la Repubblica.it

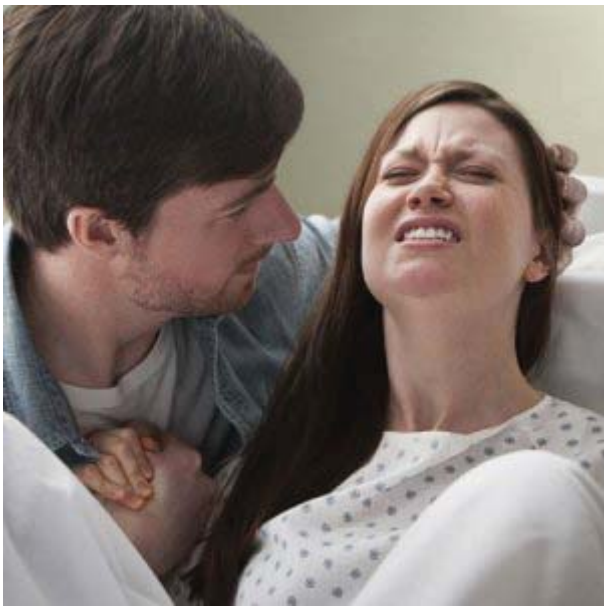
04-05-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

Gas esilarante in sala parto per nascita più 'lieve'

La tecnica sperimentata all'Istituto Clinico Brescia, sicuro e alternativo a epidurale



Il gas esilarante è utilizzato al reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Istituto Clinico Città di Brescia **MILANO -** Gas esilarante in sala parto, per una nascita con meno dolore e meno ansie. E' quanto accade al reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Istituto Clinico Città di Brescia, per affrontare al meglio il momento del parto che "rappresenta senza dubbio una grande gioia per la mamma - spiega la struttura - ma allo stesso tempo è visto, dalla maggior parte delle donne, con ansia e timore per il dolore che comporta". Il gas esilarante, il cui nome per la chimica è protossido di azoto, è un gas incolore, dall'odore vagamente dolce, da tempo usato per i suoi effetti come anestetico e analgesico. E' più noto però per la capacità di dare lieve euforia, mentre è raro sentir parlare di un suo impiego in sala parto.

Già testato negli Stati Uniti. Il gas esilarante negli Stati Uniti è già stato testato negli Stati Uniti e in altri ospedali in italiani. "L'aspetto più interessante del suo utilizzo - sottolinea Michele Tarantini, Responsabile del reparto di Ostetricia - è quello di essere on-demand: la partoriente può decidere

quando azionare la valvola che regola il fluire del gas nella mascherina posizionata su naso e bocca. La futura mamma è quindi libera di tenere sotto controllo il proprio livello di dolore in modo autonomo e mirato".

Sicuo per mamma e bambino. Secondo gli esperti di Brescia, "il protossido d'azoto può essere considerato a tutti gli effetti un'alternativa sicura e non invasiva all'epidurale. E' sicuro, non presenta effetti collaterali o rischi per mamma e bambino, quindi il suo utilizzo può anche essere prolungato durante tutto il travaglio". Infine, la donna rimane sempre sveglia e vigile, e quindi "può partecipare attivamente a tutte le fasi del travaglio e non perdersi nemmeno un minuto dell'esperienza di diventare madre".

adnkronos

04-05-2016

http://www.adnkronos.com

Non solo epidurale, in sala parto l'analgesico che si inala

Ha un effetto analgesico, ansiolitico e lievemente euforizzante. In alternativa all'epidurale, in sala parto arriva un **nuovo anestetico che si inala**. E' il protossido d'azoto, un gas che miscelato in parti uguali con l'ossigeno, agisce sul sistema nervoso centrale, **stimolando la produzione di endorfine** e consentendo alla partoriente di rilassarsi, alleviare il dolore del travaglio e dell'espulsione. Lo propone il reparto di Ostetricia e ginecologia dell'Istituto clinico Città di Brescia come "un'alternativa sicura e non invasiva all'epidurale".

