

Le misure Dopo lo scandalo in Francia. Sono 4.500 le italiane interessate. Al Nord la metà delle operazioni, Lombardia in testa

Protesi nocive, gratuite tutte le sostituzioni

A carico della sanità pubblica anche in caso di interventi per motivi estetici

1.230

le donne che in Lombardia sono state sottoposte all'impianto di protesi nocive

ROMA — Oltre 4.500 in dieci anni di vendita in Italia. I primi dati del censimento sulle protesi francesi costruite con silicone non conforme all'uso umano (la marca è Pip) confermano le previsioni del ministero della Salute. Migliaia di donne che desideravano aumentare la taglia del seno o ricostruirlo dopo l'asportazione della mammella per tumore sono state operate con questi dispositivi di plastica poi risultati pericolosi.

E ora la sanità pubblica si farà carico delle sostituzioni anche quando si è trattato di chirurgia estetica. Oltre ad essere più facilmente deteriorabili, con notevole rischio di rottura, le Pip secondo l'allarme di alcune agenzie europee (Francia e Gran Bretagna) provocano una percentuale più alta di infiammazioni e effetti collaterali.

I dati sulla loro diffusione sono stati resi noti dal ministro **Renato Balduzzi** nel corso di un'audizione in commissione Sanità al Senato. Il censimento era stato avviato circa un mese fa con un'ordinanza e l'istituzione di un canale online dove Asl e altre strutture sanitarie avrebbero dovuto comunicare il numero degli impianti col marchio francese, ritirati nell'aprile del 2010 dopo il primo allarme lanciato da altri Paesi. Finora sono state raccolte 3.802 segnalazioni ma nelle stime del ministero si dovrebbero raggiungere i 4.525 impianti visto che alcune Regioni devono ancora comunicare la loro real-

tà. Mancano all'appello Molise, Piemonte, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Domani in programma un incontro con le Regioni per potenziare la raccolta dei dati e decidere una linea di azione in particolare sul percorso che dovrà garantire alle pazienti il rimborso di un secondo intervento. Balduzzi ha anticipato che potrebbe bastare «un'indicazione medico specialistica. Questa vicenda potrà costituire un precedente nel campo dei dispositivi medici». In pratica tutti quei materiali come by pass, valvole cardiache, filler anti-rughe.

Quasi la metà delle protesi sotto accusa sono stati utilizzati da chirurghi del Nord e di queste 1.230 solo in Lombardia, in 62 strutture. Le Pip erano vendute in tutta Italia, con prezzi competitivi: 1.175 «paia» al centro e 932 al sud. Nel complesso però la fetta di mercato occupata dalle protesi dell'azienda finita sotto inchiesta è relativamente marginale: il 3% delle 121.699 operazioni di mastoplastica (al seno) additiva (aumento per fini estetici) e ricostruttiva (per motivi di salute. Balduzzi ha aggiunto che «il 74% delle protesi Pip, cioè 2.827 paia, sono state applicate in centri ospedalieri, privati accreditati o privati. Il 26% degli interventi hanno avuto luogo in ambulatori». Ed è questo forse un elemento grave, da considerare in un eventuale e ormai necessario piano di riordino del settore della chirurgia estetica. Molte donne vengono operate in condizioni potenzialmente a rischio e comunque non con il supporto di servizi che possono risultare essenziali in caso di imprevisti.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ANNUNCIO DI BRUXELLES

Entro aprile la direttiva europea per la tracciabilità delle protesi

Sarà pronta ad aprile la proposta della Commissione europea per correre ai ripari dopo lo scandalo delle protesi mammarie della società francese Pip, sotto accusa per il rischio rottura e le possibili conseguenze cancerogene, causa la presenza di un gel al silicone non approvato e certificato dalla autorità competenti. Ad annunciarlo è stata **Paola Testori Coggi**, direttore generale per la politica della salute alla Commissione europea, dopo il suo intervento al Parlamento europeo in risposta a un'interrogazione orale della deputata **Linda McAvan** (S&D).

Il rappresentante italiano della Dg Sanco ha fatto sapere che Bruxelles intende intervenire con regole più stringenti valide per tutti gli Stati membri in una materia, quella dei dispositivi medicali, fin qui lasciata in balia delle regolamentazioni dei singoli Paesi. Rispondendo all'interrogazione Testori Coggi ha confermato che gli uffici Ue «stanno preparando una nuova proposta». Al momento - ha spiegato - «stiamo facendo uno stress test, per vedere se la nostra proposta darebbe le garanzie sufficienti per evitare che si ripeta quanto è avvenuto». Il testo che abbiamo in cantiere - ha proseguito Testori Coggi - intende rafforzare tre elementi. «In primo luogo le capacità delle autorità di certificazione nazionale, che devono avere tutte lo stesso livello di capacità, poi rinforzare le ispezioni e i controlli, e infine, introdurre un sistema di tracciabilità totale a partire dalla produzione del dispositivo medico fino al paziente».

