Malattie minori della pelle senza cc	14	0,1	Disturbi nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età <18 anni	-	-
Decompressione del tunnel carpale	79	0,3	Assistenza riabilitativa senza anamnesi neoplasia maligna come diagn. second.	13	0,1	Hiv associato o non a pat. correlate	-	-
Interventi sul piede	54	0,3	Non attribuibile ad altro Drg	23	0,1	Cirrosi ed epatite alcolica	-	-
Altri interv. su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza Cc	126	0,3				Diabete, età <36 anni	-	-
						Totale primi 60 Drg	4.487	0,2
						Totale generale	6.477	0,2

Specialistica: singole prestazioni/visite in intramoenia - Confronto 2009-2010 (monitoraggio nei 5 giorni indice a dicembre 2010)

Regioni	Rm della colonna		Rm cervello e tronco encefalico		Tac del capo		Tac addome sup. e inf. e completo		Visita cardiologica		Visita oculistica		Visita ortopedica		Visita otorinolaringoiatrica *	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Abruzzo	2	-	-	-	-	1	-	1	121	128	91	46	152	88	94	94
Basilicata	-	420	-	178	-	178	-	246	65	719	26	683	45	540	445	445
Calabria	-	-	-	-	1	-	-	-	264	278	237	84	181	232	126	126
Campania	1	-	-	-	3	10	-	13	277	425	196	199	565	641	174	174
Emilia R.	31	31	15	7	6	11	6	2	701	751	641	470	1.366	1.188	491	491
Friuli V.G.	3	4	8	3	2	1	2	1	136	230	55	139	167	242	127	127
Lazio	48	48	43	35	15	30	33	113	724	588	578	695	396	462	235	235
Liguria	5	13	3	2	2	-	-	-	308	188	153	135	376	266	152	152
Lombardia	14	28	9	7	8	11	14	13	1.183	1.025	1.057	845	2.031	1.525	768	768
Marche	44	108	14	38	11	22	6	6	526	329	169	158	282	301	183	183
Molise	22	-	2	-	9	-	3	-	3	12	35	17	37	26	13	13
Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	24	-	24	19	19
Trento	-	-	-	-	-	-	-	-	81	109	359	91	108	171	97	97
Piemonte	6	2	7	4	-	20	-	13	602	585	202	351	776	630	369	369
Puglia	1	-	5	-	1	-	-	-	251	-	136	-	395	-	-	-
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	142	-	449	-	325	-	-	-
Sicilia	52	37	29	14	14	8	21	10	382	196	636	246	688	553	259	259
Toscana	2	1	1	4	3	-	3	4	857	798	87	394	843	759	336	336
Umbria	2	3	-	-	2	1	-	-	161	103	68	78	134	84	30	30
V. d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	6	13	28	17	23	24	-	-
Veneto	1	69	5	11	2	1	2	9	835	784	960	1.096	902	893	545	545
Italia	234	764	141	303	79	294	94	431	7.625	7.272	6.163	5.768	9.792	8.649	4.463	4.463

Fonte: delle tabelle e dei grafici: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Relazione 2010 Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale

(*) Per l'otorinolaringoiatria nel 2009 non erano stati rilevati i volumi di prestazioni.

Protesi al silicone Sospesa l'attività nella clinica privata

Negarono di aver impiantato le Pip: 30 giorni di stop

il caso

MASSIMILIANO PEGGIO

Trenta giorni di sospensione dell'attività medica di day surgery e una denuncia per falso. Sono i provvedimenti a carico di una nota clinica privata di Torino, il Medicenter di via Freidouur, finita negli atti dell'inchiesta del procuratore Raffaele Guariniello per le protesi mammarie francesi Poly Implant Prothese (Pip), prodotte con silicone scadente e considerate pericolose per la salute.

Il caso del Medicenter, dove sarebbero stati effettuati una ventina di impianti, è emerso grazie alle segnalazioni del Codacons, l'associazione consumatori. Il ministero della Salute, il 29 dicembre scorso, raccogliendo l'allarme internazionale sulla pericolosità delle protesi francesi, aveva ordinato ai carabinieri del Nas di rintracciare tutte le strutture pubbliche e private in cui si era fatto uso dei prodotti Pip. La struttura di via Freidouur ha risposto al monitoraggio nero su bianco: «Mai acquistato né impiantato protesi Pip».

Ai militari del Nas il presidente del Codacons torinese, l'avvocato Tiziana Sorriento,

ha segnalato esattamente il contrario. «Alcune donne, una decina - spiegano in associazione - pur non accusando problemi di salute, si sono rivolte a noi preoccupate, dichiarando di essere state clienti della struttura. Le segnalazioni le abbiamo consegnate ai carabinieri». Gli investigatori hanno così scoperto una ventina di impianti, in parte ammessi in seconda battuta dai responsabili del centro medico. La Regione, su segnalazione della procura, ha disposto la sospensione «cautelativa» dell'attività medica per un periodo di 30 giorni.