Un analgesico 'on-demand': "L'aspetto più interessante dell'utilizzo del protossido d'azoto - spiega Michele Tarantini, responsabile del Reparto di ostetricia dell'Istituto clinico Città di Brescia - è che la partoriente può decidere **quando azionare la valvola** che regola il fluire del gas nella mascherina posizionata su naso e bocca. La futura mamma è quindi libera di tenere sotto controllo il proprio livello di dolore in modo autonomo e mirato".

L'effetto del gas è rapido, ma svanisce anche rapidamente, poiché non viene metabolizzato dall'organismo e quindi **viene eliminato in tempi brevi**. Per questa ragione le inalazioni vanno ripetute in tempi ravvicinati o al bisogno. Gli esperti assicurano che "non presenta effetti collaterali o rischi per mamma e bambino", e il suo utilizzo può anche essere prolungato durante il travaglio. "La partoriente rimane sveglia e vigile, non perde mai la propria mobilità e ha il controllo della propria muscolatura - conclude Tarantini - quindi può partecipare attivamente a tutte le fasi del travaglio e non perdersi nemmeno un minuto dell'esperienza di diventare madre".

04-05-2016

Lettori
24.154

www.agi.it

Gas esilarante in sala parto per affrontare il travaglio

Roma - **Gas "esilarante" in sala parto, per consentire alle partorienti di rilassarsi e alleviare il dolore**. Il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Istituto Clinico Citta' di**Brescia** mette a disposizione delle partorienti un nuovo anestetico inalatorio, il protossido d'azoto, noto appunto come gas "esilarante", che miscelato in parti uguali con l'ossigeno ha un effetto analgesico, ansiolitico e lievemente euforizzante, poiche' agisce sul sistema nervoso centrale stimolando la produzione di endorfine e consentendo alla partoriente di rilassarsi, alleviare il dolore del travaglio e dell'espulsione. Il protossido d'azoto puo' quindi essere considerato a tutti gli effetti un'alternativa sicura e non invasiva all'epidurale. "L'aspetto piu' interessante dell'utilizzo del protossido d'azoto e' sicuramente quello di essere on-demand: la partoriente puo' decidere quando azionare la valvola che regola il fluire del gas nella mascherina posizionata su naso e bocca.

La futura mamma e' quindi libera di tenere sotto controllo il proprio livello di dolore in modo autonomo e mirato" sottolinea il dottor Michele Tarantini, Responsabile del**reparto di Ostetricia dell'Istituto Clinico Citta' di Brescia**. L'effetto del gas e' rapido, ma altrettanto rapidamente svanisce, poiche' non viene metabolizzato dall'organismo e quindi viene eliminato in tempi brevi. Per questa ragione le inalazioni vanno ripetute in tempi ravvicinati o al bisogno. **Il protossido d'azoto e' sicuro, non presenta effetti collaterali o rischi per mamma e bambino**, quindi il suo utilizzo puo' anche essere prolungato durante tutto il travaglio. "La partoriente rimane sveglia e vigile, non perde mai la propria mobilita' e ha il controllo della propria muscolatura, quindi puo' partecipare attivamente a tutte le fasi del travaglio e non perdersi nemmeno un minuto dell'esperienza di diventare madre" conclude Tarantini. (AGI)

quotidianosanità.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Aborto. Lorenzin risponde al Consiglio d'Europa: "Negli ultimi 30 anni si sono più che dimezzati a parità di medici obiettori"

Le interruzioni volontarie di gravidanza nel 1983 erano pari a 233.976, mentre nel 2014 sono scese sotto a 97.535. "In 30 anni, quindi, le ivg sono calate di 131.216 unità, mentre i non obiettori sono scesi di sole 117 unità". Lo ha dichiarato il ministro della Salute in un'informativa alla Camera in merito all'attuazione della Legge 194, alla luce della recente pronuncia del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa.