PROTESI PIP

Primi numeri
del censimento

In Italia dal 2001 al 2011 si stima che siano stati fatti 4.525 impianti con protesi mammarie Pip. Lo ha detto il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, illustrando in audizione in commissione Sanità del Senato i primi dati del censimento disposto dopo lo scandalo delle protesi francesi al silicone tossico. I dati, ha spiegato il ministro, sono incompleti perché mancano alcune Regioni. Gli impianti già dichiarati sono "3802" effettuati in 152 strutture, il 53% al centro.



Protesi seno a rischio 45% impiantate al Nord

ROMA - Quasi un impianto su due di protesi Pip è stato fatto al Nord. L'ha detto il **ministro della Salute, Renato Balduzzi**, illustrando in commissione Sanità del Senato i risultati del censimento voluto dal ministero dopo lo scandalo delle protesi francesi.

«La distribuzione geografica degli interventi con Poly Implants Prothese avvenuti in Italia dal 2001 - ha osservato il ministro - evidenzia che il 53% delle strutture censite è localizzato nel Centro, ma il 45% delle operazioni con protesi Pip è stato effettuato in centri localizzati al Nord». Gli interventi censiti in totale al momento sono 3.802, che salgono a 4.525 nelle stime del ministero.



LA SCIENZA E IL MALE | A CHE PUNTO È LA LOTTA

Vi racconto di Peter che vinse il cancro (e non ci credevo neppure io)

Alberto Mantovani, immunologo di fama mondiale, ha passato la vita a studiare i tumori. In 40 anni ha visto un po' di tutto: colleghi morire, altri «resuscitare». E se il nemico colpisce, dice, «noi contrattacchiamo».

DI DANIELA MATTALIA - FOTO ROBERTO CACCURI/CONTRASTO

È un appassionato alpinista. Nel tempo libero va in montagna dove, un passo dopo l'altro, con fatica e determinazione, cerca di conquistare la cima. È anche un ricercatore che, da quando aveva 24 anni (oggi ne ha 64), una mossa dietro l'altra, con la stessa fatica e determinazione, dà battaglia al cancro. Sa che la guerra è lunga, ma lui conosce bene il nemico. Così è Alberto Mantovani, immunologo di fama, direttore scientifico dell'Istituto Humanitas di Rozzano e docente all'Università degli Studi di Milano. Se il lavoro è chiaramente la passione della sua vita, gli si illumina la faccia quando mostra le innumerevoli foto dei figli e il disegno di una cellula immunitaria (gialla come un limone) del nipotino Filippo.

La storia di Mantovani ricercatore (in Italia, in Gran Bretagna, negli Stati Uniti e poi di nuovo in Italia) si intreccia con quella del cancro, con le battaglie perse e vinte. «Una storia che, a raccontarla» dice a Panorama «mi ha rinnovato vecchi ricordi e un po' mi commuove».

Nella sua lunga guerra contro il cancro, ricorda la prima volta che ha visto il nemico da vicino?

Avevo 24 anni, ero un giovane medico appena laureato. Decisi che quell'estate del 1973 non l'avrei passata in Sardegna dentro una tenda, come facevo di solito, ma in un reparto di pediatria oncologica all'Istituto dei tumori a Milano, con la dottoressa Franca Fossati-Bellani.

Ci si può proteggere Alberto Mantovani, 64 anni, è direttore scientifico dell'Istituto clinico Humanitas di Rozzano (e uno dei 100 immunologi più citati nella letteratura specializzata). Un buon modo per ridurre il rischio di cancro, spiega, è la formula quotidiana «0-5-30» (qui sotto).



I numeri vincenti per non ammalarsi

0

sigarette

5

porzioni di frutta e verdura al giorno

30

minuti di esercizio fisico quotidiano

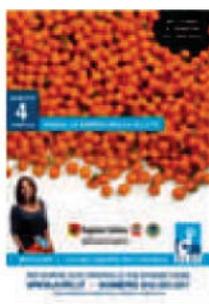


Multietnico

Nel laboratorio di Alberto Mantovani lavorano circa 200 ricercatori provenienti da paesi di tutto il mondo.