Per il legale rappresentante della clinica, Franco Romeo, si tratta di un equivoco. «Posso confermare - dice - che Medicenter non ha mai avuto, direttamente, rapporti commerciali con la società francese. I nostri locali vengono spesso dati in "locazione" ai medici per i loro interventi e non sappiamo che tipo di prodotti impieghino. Ecco spiegato il motivo per cui abbiamo risposto ai quesiti in maniera negativa, perché eravamo all'oscuro. Noi non abbiamo mai usato quelle protesi, è la verità. La clinica non c'entra in questa vicenda».

Contro il provvedimento di sospensione, la società sta anche valutando un ricorso. «Riteniamo la decisione eccessivamente punitiva, perché va ampiamente al di là delle nostre reali responsabilità». Al momento sono in tutto 62 le donne, residenti in Torino e provincia, sottoposte a mastoplastiche con prodotti Pip. Una di que-

ste, cliente però di un'altra clinica privata, è tutt'ora in attesa di un intervento al seno: una delle sue protesi è esplosa, rilasciando nel corpo silicone.

Sulla «Stampa»



Il 31 dicembre, sulla scia del caso esploso in Francia, la notizia che il produttore francese delle protesi «Pip», impiantate anche in Italia, è indagato anche dalla procura di Torino.

La nostra salute

di Umberto Veronesi
 direttore scientifico
 Istituto Europeo di Oncologia, Milano



PROTESI PIP: IL PROBLEMA È CHE MANCA IL REGISTRO

AVEVO IL SENO PRATICAMENTE PIATTO, E CON LE PROTESI AL SILICONE MI È SEMBRATO DI RIVIVERE. MA ORA SONO ANGOSCIATA DALL'IDEA CHE ROMPENDOSI POSSANO INNESCARE UN TUMORE.

Jessica D., Bologna

Sia serena: in base ai dati oggi disponibili, che riguardano circa 10 milioni di protesi mammarie impiantate nel mondo, non risulta affatto che la rottura delle protesi, di qualsiasi marca, possa rappresentare un rischio oncologico. Certamente, un evento di questo genere è assai spiacevole, sia per la paura che provoca sia per il disagio di dover procedere a un nuovo impianto, ma sul piano della salute non desta preoccupazioni. Posso capire l'ansia generalizzata di donne che si sono sottoposte a questo intervento, ma non posso non rilevare che in questa polemica stanno venendo a galla atteggiamenti e giudizi semplicistici che criticano come frivola e narcisistica la legittima attenzione delle donne alla propria immagine, immagine che coincide profondamente con la femminilità. Sia che si ricorra alla protesi dopo un intervento per tumore del seno, sia per ragioni di estetica, non si fa che ripristinare l'armonia perfetta del corpo femminile, ridando serenità alla mente. Si tratta quindi di un intervento che ha un vero valore terapeutico, ed è tutt'altro che velleitario.

Credo che sia inderogabile concentrare l'attenzione su tutto ciò che viene impiantato nel corpo umano, e poterlo control-

lare nel tempo. Ripeto che non ci sono evidenze di rischio tumorale per la rottura delle protesi mammarie Pip con silicone di scarsa qualità, ma ciò non toglie che le circa 4 mila donne italiane a cui sono state impiantate dovrebbero essere richiamate per un controllo. Il ministero della Salute ha garantito che la sostituzione delle protesi Pip sarà gratuita, come è giusto. Eppure procedere all'identificazione delle pazienti non è né facile né sempre possibile. Perché non è mai stato creato il tanto annunciato registro nazionale (nel quale per ogni paziente è segnato il tipo di protesi impiantata) e non c'è quindi nessuna "tracciabilità" delle protesi mammarie. I centri ospedalieri più seri, un registro ce l'hanno, ma gli altri? Nonostante la rivoluzione informatica, queste iniziative restano parziali. Eppure sarebbe importantissimo avere registri per tutto ciò che viene impiantato, dalle protesi mammarie alle valvole cardiache, dalle protesi d'anca ai defibrillatori cardiaci.