Le interruzioni volontarie di gravidanza in Italia "nel 1983 erano pari a 233.976; nel 2013 sono più che dimezzate (102.760) e nel 2014 sono scese sotto a 97.535. A questo dato corrisponde un valore sostanzialmente costante dei ginecologi non obiettori: 1607 nel 1983 e 1490 nel 2013. In 30 anni, quindi, le Ivg sono calate di 131.216 unità, mentre i non obiettori sono scesi di sole 117 unità". Lo ha affermato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, in un'informativa alla Camera in merito all'attuazione della Legge 194 sull'Ivg, alla luce della recente pronuncia del Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa che ha rilevato difficoltà di accesso all'ivg per le donne italiane.

"La conseguenza - ha sottolineato il ministro - è che, in questi trent'anni, c'è stato un dimezzamento del numero di IVG settimanali, a livello nazionale, a carico dei ginecologi non obiettori, che nel 1983 effettuavano 3,3 Ivg a testa a settimana, mentre ne effettuano 1,6 nel 2013. Mi chiedo, pertanto - ha affermato - perché si denunci, solo oggi, un presunto eccesso di obiettori di coscienza, e analoga denuncia non sia stata fatta negli anni precedenti, quando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore era più del doppio". Dalle Regioni, inoltre, ha aggiunto, "non è giunta alcuna segnalazione di carenza di medici non obiettoi" e "il numero dei punti ivg appare più che adeguato rispetto al numero delle ivg effettuate".

Lorenzin ha anche precisato che "il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, contrariamente a quanto affermato da più parti, non si è ancora pronunciato sulla questione in maniera definitiva". Riferendosi quindi alle strutture ospedaliere, Lorenzin ha sottolineato che la legge 194 "non prevede interventi di ivg in tutte le strutture ospedaliere: garantire l'intervento sanitario di ivg non significa che lo stesso debba essere effettuato in tutte le strutture. Nel Ssn non tutte le prestazioni sanitarie sono infatti disponibili in ogni struttura sanitaria. Allo stesso modo, la legge 194 non impone che tutti gli ospedali abbiano un reparto di ostetricia e ginecologia che offra ivg".

Ogni regione, ha rilevato, "ha autonomia organizzativa". Inoltre, ha aggiunto il ministro, "è evidente che non è possibile reclutare personale sanitario con contratti a tempo indeterminato chiedendo fra i requisiti l'essere non obiettore".

Quanto ai casi di ivg rilevati nell'ultima Relazione al Parlamento sull'attuazione delle legge 194, ha ricordato, "nel 2014, il numero di ivg è stato, per la prima volta, inferiore alle 100.000 unità. Sono state notificate dalle Regioni 97.535 ivg, con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (105.760 casi), più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia". Quindi, ha commentato il ministro "ciò significa che la legge ha funzionato".

quotidianosanità.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Aborto. Aogoi: “In Italia evitabile 1 su 4 con maggiore attenzione ai bisogni delle donne”

Nel 2013, il 26,8% delle interruzioni volontarie di gravidanza registrate in donne con precedente esperienza abortiva. L'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani lancia un progetto per la corretta informazione contraccettiva di chi affronta questo momento particolarmente delicato della vita. Poter evitare 20.000 aborti in un anno comporterebbe un risparmio di 38 milioni di euro.

Per la prima volta sono scese sotto soglia 100.000, le interruzioni volontarie di gravidanza nel 2014, assestandosi intorno a quota 97.500. Un traguardo importante, se si pensa che 30 anni fa erano circa 230.000: il fenomeno si è più che dimezzato. Contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, i tassi di abortività più elevati si riscontrano fra donne adulte in possesso di licenza media superiore (42,9%), con un posto di lavoro (43,6%) e senza figli (39%). Ma a preoccupare è la percentuale di aborti ripetuti, stabile al 27%, uno su 4. Una percentuale rimasta pressoché invariata negli ultimi 10 anni.