ARANCE DA COMPRARE

Sabato 4 febbraio è la giornata delle **Arance della salute** organizzata dall'**Airc**: in oltre 2 mila piazze italiane saranno distribuite arance rosse di Sicilia (simbolo della dieta mediterranea), con un contributo di 9 euro. L'obiettivo è dedicare alla ricerca contro il cancro quasi 4 milioni di euro, per potenziare 476 studi contro il tumore. Per saperne di più: www.airc.it Tel. 840-001001



Quindi i primi malati che ha visto erano bambini?

Bambini che erano stati colpiti dalla leucemia, da sarcomi, neuroblastomi.

Sarà stato un inferno...

Un'esperienza simile ti segna per la vita. Era il cancro nella sua versione peggiore, davanti alla morte di un bambino ti si rivoltano le viscere. Negli anni 50 e fino agli anni 60, su 100 bambini con leucemia ne morivano 90, nel giro di tre mesi. Quando arrivai in quel reparto, si era però già all'alba delle cure contro la leucemia infantile. Grazie alla chemioterapia oggi su 100 piccoli ne guariscono 90.

Dopo quell'esperienza lei scelse il laboratorio e non l'ospedale. Perché?

Perché la soluzione può venire soltanto dalla ricerca scientifica, e io volevo dare il mio contributo. Anche se i malati in carne e ossa restano al centro del mio pensiero.

Che effetto le faceva, i primi tempi, vedere un tumore al microscopio?

Mah, ci ero abituato... Piuttosto mi fece una grande impressione, quando dopo qualche anno andai nel laboratorio di Bob

Evans e Peter Alexander, in Gran Bretagna, vedere che i tumori avevano al loro interno tantissime cellule del sistema immunitario, i macrofagi. Bob tirò fuori cellule cancerose prelevate dai sarcomi, me le mostrò, ed erano piene di macrofagi.

Ed era strano?

Erano troppi! Il dogma di allora diceva che queste cellule immunitarie combattevano i tumori, ma io avevo un sospetto: se erano lì, e così tante, era improbabile che facessero da difesa. Immagini che il tumore sia un edificio abitato da delinquenti, ossia le cellule maligne, a un certo punto arrivano i macrofagi, i poliziotti che dovrebbero arrestarli. All'inizio sono lì per quello, poi però vengono corrotti.

E aiutano il tumore a crescere?

Fu la mia ipotesi, e poi la mia scoperta. Scrisi un articolo scientifico da pubblicare e mi presentai nello studio di Alexander. Ricordo quel momento nitidamente: lui mi disse «Alberto, è un buon lavoro, ma è il tuo, non il nostro. Lo firmi tu». Una lezione di onestà intellettuale non comune.

Che aspetto ha una cellula del cancro?

34%

dei tumori è legato a uno stile di vita scorretto: sigarette, cattiva alimentazione, troppo alcol, peso eccessivo, vita sedentaria.

23%

dei tumori di ogni tipo, negli uomini, e il 15% nelle donne, è causato dal fumo.

1 su 3

tumori è legato a infezioni (come il papilloma virus che causa il tumore al collo dell'utero).

Fonte: British journal of cancer



PER CAPIRE
L'imperatore del male (Neri Pozza, 736 pagine, 19 euro) ripercorre, in modo avvincente, la lotta al cancro. L'autore è il medico, Siddhartha Mukherjee.



È diversa da quelle sane, è più irregolare, si riproduce più velocemente. E ogni tumore ha all'interno cellule immunitarie. **È così che cresce un cancro?**

Usa due strategie: da una parte corrompe le difese immunitarie, dall'altra le addormenta. Oggi però possiamo usare pezzi del sistema immunitario, rieducarli e reindirizzarli nel paziente per potenziarne le difese. Avviene così con particolari farmaci, gli anticorpi monoclonali, pallottole mirate. Per il 30 per cento i nuovi farmaci in oncologia sono anticorpi.

Ha mai pensato che il tumore è un avversario troppo potente?

No. Ma neppure ho mai avuto un approccio miracolistico. In questa guerra non esiste una battaglia di Waterloo, in cui si vince o si perde tutto. Anche se a volte succedono cose straordinarie.

Quali?