Le lettere vanno indirizzate a: **La nostra salute**, «Oggi», via Angelo Rizzoli 8, 20132 Milano. Oppure collegandosi al nostro sito: www.oggi.it

Da mercoledì a giovedì full immersion dei governatori per decidere sull'intesa 2013-2015

Patto, non stop delle Regioni

Questioni finanziarie al primo posto - Sul tavolo anche il riparto 2012

L'appuntamento è confermato per l'8 e 9 febbraio, con la possibilità di lavorare anche il 10. E gli argomenti non sono da poco: il nuovo Patto per la salute 2013-2015 e il riparto del fondo sanitario 2012. I governatori, dopo aver saggato il terreno delle possibili ipotesi sui paletti per l'assistenza necessari a coprire il taglio da 8 miliardi previsto nella manovra estiva dello scorso anno, tentano il tutto per tutto per trovare un accordo da sottoporre al Governo, che, dal canto suo, sta elaborando (il **ministero della Salute** ovviamente) una proposta alternativa dove, meccanismi di assistenza a parte, è previsto un netto ridimensionamento rispetto alle ipotesi economiche regionali che mettono nero su bianco una media di 4-5mila euro di finanziamento in meno ogni anno fino al 2015, considerando anche gli effetti dell'aumento dell'Iva e l'inflazione.

La scorsa settimana il maltempo non ha consentito agli assessori di avere giornate di lavoro intenso, ma l'orientamento su cui i presidenti dovranno trovare una linea comune è quello scritto nelle premesse del documento "breve" già elaborato a fine gennaio e in particolare la premessa, rivista dagli assessori, che riguarda la sostenibilità finanziaria. Gli assessori ricordano che già prima dell'accordo dell'attuale Patto per la salute, quindi nel 2009, il livello di finanziamento previsto per il Fsn era di 108.653 miliardi e che per il 2012, per effetto delle manovre, è stato definito in 108.780 miliardi, praticamente lo stesso del 2009. Anzi, di fatto, le risorse per il Ssn sono diminuite perché il minimo aumento non copre nemmeno i costi dell'inflazione Istat.

Le indicazioni sono chiare: prioritariamente si individuano i nodi politici che rappresentano la

premesse a ogni ragionamento sul prossimo Patto per la salute: entità del Finanziamento del Ssn; garanzia del finanziamento investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico.

E sono questi gli argomenti che faranno da cornice di riferimento dell'azione-tecnica politica per la messa a punto del nuovo Patto per la salute perché investono direttamente (o indirettamente) la capacità del Ssn di mantenere fede ai principi di equità e appropriatezza delle prestazioni e della sua unitarietà nella uniformità delle prestazioni erogate.

Secondo gli assessori i presidenti si dovranno muovere per ottenere l'aggiornamento del fondo 2012 sulla base del tasso di inflazione ufficiale a novembre 2011 che tiene conto anche dell'aumento del punto percentuale dell'Iva, la proiezione sugli anni successivi sia del tasso di inflazione che degli impatti epidemiologici; la valutazione dei flussi di cassa di erogazione delle risorse statali alle Regioni per ridurre i ritardi dei pagamenti. Ma dal ministero sono già arrivati i primi segnali: di toccare le risorse proprio non se ne parla.

E su questa scia anche un altro compito aspetta i presidenti durante la tre giorni: definire un criterio di riparto del fondo 2012 che sia in grado di sbloccare il finanziamento. E che con molta probabilità sarà ancora quello degli anni scorsi, lavorando cioè con il lapis sulle ipotesi del ministero. Per elaborare nuovi criteri ci vuole tempo, ma già dal 2013, con il federalismo fiscale, sarà tutto da rifare: perché lavorare su qualcosa che nasce già senza futuro? Sostengono molte Regioni, soprattutto del Nord.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FARMINDUSTRIA

Le imprese all'attacco sui generici

■ Se la norma che punta a incrementare il consumo di **farmaci** generici contenuta nel Dl sulle liberalizzazioni non sarà «eliminata o modificata sostanzialmente» le aziende potrebbero decidere a stretto giro «il trasferimento coatto delle produzioni dall'Italia ad altri Paesi», mettendo a rischio migliaia di posti di lavoro già nei prossimi. Il pesante avvertimento a Governo e Parlamento è arrivato ieri dall'assemblea straordinaria **Farmindustria**, che individua nella norma contestata «un'ingiustificabile discriminazione a favore dei generici». Immediata la replica di Assogenerici che segnala un «velato ricatto occupazionale» e ribadisce «l'assenza di coercizione nei confronti di medici e farmacisti».



Dalla Commissione Ue nuove misure che modificano le norme sulla riservatezza

Privacy, un manager nelle Asl

Obbligatoria anche la valutazione d'impatto dei trattamenti dei dati

Rivoluzione europea per la privacy. Lo scorso 25 gennaio la Commissione Ue ha presentato due proposte legislative - un regolamento e una direttiva che ora passano all'esame dell'Europarlamento - con tutta una serie di nuove misure per la riservatezza dei dati che dovrebbero entrare in vigore nel 2014. Si tratta di due importanti provvedimenti, che cambieranno profondamente l'attuale disciplina sulla protezione dei dati personali.