Questa la fotografia che emerge dalla relazione resa pubblica dal Ministero della Salute a fine 2015, sull’attuazione della legge sulla tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Rapporto che ha spinto Aogoi, l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani a studiare e mettere in opera un piano per contrastare questo fenomeno, attraverso un progetto le cui linee guida sono state definite dal Consiglio Direttivo dell’Associazione. Il Progetto si pone l’obiettivo di prevenire proprio le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute. L’Associazione si propone di offrire un programma di sensibilizzazione degli operatori dei centri italiani sull’importanza di garantire la dovuta attenzione alla contraccezione post-IVG, con un percorso che offra alle donne adeguato counselling contraccettivo subito dopo l’intervento. L’obiettivo del Progetto è in linea con il quadro più ampio del Piano nazionale Fertilità a cui Aogoi ha contribuito.

In Italia, diversamente da quanto avviene in altri Paesi della Comunità Europea, come ad esempio la Francia, i contraccettivi – salvo poche eccezioni - non sono dispensati dal Sistema Sanitario Nazionale. Considerata l’alta percentuale di aborti ripetuti, ciò che sembra emergere nel nostro Paese è che il ricorso alle IVG possa rappresentare, in assenza di adeguata informazione, una via d’uscita contraccettiva. La legge 194/78 prescrive che, quando una donna ricorre a una IVG, è obbligatorio fornirle tutte le informazioni per una regolazione delle nascite consapevole. Purtroppo, tuttavia, ciò non sempre accade.

Uno dei punti cardine del progetto Aogoi è l’aggiornamento e la valorizzazione del ruolo degli operatori dei centri IVG attraverso la realizzazione e la distribuzione di materiale informativo e la pianificazione di incontri di formazione dedicati. Tutto affinché la donna sia sensibilizzata e informata sui metodi contraccettivi disponibili e più adatti ai suoi bisogni e sia portata a ricorrervi.

Quando la richiesta di interruzione di gravidanza è legata a un fallimento contraccettivo o a difficoltà ad attenersi allo schema di assunzione della contraccezione orale oppure all’utilizzo corretto del condom, potrebbe essere utile consigliare i sistemi contraccettivi a lunga durata e reversibili (Larc), come i dispositivi intrauterini e gli impianti sottocutanei, che potrebbero essere inseriti durante l’intervento, senza ulteriori disagi per la donna. L’Organizzazione mondiale della sanità li indica come i sistemi più sicuri e che garantiscono la più alta percentuale di adesione dopo 12 mesi.

Non bisogna neanche sottovalutare l’aspetto economico della questione: è possibile stimare il costo per il Servizio sanitario di un aborto in circa 2mila euro, mentre i Larc hanno un costo che si aggira sui 100 euro. Riuscire a prevenire circa 20mila aborti in un anno, grazie all’impianto di un Larc, permetterebbe un risparmio di 38 milioni di euro. Ai quali va aggiunto l’inestimabile valore derivante dall’evitare alla donna un evento tanto traumatico come una IVG.

L’attenzione alla salute e al benessere sessuale, riproduttivo e psico-fisico della donna e la valorizzazione della professionalità e del ruolo degli operatori dei servizi di IVG costituiscono gli elementi portanti di questa iniziativa che, nelle intenzioni dell’Associazione, contribuirà a ridurre significativamente il tasso delle IVG ripetute, contrastando il fenomeno alla sua radice. L’efficacia del progetto sarà valutata attraverso la distribuzione e l’analisi di un questionario sulla scelta contraccettiva effettuata dalle donne che richiedono la IVG e, a lungo termine, attraverso la verifica di una riduzione delle IVG ripetute puntualmente osservata attraverso i dati Istat.