Le racconto una storia. Quando ero in Gran Bretagna avevo un amico, Peter, il marito di una collega. Si ammalò di tumore al testicolo, allora mortale al 100 per cento. Lui poi aveva metastasi avanzate. Ci

perdemmo di vista, ma ero convinto che sarebbe morto. Una sera a Milano, dopo tanti anni, squillò il telefono, una voce in inglese chiedeva di me. «Sono Peter». Peter? Per cinque secondi ebbi l'impressione di avere ricevuto una chiamata dall'aldilà.

Come aveva fatto a guarire?

Ha avuto la fortuna di entrare in una delle prime sperimentazioni con un farmaco derivato dal platino, oggi alla base nella cura di questo tumore, si guarisce nel 90 per cento dei casi. Pensi solo a Lance Armstrong, che è guarito e ha vinto più volte il Tour de France. Il platino ha cambiato la storia del tumore al testicolo.

Ricorda qualcuno che invece non ce l'ha fatta?

Un collega, Luciano, che all'Istituto Mario Negri aveva dedicato la vita a studiare il cancro. Morì di tumore, un mieloma, ed era ancora giovane. Ecco, la morte di Luciano mi addolorò nel profondo, era come essere colpiti proprio dal nemico.

Oggi come si muove la ricerca?

Dobbiamo fare una premessa: ci sono tanti tipi di tumore quanti sono i tessuti

dell'organismo, e all'interno di un tipo di tumore esistono i sottotipi e così via... Una volta la diagnosi si faceva al microscopio, oggi avviene a livello molecolare, con sonde a Dna. Avremo sempre più strumenti molecolari che ci aiutano a sezionare i tumori nel modo più accurato possibile.

E in che modo questo aiuterà i pazienti?

Potremo analizzare non solo la singola mutazione di un tumore, ma il suo intero profilo genetico per avere una terapia personalizzata: non un unico farmaco per un unico paziente, questo è esagerato, ma un farmaco fatto apposta per un sottogruppo di pazienti in cui quel tumore ha determinate caratteristiche.

Lei teme il cancro?

No, non ci penso. Lo temo per i miei cari, casomai. Personalmente, cerco di prevenirlo. Seguo la regola 0-5-30.

Significa?

Zero sigarette, 5 porzioni al giorno di frutta e verdura e 30 minuti di esercizio fisico quotidiano.

Ha figli?

Quattro. E diversi nipotini.

Qualcuno dei suoi figli fuma?

No, per me sarebbe stato uno shock se si fossero messi a fumare.

A una persona che ha appena ricevuto una diagnosi di cancro cosa si sentirebbe di dire?

Ah, è la domanda più difficile di tutta la mattinata. Non credo alle pacche sulle spalle, penso sia più utile partecipare concretamente. L'ultimo anno per me è stato, da questo punto di vista, pesante, perché si sono ammalate persone a me molto vicine. In quel caso ho detto: questa cosa si affronta, ci sono tanti livelli da cui combattere. Cominciamo a lottare, e se dobbiamo indietreggiare dietro un altro bastione, lo facciamo e continuiamo a dare battaglia.

Mai darsi per vinti...

Mai. E dopo la ritirata ci prepariamo al contrattacco. Prenda il melanoma, uno dei tumori più aggressivi. Per un tempo lungo, non so neppure dire quanto, non ci sono stati progressi. Invece nell'ultimo anno le terapie immunologica e farmacologica mirata hanno dato risultati davvero significativi. A chi si ammala bisogna dire: guarda che tanti al mondo cercano armi per contrattaccare. E spesso ci riescono. ■

RAPPORTO 2010 DEL MINISTERO

«Intramoenia, così non va»

Controlli, conflitti d'interesse, compensi: mezza Italia al palo

La legge sull'intramoenia (120/2007) è applicata a metà: in molte Regioni non è stata data attuazione a previsioni come quella di regole contro il conflitto di interesse, definizione delle tariffe con i sindacati o controlli sul rapporto con l'attività istituzionale. I dati sono della Relazione sull'attuazione dell'intramoenia nel 2010 che l'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale ha trasmesso la scorsa settimana al Parlamento.

A PAG. 10

Relazione 2010 dell'Osservatorio nazionale sull'attività libero-professionale del ministero

Intramoenia, legge incompiuta

Solo metà delle Regioni in regola - L'attività vale lo 0,5% dei ricoveri

L'intramoenia assorbe solo lo 0,5% dei ricoveri a livello nazionale (dati 2009), ma il suo peso, rapportato alla spesa complessiva per i ricoveri per acuti, è del 5,74%, a carico però non del Ssn, ma dei cittadini.