Con tali provvedimenti viene operata una importante revisione delle vigenti direttive europee per la protezione dei dati personali che risalgono all'ormai lontano 1995, quando

l'automazione nel trattamento dei dati, specie in contesti complessi come quelli del sistema sanitario, era ancora lontana pure dall'essere immaginata. Più volte, negli ultimi tempi, tali regole, individuate ormai un quarto di secolo fa, si sono dimostrate infatti poco adatte all'attuale evoluzione delle tecnologie per la comunicazione, per cui da tempo si aspettava una revisione di tale corpus giuridico, visto che i risultati di un'indagine effettuata a livello europeo indicano che

oltre il 70% dei cittadini auspicava da tempo un livello di protezione dei dati personali omogeneo in tutto lo spazio comunitario.

Regole nuove, quindi, che saranno operative entro due anni e che influiranno soprattutto nei confronti della pubblica amministrazione e in particolare modo quella sanitaria. Già, perché, a esempio, pare non si debba più notificare preventivamente all'Autorità garante di trattare dati di salute attraverso modalità telematiche, ma

le aziende avranno una maggiore responsabilità e saranno obbligate a predisporre e conservare tutta la documentazione che illustra le modalità dei singoli trattamenti di dati.

Saranno inoltre obbligate a comunicare quanto prima (possibilmente entro 24 ore) all'Autorità e ai soggetti interessati i casi in cui i dati siano stati persi, distrutti o siano stati oggetto di gravi violazioni della disciplina di legge se la violazione «possa incidere negativamente sulla protezione dei dati personali e la privacy della persona». Ma le due novità più sostanziali sulle quali, dalla lettura del regolamento, le aziende sanitarie saranno chiamate a attivarsi sono: la

«Dpia» e il «privacy officer». La «Data protection impact assessment» (Dpia), o valutazione d'impatto privacy, prevede che le aziende sanitarie, prima di effettuare un nuovo trattamento di dati personali, valutino, attraverso un apposito studio, le misure necessarie per rendere il trattamento congruente con le direttive di legge sulla protezione dei dati personali. Tale valutazione d'impatto renderà necessario avvalersi dell'apporto professionale degli esperti in materia di privacy nella fase di programmazione, definizione e impianto di ogni progetto o iniziativa. L'adempimento, a ben vedere, è in definitiva non solo mirante a prevenire i trattamenti scorretti di dati personali, ma soprattutto a limitare sia i danni che da ciò possono scaturire ai cittadini e le conseguenti responsabilità di cui possono essere chiamati a rispondere gli amministratori pubblici. Sotto il profilo sanzionatorio, peraltro, le nuove disposizioni prevedono per le direzioni aziendali ammende che possono arrivare fino a 1 milione di euro o al 5% del fatturato globale delle aziende stesse.

Per quanto riguarda, invece, il cosiddetto «privacy officer» il regolamento comunitario prevede che le aziende sanitarie, così come tutti gli altri enti pubblici e le imprese con

**Regole in vigore
entro il 2014**

più di 250 addetti, debbano nominare un coordinatore del percorso di gestione della normativa sulla protezione dei dati.

Sappiamo bene che molti enti pubblici e anche tra questi aziende sanitarie, pur trattando costantemente dati delicatissimi, non dedicano molta attenzione alla protezione dei dati personali e questa criticità ovviamente è ben nota al legislatore europeo il quale, per risolvere il problema, ha deciso di istituire una figura specifica obbligatoria che dovrà essere immediatamente recepita dagli Stati membri.

Questo privacy officer, o manager della privacy, deve essere scelto sulla base delle qualità professionali e, in particolare, della conoscenza approfondita della normativa sulla protezione dei dati e dell'azienda; le sue competenze devono essere altamente specialistiche, e la sua funzione, tipicamente di staff e alle dirette dipendenze, tramite un contratto di servizio, del direttore generale, rappresentante legale del titolare del trattamento.

Durante il suo mandato, almeno biennale, non dovrà ricevere alcuna istruzione per quanto riguarda l'eser-

cizio della funzione e non potrà essere rimosso dall'incarico se non per gravi motivi, dovrà essere tempestivamente coinvolto in tutte le questioni che riguardano la protezione dei dati personali e gli dovranno essere assicurati i mezzi e le strutture necessari per l'esecuzione dei compiti e funzioni assegnati.