LASTAMPA.IT

Una proposta di legge contro la violenza in sala parto

Il parto, momento della nascita, associato da sempre a un evento gioioso, può diventare violento e drammatico. Non solo a causa dei problemi che tradizionalmente si possono verificare durante il travaglio, e nemmeno per il dolore fisico che in molti casi prova la donna: le cronache degli ultimi tempi, infatti, parlano con frequenza di morti in sala parto e di violenze in ospedale, come quelle scoperte a Reggio Calabria, che hanno portato a quattro arresti e sette sospensioni tra i medici. Contro questo stato di cose, è iniziata da tempo una mobilitazione, partita con una campagna social basata sull'hashtag #bastatacere, che invitava le madri a raccontare le loro esperienze di abuso e mancanza di rispetto nell'assistenza alla nascita, ma che ora ha portato anche alla presentazione di una proposta di legge ad hoc in Parlamento. Tutto promosso dalle mamme battagliere di Human Rights in Childbirth in Italy , insieme a decine di altre associazioni, che in realtà proseguono una serie di iniziative che vanno avanti addirittura dal 1972, anno della prima campagna "Basta Tacere" e che ora hanno anche costituito un Osservatorio sulla violenza ostetrica (OvoItalia). Se la campagna ha prodotto oltre 1.100 storie, con quasi 22mila like sui social, per la norma scritta dal deputato Adriano Zaccagnini (Sinistra Italiana), col titolo "Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico", la strada verso l'approvazione è ancora molto lunga. Proprio il promotore ha lanciato un appello alla maggioranza parlamentare e alla Ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, a "prendere in considerazione" la proposta, come "primo passo per responsabilizzare il personale medico e rafforzare le linee guida dell'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) sul parto fisiologico". La proposta di legge ha già suscitato una levata di scudi da parte delle associazioni di ginecologi e anestesisti, anche se è stato lo stesso Zaccagnini a precisare che il Pdl non può "essere inteso come un attacco alla categoria medica, in quanto la protezione dei diritti fondamentali della donna e del bambino sono requisiti imprescindibili per erogare una cura rispettosa e di qualità, anche nell'interesse del personale sanitario coinvolto". Ma cosa prevederebbe la nuova norma? In pratica, il punto fondamentale è l'introduzione del reato di «violenza ostetrica», che è basato su una dichiarazione dell'OMS del 2014, in cui si evidenziano tutta una serie di trattamenti inadeguati che le donne possono subire durante il ricovero per il parto: si va dall'abuso fisico diretto a quello verbale, dalle procedure mediche senza consenso (che possono includere perfino la sterilizzazione) alla mancanza di riservatezza, dal rifiuto di offrire una terapia adeguata per il dolore fino alla "detenzione delle donne e dei loro bambini nelle strutture dopo la nascita, connessa all'impossibilità di pagare". Tutti rischi che si accentuano per le adolescenti, le donne

non sposate, le migranti, quelle affette da Hiv o con difficoltà economiche. Alla parte “punitiva” la legge ne associa anche una propositiva, basata in particolare sulla promozione del parto naturale, possibilmente anche al domicilio della donna: dall’altro lato, oltre alle violenze vere e proprie si cercano di limitare anche interventi come il taglio cesareo, che secondo Zaccagnini avrebbe in Italia “statistiche allarmanti e fuori dagli standard europei”, causate dagli incentivi economici a questo tipo di intervento, che andrebbero quindi eliminati. La legge parla poi del divieto di donazione del sangue del cordone ombelicale prima che questo venga trasfuso al neonato, visto che anche su questo secondo i promotori si agisce con troppa disinvoltura e con criteri di “business”; si chiede poi a regioni e Asl di intervenire nel settore, migliorando i servizi di assistenza al parto, e si sanciscono una serie di responsabilità a carico del personale sanitario (medico, ostetrica e struttura) in caso di inappropriata assistenza durante il travaglio e il parto, che sia quindi “negligente, imprudente, imperita e lesiva dei diritti fondamentali”. I danni all’utero sarebbero da rimborsare con non meno di 200mila euro, quelli per la perdita o asportazione dello stesso con almeno 400mila euro, mentre un minimo di 100mila euro è previsto per i danni agli organi genitali o alla zona anale e perineale: tutte condanne cui si aggiungerebbe la pubblicazione della notizia, a spese dei condannati, su “almeno due quotidiani di rilevanza nazionale”. Alcuni diritti riservati.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-MAG-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

Usa, più morti per sviste dei medici che per incidenti aerei e overdose

Diagnosi approssimative, farmaci inappropriati e distrazioni dei chirurghi hanno ucciso 250 mila persone nel 2013 diventando la terza causa di decesso