La maggiore concentrazione di prestazioni si ha in Campania, Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, ma il suo peso sul totale dei ricoveri è maggiore in assoluto in Campania che con l'1% raddoppia la media nazionale e nel Lazio e in Toscana (0,9%), in Emilia Romagna e Piemonte (0,7%).

I dati sono quelli della «Relazione sullo stato di attuazione dell'attività libero-professionale intramoenia 2010» che il ministero della Salute (Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale) ha trasmesso la scorsa settimana al Parlamento secondo le indicazioni della legge 120/2007.

E la relazione mette a fuoco proprio la situazione degli adempimenti previsti dalla legge a livello regionale: sei Regioni (si veda tabella) hanno dichiarato di non avere necessità di spazi esterni; in nove Regioni non sono state avviate misure anti-conflitto di interesse; in tutte le aziende solo di 11 Regioni a riscuotere gli onorari ci pensa l'azienda; solo in sei Regioni (ma Toscana e Bolzano non prevedono questo istituto) hanno strumenti di controllo sull'intramoenia allargata; in 8 Regioni sono stati programmati interventi per

gli spazi ad hoc nelle aziende utilizzando il 100% delle risorse a disposizione, ma gli interventi "collaudati" sono al 100% solo in Umbria.

La legge 120/2007 è applicata a metà quindi secondo le rilevazioni dell'Osservatorio sull'intramoenia, soprattutto per quanto riguarda gli adempimenti organizzativi della libera professione.

Uniche voci applicate in modo uniforme da quasi tutte le aziende sono quelle che riguardano il monitoraggio e i meccanismi di riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni. Dodici Regioni garantiscono in tutte le loro aziende l'erogazione in attività istituzionale delle prestazioni differibili entro 72 ore dalla richiesta, sette lo fanno solo in alcune aziende, in Molise nessuna azienda lo fa e il dato del Lazio non risulta completo e quindi attendibile. Sempre in questa materia invece il controllo sulle progressioni di allineamento dei tempi medi delle prestazioni istituzionali e di quelle in intramoenia torna un'attività svolta a metà: 10 Regioni svolgono i controlli mentre per altre nove l'attività è solo parziale in alcune aziende e si va dal minimo di 6 aziende su 17 in Campania alle 3 su 4 in Abruzzo.

Pochissime Regioni hanno attivato il servizio di prenotazione delle prestazioni: 7 su 21 contro 11 Regioni che l'hanno attivato solo in parte e 2 (Molise e Valle d'Ao-

sta) dove non c'è.

Sul versante economico, in linea con quanto emerso dalla Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2010 (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 3/2012), il documento evidenzia un'inversione di tendenza con l'avvio di un calo degli incassi.

Ma l'analisi mostra un altro tipo di ripartizione, quella per aree: ospedaliera, specialistica e "altre voci" che comprende la Sanità pubblica (veterinari), consulenze ecc. A livello nazionale, la parte dei ricavi per l'intramoenia proveniente dall'area delle prestazioni specialistiche si attesta nel 2009 a quota 58,6%, in crescita rispetto al dato 2008 (56,6%). Diversamente, si riduce la percentuale relativa all'area ospedaliera che passa dal 29,3% del 2008 al 28,0% nel 2009, così come in lieve diminuzione è la quota di spesa afferente le "altre aree". Rispetto al dato generale però, la situazione nelle Regioni è estremamente differenziata e si va dall'Abruzzo, dove la quasi totalità (oltre il 95% delle prestazioni in intramoenia riguarda l'area ospedaliera, a Trento, dove invece oltre il 90% di intramoenia è concentrato nella specialistica o anche alla Calabria che ha la percentuale più elevata di "altre voci", circa il 15 per cento.

Ci sono poi altri adempimenti previsti dalla legge che vanno al passo. Uno è quello della costituzione del Collegio di direzione (in