Il suo nominativo dovrà essere indicato al Garante per la protezione dei dati personali e ai cittadini interessati, che avranno il diritto di con-

tattarlo per esercitare i diritti che la normativa sul trattamento dei dati assicura loro.

Un ruolo veramente rilevante e strategico, quindi, quello del privacy officer,

che a breve entrerà in ogni azienda sanitaria come il necessario "consulente e coordinatore" della sempre più complessa materia della gestione dei dati personali. Un'occasione, e non un danno, per la crescita consapevole di un sistema, quello sanitario, al quale il cittadino chiede non solo le migliori cure, ma anche il rispetto dei suoi diritti.

Mandati biennali per i responsabili

Filomena Polito

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'accordo quadro per i rapporti tra Regioni e Istituto amplia le prestazioni oltre quelle Ssn

Inail, riabilitazione integrativa

Accordi ad hoc per l'assistenza extra Lea in linea con Piano sanitario regionale

Convenzioni Regioni-Inail per l'erogazione agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici - senza spese però per le amministrazioni locali e oneri a carico dell'istituto - delle prime cure ambulatoriali e dei relativi accertamenti diagnostici e prestazioni specialistiche e delle prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, anche residenziali. Ma anche l'eventualità di forme di assistenza integrativa rispetto a quella concessa dal Ssn, grazie ad accordi su misura con le singole Regioni.

Questo l'oggetto dell'accordo-quadro Regioni-Inail approvato dalla Stato-Regioni della scorsa settimana che oltre a fissare gli ambiti già noti della collaborazione con l'Istituto, ha precisato tutti gli ambiti in cui l'Inail può intervenire dal punto di vista sanitario e ha messo in campo una ulteriore linea di azione che l'Inail potrebbe sviluppare dopo l'intesa con la Regione: la possibilità di utilizzare servizi pubblici o privati per erogare agli infortunati sul lavoro prestazioni sanitarie integrative rispetto a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale.

In base all'accordo, l'erogazione delle prestazioni da parte dell'Inail nelle strutture già attivate e in quelle che l'Istituto intende attivare coerentemente con il Piano sanitario regionale, è subordinata al rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento. E l'Inail, sempre d'intesa con la Regione, potrà anche erogare le prestazioni integrative necessarie «al recupero dell'integrità psicofisica dei lavoratori infortunati o tecnopatici, anche ai fini del loro reinserimento socio-lavorativo».

Ma l'accordo non si ferma qui. Regioni e Inail

possono anche stipulare protocolli d'intesa per l'attivazione di forme stabili di collaborazione in una serie di ambiti:

a) collaborazione a progetti di ricerca scientifica e tecnologica in ambito protesico, della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo;

b) collaborazione a percorsi di reinserimento sociale e lavorativo;

c) collaborazione a iniziative di promozione della pratica sportiva a livello agonistico e amatoriale per le persone con disabilità;

d) collaborazione a iniziative di comunicazione sulle tematiche della disabilità;

e) collaborazione a progetti formativi in ambito protesico, riabilitativo e di reinserimento sociale e lavorativo.

L'accordo-quadro indica anche una serie di previsioni che dovranno essere contenute nell'intesa Regione-Inail come l'individuazione delle strutture o dei servizi pubblici o privati utilizzati, quella delle attività da

svolgere in comune con il Ssn, i contenuti e le modalità di gestione dei flussi informativi, la durata (di norma triennale) rinnovabile dell'accordo.

Da definire in questo ambito anche le modalità di raccordo tra strutture del Ssn e Inail per l'«avvio tempestivo» dell'infortunato sul lavoro e del tecnopatico a «un efficace e appropriato percorso terapeutico e riabilitativo», l'utilizzo del personale dei servizi utilizzati e le modalità di regolazione dei rapporti economici eventualmente stabiliti tra Ssn e Inail.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cinque ambiti di collaborazione

UNIVERSITÀ

Concorrenza senza vincoli per migliorare la ricerca

di **Guido Martinelli**

Quali attività scientifiche devono essere finanziate nel nostro Paese e quali sono gli strumenti più adatti per realizzare un'efficace politica della ricerca? Si potrebbe cominciare con le usuali geremiadi sull'insufficienza dei fondi, ma vorrei qui discutere come anche le poche risorse sono spesso mal utilizzate a causa di norme macchinose, che non hanno riscontro all'estero. Partiamo dai Prin, i Progetti di ricerca d'interesse nazionale. Il ministro Profumo ha affermato che si prefigge di migliorare la capacità dell'Italia di acquisire risorse per la ricerca. Questo risultato, dice, non si ottiene sostenendo le singole eccellenze, ma alzando l'asticella media con la creazione di gruppi di progetto in grado di dare il meglio e, aggiungo io, essere competitivi al livello europeo.