I NUMERI

2.413
OPERAZIONI SBAGLIATE
Tra il 1990 e il 2010, gli interventi fatti nella parte sbagliata del corpo

4.857
OGGETTI DIMENTICATI
Soprattutto spugnette, nelle pance dei malati dopo le operazioni

27
INTERVENTI INUTILI
I casi in cui sono stati operati pazienti che non ne avevano bisogno

Il team che ha condotto la ricerca: oltre 50 mila vittime soltanto dalle piaghe da decubito

L'ALLARME
ARTURO ZAMPAGLIONE

NEW YORK. Gli errori più vistosi sono quelli dei chirurghi: tra il 1990 e il 2010 hanno operato 2413 pazienti nella parte sbagliata del corpo, hanno dimenticato 4857 oggetti (soprattutto spugnette) nelle pance dei malati e in 27 casi hanno infilato il bisturi nel corpo di un paziente che non aveva bisogno di quella operazione. Ma la maggioranza dei 251.454 americani morti nel 2013 per gli sbagli dei medici è stata vittima di circostanze molto più banali: sviste, farmaci non idonei o in quantità eccessive, analisi di laboratorio approssimative, piaghe di decubito sottovalutate. Quel che è sicuro, comunque, è che gli errori sanitari sono diventati la terza causa di mortalità negli Stati Uniti dopo le malattie cardiovascolari e il cancro. Nel complesso uccidono più persone dell'Aids, il cancro al seno, gli incidenti aerei e le overdose calcolati tutti insieme.

«È un'emergenza che va affrontata e superata», dice Martin "Marty" Makary, il chirurgo dell'ospedale universitario John Hopkins di Baltimora che ha guidato il team di ricerca sugli errori medici. I cui risultati, pubblicati ora su *The Bmj*, il prestigioso ex *British medical journal*, hanno inevitabilmente sollevato grandi polemiche al di là dell'Atlantico, anche perché i medici americani si considerano, con una certa presunzione, i migliori del mondo. Qualcuno ritiene che le cifre siano esagerate: sono più del doppio delle stime che circolavano prima dell'ultima ricerca. Ma Martin Makary e i suoi collaboratori sono convinti dell'accuratezza dello studio, anche se sottolineano per primi l'importanza di cambiare i sistemi di registrazione delle "morti per cause evitabili", come vengono chiamati gli errori medici.

Adesso i certificati di morte compilati da medici e ospedali, i cui dati poi confluiscono nel Cdc (Centers for desease control), l'istituto federale di Atlanta, devono riportare (anche per fini assicurativi) il motivo per cui il paziente è stato ricoverato in clinica o ha chiesto l'intervento delle strutture sanitarie. Così, però, se per caso il paziente aveva una polmonite al momento del ricovero, sarà quest'ultima a figurare come la causa del decesso e non, ad esempio, l'eventuale piaga da decubito o un farmaco somministrato in modo sbagliato.

Le autorità americane dicono che questo è l'approccio usato anche a livello internazionale. Il difetto? Che non permette un'attenta valutazione degli errori e quindi dei metodi per porvi rimedio. Di qui l'ipotesi di Makary e del suo collega Michael Daniel: i certificati dovrebbero specificare se la morte poteva essere evitata. Così i dati sarebbero più precisi e si farebbe di più per combattere il fenomeno della malasanità.

In particolare, dicono ancora i ricercatori del John Hopkins, alcune criticità verrebbero alla luce: a cominciare dalle piaghe da decubito che sono all'origine di mezzo milione di ricoveri all'anno, di cui circa 50mila sfociano nel decesso dei pazienti, per lo più anziani e malati di mente.

Certo, il bilancio complessivo degli errori fa paura. Si sapeva che la prima e la seconda causa di morte negli Stati Uniti erano rispettivamente i problemi al cuore, che nel 2013 hanno portato a 611 mila i morti negli Usa per questa causa, e il cancro (585mila decessi). Ma è stata una sorpresa che il numero dei morti per un errore superasse le 250mila unità: cioè molto più dei suicidi (41mila), delle malattie respiratorie come la polmonite (149mila), degli incidenti d'auto (34mila) o delle morti per armi da fuoco (34mila).