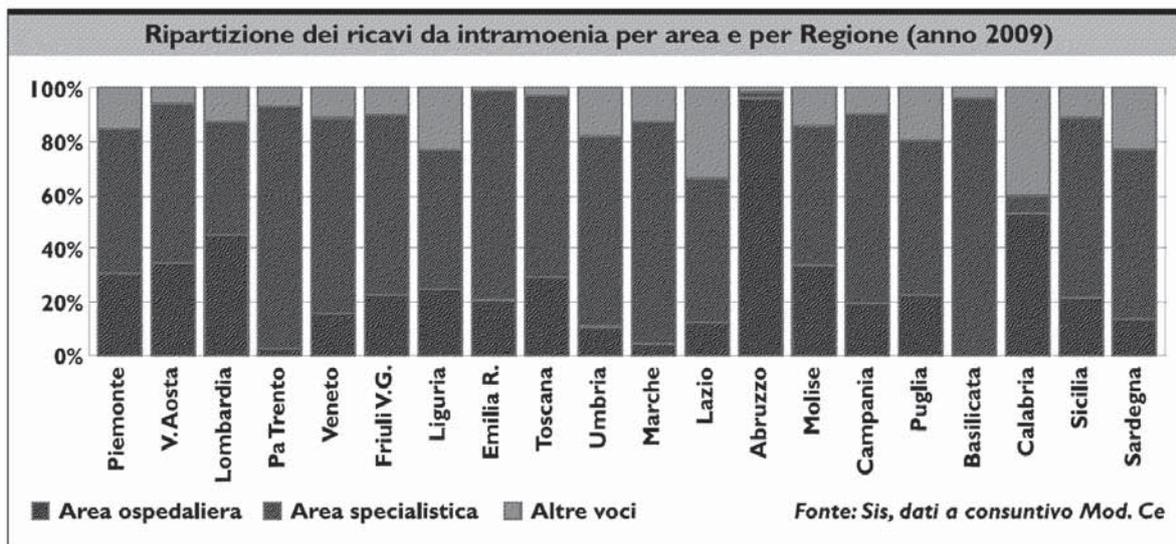
cui sono rappresentate tutte le professioni dell'azienda) e della Commissione paritetica dei sanitari per la libera professione. Il Collegio di direzione è il più diffuso: lo hanno costituito 14 Regioni su 21, mentre in altre 6 Regioni è stato attivato solo in alcune aziende (Abruzzo, Calabria, Lombardia,

Sardegna, Sicilia, Veneto). Il Lazio ha dati incompleti.

A metà infine anche la previsione di informazione sui piani aziendali per la libera professione, che riguarda le condizioni dell'esercizio di attività istituzionale e intramoenia, i criteri che regolano l'erogazione delle prestazioni e le prio-

rità di accesso. Vanno bene dieci Regioni, mentre in altre nove il servizio è stato attivato solo in parte da alcune aziende e Lazio e Molise non sono "classificabili".

Paolo Del Bufalo



I risultati e la situazione 2010 (aziende in regola)

Regioni	Organizzazione e controlli					Edilizia: spazi dedicati		Pazienti assistiti		
	Necessità di spazi esterni	Misure anti-conflitto di interesse	Riscossione onorari garantita dall'azienda	Tarifario per copertura integrale dei costi	Strumenti di controllo intramoenia allargata	% finanziamento autorizzato	Interventi collaudati	Dimessi in libera professione	% dimessi in libera professione	% dimessi in libera professione su totale ricoveri per acuti
Piemonte	Si	Si	18/21	18/21	12/21	85	21/38	3.352	8,8	0,7
Valle d'Aosta	No	Si	0	Tutte	Tutte	0	Non attivato	46	0,1	0,3
Lombardia	Si	Si	Tutte	43/48	39/48	96,59	15/37	6.263	16,4	0,5
Bolzano	No	No	Tutte	Tutte	Non prevista *	No assegnazioni	No programma	1	0,0	0,0
Trento	No	No	Tutte	Tutte	Tutte	100	0/11	22	0,1	0,0
Veneto	Si	No	Tutte	22/24	18/24	100	17/39	1.839	4,8	0,3
Friuli V.G.	Si	Non valutabile	Tutte	Tutte	2/11	No assegnazioni	No programma	501	1,3	0,3
Liguria	Si	Si	9/10	7/10	Tutte	100	19/22	397	1,0	0,2
Emilia R.	Si	Si	14/17	12/17	11/17	100	45/69	4.039	10,6	0,7
Toscana	Si	Si	Tutte	12/16	Non prevista *	100	23/27	3.947	10,4	0,9
Umbria	No	Si	Tutte	Tutte	Tutte	99,98	9/9	157	0,4	0,1
Marche	Si	Si	Tutte	Tutte	Tutte	94,74	19/39	362	0,7	0,1
Lazio	Si	No	Dato non completo	Dato non completo	Dato non completo	100	17/49	6.763	17,8	0,9
Abruzzo	Si	No	Tutte	3/4	2/4	42,79	0/14	226	0,6	0,1
Molise	No	No	Tutte	0	0	No assegnazioni	No programma	18	0,0	0,0
Campania	Si	Si	12/17	12/17	11/17	37,99	0/10	7.324	19,2	1,0
Puglia	No	Si	9/10	Tutte	0	96,13	0/37	642	1,7	0,1
Basilicata	Si	Si	Tutte	Tutte	Tutte	100	Non valutabile	3	0,0	0,0
Calabria	Si	No	6/10	6/10	8/10	No assegnazioni	No programma	22	0,1	0,0
Sicilia	Si	No	16/18	12/18	10/18	No assegnazioni	No programma	2.243	5,9	0,4
Sardegna	Si	Si	10/12	Tutte	7/12	100	4/11	22	0,1	0,0
Italia						96,4	189/412	38.889	100,0	0,5