Se le intenzioni sono assolutamente condivisibili, lo stesso non si può dire per le nuove regole introdotte, tant'è che il ministero ha apportato modifiche in corso d'opera: limitano il danno, ma non lo eliminano. Rischiano di mortificare i settori più dinamici dell'università senza raggiungere l'obiettivo di elevare il livello medio della ricerca. Il confronto deve perciò continuare affinché ci sia una correzione di rotta, per indirizzare realmente il sistema nella direzione auspicata dal ministro. Al momento le università possono presentare un numero di progetti proporzionale al numero di Prin ottenuti in passato, mediato su tre anni. Dovranno coinvolgere gruppi appartenenti a realtà diverse per affrontare ricerche che richiedono la collaborazione di team con competenze diversificate. In ogni caso le università dovranno operare una preselezione, ricorrendo a esperti esterni.

Queste regole provocano effetti distorsivi. All'interno degli atenei la possibilità di presentare domande potrebbe essere distribuita col manuale Cencelli, in base al numero di teste e in barba a valutazioni di merito. La doppia valutazione (ateneo e ministero) è inutilmente più macchinosa e darà origine a ulteriori contestazioni. Dubito che il filtro dei progetti a livello di ateneo ne aumenti la qualità scientifica. La valutazione deve essere fatta da soggetti terzi, non condizionabili, e non dalle università dove

possono prevalere gruppi di potere o logiche clientelari.

Non solo. Le università con maggiore densità di ricercatori eccellenti che di solito si aggiudicano numerosi finanziamenti nazionali e internazionali, devono rinunciare a presentare parte dei propri progetti e accodarsi come nodo locale ad altri atenei. Risultato? Il coordinatore nazionale non sarà lo scienziato più competente, ma quello possibile in base a un intreccio di trattative che nulla hanno a che fare con la qualità delle persone e delle ricerche. Diventa poi impossibile affidare un Prin a un "giovane" brillante, ma non ancora all'apice della carriera: si preferirà puntare su una carta sicura e roduta, mortificando così, sulla base di criteri numerici, i giovani e il futuro della ricerca. Inoltre le università perdono una delle ragioni per reclutare i ricercatori migliori, in quanto questo non porterà a un possibile aumento di progetti finanziati. Si avrà in media un aumento della distribuzione a pioggia e una dequalificazione delle proposte: è solo con la liberalizzazione delle domande e con la concorrenza senza vincoli che si migliora il livello della ricerca. Se si voleva dare la precedenza a progetti più articolati, sarebbe bastato un format che prevedesse un numero minimo di atenei e di docenti. Chi aveva le carte in regola, un progetto valido e partner di livello, avrebbe potuto partecipare al bando, diminuendo il numero di domande senza inutili e farraginose complicazioni. D'altro canto, la mancanza di finanziamenti destinati a gruppi numericamente esigui, ma che potrebbero avere grande valenza culturale o innovativa, favorirà gruppi consolidati, alimentando il conformismo scientifico e limitando la capacità d'innovazione di cui il Paese ha bisogno.

Con un ministro estremamente autorevole e attento, e università e centri di ricerca con competenze ed esperienza internazionale, possiamo produrre un sistema di assegnazione delle risorse moderno, razionale ed efficiente, basato su una maggiore e più libera concorrenza. Teniamo viva questa discussione. Non mancano le sedi istituzionali per farlo.

Guido Martinelli, fisico teorico, è direttore della Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati (Sissa) di Trieste

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RICERCA&INNOVAZIONE. E' CACCIA AGLI STRANIERI E CRESCONO ANCHE I GIOVANI ITALIANI CHE SI TRASFERISCONO OLTREOCEANO

Cercansi cervelli disperatamente

Negli Usa "vuoti" 3 milioni di posti di lavoro: mancano gli scienziati

**Una fuga dal Belpaese
 sempre più grave:
 ogni laureato costa
 allo Stato 500 mila euro**

**Riccardo
 Lattanzi**
Bioingegnere

RUOLO: E' PROFESSORE DI RADIOLOGIA
 AL «BERNARD AND IRENE SCHWARTZ
 CENTER FOR BIOMEDICAL IMAGING»
 DELLA NEW YORK UNIVERSITY
 SCHOOL OF MEDICINE

RICCARDO LATTANZI
 NEW YORK UNIVERSITY

Gli economisti calcolano che quasi il 50% della crescita del prodotto interno lordo americano deriva dall'innovazione. Quest'ultima richiede lavoratori sempre più qualificati, che però scarseggiano, a causa di un mediocre sistema scolastico di base. Basti pensare che, nonostante la crisi, lo scorso settembre in America c'erano oltre 3 milioni di posti di lavoro vacanti, inclusi 607 mila nell'istruzione e nei servizi sanitari. La colpa della mancanza di capitale umano con le competenze necessarie non è solo delle scuole, ma dipende dal fatto che sono pochi gli americani che frequentano master o dottorati in materie scientifiche e tecnologiche, dove la maggioranza è costituita da studenti e ricercatori stranieri.