* A Bolzano e in Toscana non si eseguono prestazioni in intramoenia allargata

Trapianti, più donatori L'Italia terza in Europa

*“Tagliate” le liste di attesa: il tempo medio per un intervento è 3 anni
E diminuiscono le opposizioni. Il ministro Balduzzi: sistema maturo*

DA ROMA FRANCESCA LOZITO

LItalia ai vertici europei nella donazione per i trapianti. E non è un freddo primato: vuol dire che nel nostro Paese questo settore si è dato una struttura precisa, che ha portato ai risultati sperati. Anche se, naturalmente, è una strada in salita e i livelli alti vanno mantenuti. Come va fatta crescere la cultura. È questa la fotografia che emerge dal report sulle donazioni e i trapianti in Italia presentato ieri a Roma da Ministero della Salute e Centro nazionale trapianti.

L'Italia, con 21,7 donatori per milione di abitanti, è terza tra i grandi Paesi europei dopo la Spagna (29,2) e la Francia (22,8) con valori più elevati rispetto al Regno Unito (10,4) e alla Germania (15,8). Un vero e proprio exploit è stato quello del secondo semestre dello scorso anno con un 10% in più rispetto ai primi sei mesi. E così il dato italiano dei trapianti è superiore del 25% rispetto alla media europea.

Diminuisce il numero delle opposizioni, migliorano i numeri delle donazioni nelle regioni del Sud, l'Italia supera la media europea e significativo è il miglioramento dei dati relativi al numero di accertamenti di morte con standard neurologici (di 2.257 nel 2011).

Soddisfazione è stata espressa dal ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che ha voluto essere presente alla presentazione dei risultati: «Merito - ha detto - anche di un sistema maturo e trasparente». Il ministro individua un percorso di miglioramento «nell'organizzazione dei servizi e della rete. Le regioni con un modello organizzativo più virtuoso sono

infatti quelle con maggior numero di donatori».

I pazienti trapiantati in numero assoluto sono 2.940, cioè 64 in più rispetto al 2010. Nel 2011 è aumentato anche il numero degli organi trapiantati pari a 3.135 contro i 3.068 dell'anno precedente. In particolare, «è aumentato il numero dei trapianti di rene, di fegato, cuore, polmone e pancreas», ha spiegato Alessandro Nanni Costa, direttore del Cnt. Il numero complessivo dei donatori nel 2011 è di 1.309 contro i 1.301 dell'anno precedente, con una crescita totale del 0,6%. La regione con il più alto tasso di donazione è la Toscana, ma il tasso aumenta anche in Veneto, nelle Marche e in Liguria, mentre scende in Emilia e in Piemonte. Incrementi diffusi nelle regioni del Centro-Sud, con l'eccezione di Basilicata, Abruzzo e Molise. Il record italiano è quello delle donazioni di cornee. L'Italia ne detiene il primato europeo con 7.246 donatori nel 2011 che, rispetto ai 6.742 del 2010, rappresentano un incremento del 8%. Sono madri che donano al proprio figlio (36%) o mogli al proprio marito (29%); il trapianto di rene da vivente è salito del 13%. Inoltre, l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù rispetto alla media nazionale, registra un picco significativo del 41%. Il Centro nazionale trapianti è poi impegnato sul fronte della vigilanza internazionale: capofila e promotore di diversi progetti, ha assunto inoltre un ruolo molto importante nei confronti della trasparenza. È, infatti, l'unico esempio europeo in questo settore che, in regime di totale trasparenza, pubblica gli esiti del trapianto per ogni singolo centro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