La National Science Foundation per il 2008 indica che oltre il 50% dei dottorati in ingegneria, matematica, informatica, fisica ed economia è stato conseguito da studenti stranieri. Grazie alle ultime leggi per l'immigrazione, che per certe discipline permettono di lavorare col visto da studente fino a due anni e mezzo dopo il diploma, i due terzi degli «extracomunitari» restano negli Usa e molti vengono regolarizzati dalle aziende. Tra il 1990 e il 2000 gli individui con almeno la laurea, nati in Asia e impiegati negli Usa in ambito scientifico-tecnologico, sono aumentati da 141 mila a 460 mila: la percentuale di cinesi e indiani a cinque anni dalla fine degli studi è addirittura del 92% e 85%, rispettivamente. Sono valori che danno l'idea di quanto lo sviluppo americano, che si basa sull'innovazione, sia legato alla capacità di attrarre lavoratori qualificati da altre nazioni.

Il mercato stesso degli studenti è da solo un affare mi-

liardario. La Nafsa, l'associazione per la promozione degli studi internazionali, ha stimato che nell'anno accademico 2009-2010 i 723.277 studenti stranieri e le loro famiglie hanno contribuito per 19 miliardi di dollari all'economia Usa. E' una cifra che diventerebbe ancora più alta se si aggiungesse il contributo, soprattutto in termini di brevetti, dei 113.494 ricercatori stranieri post-dottorato.

Quello che per gli Usa è un guadagno, per i Paesi d'origine è una perdita. Nel caso dell'Italia gli studenti negli Usa rappresentano meno dell'1% del totale degli stranieri, ma è comunque un problema che non va sottovalutato. Prima di tutto la percentuale di connazionali cresce nelle università americane più prestigiose, suggerendo che non si tratti di giovani qualunque, ma di alcuni tra i migliori delle rispettive generazioni. In secondo luogo il «brain drain» dall'Italia verso gli Usa riguarda soprattutto persone già laureate, che partono per il master o il dottorato, e persone che hanno completato gli studi, a cui viene offerto un contratto da post-dottorato o da professore. Il danno immediato è spaventoso, se si considera che ogni laureato costa allo Stato 500 mila euro. Ancora peggio è la previsione nel lungo periodo. Una ricerca dell'Istituto per la Competitività ha mostrato che l'attività brevettuale dei 20 scienziati italiani all'estero più produttivi vale 861 milioni di euro, per un valore cumulato pari a 2 miliardi nei 20 anni di protezione della proprietà intellettuale.

La perdita dei cervelli è allora un problema serio e il modo migliore per risolverlo non è tanto nel trattenere chi vuole andare all'estero, quanto nel compensare la perdita con un flusso analogo di cervelli in ingresso. Le basi per una simile inversione di tendenza ci sa-

rebbero già, dato che, secondo l'Institute of International Education, l'Italia è in assoluto la seconda meta preferita, dopo l'Inghilterra, dagli studenti di università americane per brevi esperienze all'estero. Ci sarebbe anche l'opportunità di attrarre studenti e ricercatori asiatici, approfittando delle loro difficoltà nell'ottenere visti per gli Usa dopo l'11 settembre. Come fare? Prima di tutto bisogna aumentare gli investimenti. Un rapporto dell'Ocse mostra che nel 2008 l'Italia ha speso il 4,8% del pil in istruzione (ancora meno in ricerca e sviluppo), 1,3 punti percentuali in meno rispetto al totale Ocse di 6,1%, posizionandosi al 29° posto su 34 Paesi.

Una parte delle risorse andrebbe poi destinata al potenziamento di tre-quattro centri di eccellenza in altrettanti settori strategici per permettere loro di scalare le classifiche internazionali, così da attrarre i migliori studenti e ricercatori dall'estero. Questo potrebbe andare di pari passo con la creazione di nuove tipologie di visto per gli extra-comunitari, che facilitino l'inserimento nelle università o nelle industrie. La burocrazia andrebbe snellita, eliminando il concorso pubblico per l'accesso alla carriera accademica o, almeno, affiancandolo a meccanismi più semplici e trasparenti, che consentano di assumere un ricercatore eccellente in tempi brevi.

Favorire l'internazionalizzazione degli atenei, aumentando gli stranieri, significa creare le condizioni per un cambio di mentalità nel lungo termine. In un Paese dove per cultura ancora oggi si sottomettono le conoscenze umanistiche la sfida è far capire che nel XXI secolo sono la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica a determinare la crescita economica.



Analisi

MAURILIO ORBECCHI

Il talento raro
che i pazienti
inseguonoSenza immaginazione
non sarai un buon medico

Se un uomo muore - ha scritto il grande poeta-medico americano William Carlos Williams - è perché la morte / prima si è impadronita della sua immaginazione». Siddhartha Mukherjee, vincitore del premio Pulitzer con il bellissimo libro «L'imperatore del male», definito «una biografia del cancro», cita questi versi per indicare come uno dei momenti più importanti dell'agire medico sia tenere viva l'immaginazione. Si tratta di una capacità magistrale, fondamentale per la stessa terapia.

Alcuni, per esempio il famoso oncologo polmonare Thomas Lynch, descritto da Mukherjee, possiedono questa dote come un talento naturale. Ma si tratta di un talento raro, come testimoniano molti pazienti che raccontano di frettilosità, trascuratezza, freddezza, mancanza di ascolto da parte dei clinici. Quante persone escono, da una visita medica frustrati, con la sensazione di essere stati trattati in modo sbrigativo e privo di comprensione?

Il paziente, di fronte al proprio destino, aspetta le parole del medico come un assetato l'acqua. In quei momenti vi possono essere modi di fare urtanti, parole che tolgono la speranza o che, al contrario, sono talmente false da sollevare momentaneamente il morale, giusto il tempo per far ricadere rovinosamente nella disperazione.

La relazione con il paziente richiede le capacità di equilibrio di un funambolo: troppo facile, scrive Mukherjee, riscattare l'immaginazione con false promesse. Molto più difficile farlo con sfumature di verità.

La comunicazione con il paziente è una circostanza nella quale il medico deve compiere un esercizio continuo di partecipazione e di autocontrollo, in un contesto dove un eccesso di riscatto diventa illusione, mentre la sua assenza uccide l'immaginazione. Per evitare questi estremi occorre realizzare una medicina del dialogo che consenta al paziente e ai suoi familiari di sentirsi meno soli nel difficile percorso esistenziale della patologia.

Un uomo ansioso, con un tumore al polmone, ha bisogno di riscattare la sua immaginazione, prima di accettare una chemioterapia dolorosa, che potrebbe allungargli la vita. Una donna che desidera avere un bambino, di fronte alla difficoltà di rimanere incinta, ha sempre bisogno di riconciliare la sua immaginazione con la realtà frustrante che sta incontrando. In casi come questi le capacità di comunicazione del medico sono fondamentali.

Le nuove acquisizioni tecnico-scientifiche sono il motore di continue trasformazioni e grandi successi nella medicina, ma richiedono un parallelo miglioramento della qualità umana del medico, che deve essere sempre più attento alla relazione con pazienti e familiari, divenuti naturalmente più esigenti e attenti grazie all'evoluzione della cultura e della sensibilità umana.

Oggi sappiamo che la dote di Thomas Lynch, la qualità umana del medico e dell'operatore sanitario, può essere insegnata attraverso idonei percorsi di formazione. Per questo è necessario, per il personale sanitario, prepararsi con le ormai raffinate tecniche formative che prevedono lo sviluppo delle capacità d'immedesimazione, l'analisi di dialoghi, la ricostruzione di processi comunicativi, sperimentando concretamente l'impatto delle sfumature contenute nelle parole.

I medici dovrebbero venire formati e preparati alla dimensione umana del-

la terapia fin dalle scuole di specialità. Tuttavia, senza attendere auspicabili riforme, un'occasione per sviluppare la capacità di empatia si trova oggi davanti a noi: la recente riforma varata dal governo Monti prevede sanzioni anche per i professionisti che non frequentano i corsi di formazione e aggiornamento: entro il 13 agosto 2012 i singoli ordini professionali, incluso quello che raggruppa i medici, dovranno fissare le sanzioni da applicare a chi non ottiene i 50 crediti necessari nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina (ECM). La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni ha stabilito che l'ECM non deve limitarsi alle parti tecniche e mediche in senso stretto, ma deve occuparsi anche degli aspetti relazionali e dell'umanizzazione delle cure. Si tratta di obiettivi che, perseguiti seriamente, permetteranno ai pazienti d'incontrare un medico in grado di aiutare a tenere viva l'immaginazione più spesso di quanto non accada oggi. Non più un'eccezione, ma un evento sempre più auspicabilmente normale.