UNIVERSITÀ

Sulla ricerca gravano ancora vincoli eccessivi

di **Guido Barbujani**,
Maurizio Gatti e **Patrizio Dimitri**

Il due recenti bandi del Miur per il finanziamento della ricerca scientifica (il Prin e il Firb-giovani) presentano sostanziali novità rispetto a quelli precedenti. Tuttavia, malgrado le modifiche al Prin (che il 12 gennaio scorso è stato variato rispetto al testo del 27 dicembre), tali novità rischiano di soffocare la ricerca biologica di base, e in particolare quella più originale e innovativa. Nel bando Prin 2010-2011 è stato introdotto un vincolo che definisce un numero minimo di unità per ogni progetto; inizialmente era di 5 unità per tutte le aree disciplinari, poi è stato ridotto a 2 per molte aree, ma non per altre tra cui quelle biologica e medica. Non capiamo il perché. Sarebbe come dire che d'ora in poi in Italia tutti i musicisti devono suonare solo in orchestre...

Il vincolo delle 5 unità pone seri limiti alla partecipazione. Se non sarà eliminato, si premieranno solo i filoni di ricerca rappresentati da un numero elevato di ricercatori, escludendo studi di assoluta eccellenza che hanno il solo demerito di essere svolti da uno o pochi gruppi italiani, ma che rappresentano ricerche di punta a livello internazionale. Se il vincolo delle 5 unità fosse stato applicato alle più importanti ricerche di biologia pubblicate negli ultimi anni, alcune delle quali premiate dal Nobel, nessuna di queste sarebbe stata ammessa al Prin attuale. Infine: in soli due mesi è molto difficile aggregare 5 unità in un serio programma di ricerca; s'incentiverà l'aggregazione artificiosa dei ricercatori in cordate disomogenee nate al solo scopo di partecipare al bando.

La procedura di selezione dei programmi lascia ancora più perplessi. Non è più affidata al Miur, ma agli Atenei, che sono però tenuti a selezionare un numero limitato di programmi (circa uno ogni 100 docenti in ruolo). Ciò penalizzerà fortemente i dipartimenti e le università che possiedono numerosi gruppi di eccellenza. Sarebbe quindi ragionevole allentare o abolire questo vincolo, lasciando agli atenei una più ampia possibilità di selezione.

Anche nel bando Firb-giovani ci sono numerosi vincoli che ne limitano fortemente l'efficacia. Intanto, ogni progetto deve essere svolto da almeno 3

gruppi di ricerca tutti coordinati da un giovane ricercatore. Questo limite è molto difficile da raggiungere e riflette più un caso favorevole che il vero merito scientifico. Inoltre, ogni ateneo può presentare un programma Firb-giovani per ogni 200 docenti in organico. Ma ben più grave è il limite delle pubblicazioni. Per accedere al Firb, i giovani non strutturati (borsisti e assegnisti) fino a 32 anni devono avere almeno 5 pubblicazioni; i non strutturati da 33 a 36 anni, 10 pubblicazioni; e gli strutturati (ricercatori o professori associati) sotto i 40 anni almeno 15 pubblicazioni. Tuttavia, non si fa menzione né della qualità delle pubblicazioni, né della posizione dei giovani ricercatori tra gli autori delle stesse. Non si tiene conto degli indici bibliometrici che stimano la qualità delle riviste scientifiche. Se il numero delle pubblicazioni non fosse sostituito dal fattore d'impatto complessivo delle stesse, si rischierebbero esiti paradossali. Un esempio? Un ricercatore universitario di 33 anni, assunto a tempo indeterminato, sarebbe escluso pur avendo 10 pubblicazioni su riviste prestigiose, mentre un assegnista trentaseienne verrebbe ammesso con 10 pubblicazioni su riviste minori.

Auspichiamo che il ministro Profumo apporti ulteriori correttivi ai bandi Prin e Firb-giovani. Diversamente, i giovani privilegeranno la quantità alla qualità, sfornando il maggior numero possibile di pubblicazioni senza curarsi del loro reale valore scientifico. E i meno giovani, che hanno finora lavorato con entusiasmo e produttività ottenendo risultati originali pubblicati su ottime riviste, saranno invece costretti ad arrangiarsi, orientandosi verso ricerche che permettano l'accesso a un Prin a 5. Tutto ciò, contribuirà ad indebolire la ricerca biologica italiana, già in forte difficoltà per la cronica scarsità di fondi, con gravi ripercussioni sullo sviluppo culturale e tecnologico del nostro Paese.

Guido Barbujani è presidente Associazione Genetica Italiana e ordinario di Genetica (Università di Ferrara);

Maurizio Gatti è ordinario di Genetica (Università Sapienza); Patrizio Dimitri è associato di Genetica (Università Sapienza)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