Qualcuno insinua che sarebbero proprio i medici a fare resistenza, opponendosi a un nuovo sistema per registrare gli errori nel timore che possa danneggiare molte carriere. Ma secondo Makary dovrebbero essere i primi a rallegrarsi: perché responsabilità e problemi gestionali diventerebbero più chiari, a beneficio di tutti.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

L'identikit dei "nuovi" medici. Preferiscono lavorare in ospedale, amano la ricerca e la divulgazione medico-scientifica. Ma entrare nel mondo del lavoro resta difficile

L'89% dei giovani medici intervistati manifesta la necessità di ricevere orientamento e formazione in materia di etica e di deontologia professionale. Nell'ultimo anno il 20,9% ha lavorato presso un ambulatorio privato, il 17,5% ha fatto sostituzioni di medicina generale, il 19,2% è un ospedaliero del Ssn, il 16,5% ha lavorato in una clinica privata e l'11% è un medico ospedaliero in una struttura convenzionata. L'INDAGINE DELL'OIS

Anche in condizioni di instabilità occupazionale e di discontinuità, i giovani medici rappresentano spesso, per inclinazione ai valori, capacità di dialogo con i pazienti, entusiasmo e dedizione, punti di riferimento significativi nelle comunità nelle quali sono inseriti. È il quadro che emerge dall'indagine sui camici bianchi under 40 'Chi ci curerà nel 2020?' realizzata da OIS (Osservatorio Internazionale della Salute) in collaborazione con OMCeO Roma insieme a FIMMG Roma, Cimo e Consulcesi.

La ricerca, presentata oggi presso il Ministero della Salute, è stata condotta attraverso un questionario online autosomministrato che è stato inviato a tutti i medici tra i 25 e i 40 anni. Il disegno della rilevazione ha previsto l'estrazione di un campione di circa 800 rispondenti (corrispondente a una frazione sondata pari a circa il 10%). L'indagine è stata concentrata su sei aree tematiche: la condizione professionale e retributiva dell'ultimo anno; le aspirazioni per il futuro; le esperienze di volontariato; la domanda formativa sui temi etici e deontologici; la tutela professionale e gli strumenti di sostegno finanziario alla professione.

Il profilo tipo che emerge utilizzando modelli statistici avanzati è quello di un giovane medico che inizia a lavorare prima dei 28 anni, aspira ad entrare in una struttura ospedaliera o in una clinica, oppure a svolgere attività di divulgazione medica e scientifica. Un altro aspetto che caratterizza questi giovani medici è rappresentato dall'impegno sociale, espresso attraverso l'attività di volontariato che svolgono o hanno svolto in passato.

Il dato sull'inserimento lavorativo è molto positivo rispetto ad altre professioni (l'85,1% degli intervistati svolge attività medica retribuita), ma si segnala una grande frammentarietà con il 32,1% che ha fatto almeno due attività diverse nel corso dell'ultimo anno. Nell'indagine si confermano alcuni dei mali cronici del mercato del lavoro italiano: così ci sono ben tre punti percentuali di scarto tra gli uomini e le donne occupate (86% a 83%) e oltre 4 punti rispetto alla quota di medici che sperimenta un ingresso precoce nel mercato del lavoro: il 59,9% delle donne comincia a lavorare entro i 28 anni, contro il 64,3% dei colleghi dell'altro sesso.

Da segnalare, inoltre, che l'89% dei giovani medici intervistati manifesta la necessità di ricevere orientamento e formazione in materia di etica e di deontologia professionale. Questa sensibilità è particolarmente accentuata fra le donne (92,6%), fra i più anziani (fra gli over 36, si raggiunge il 91%), fra i residenti nelle regioni del Nord (95,6%).

Per quanto riguarda le strutture in cui sono impiegati, nell'ultimo anno il 20,9% ha lavorato presso un ambulatorio privato; il 17,5% ha fatto sostituzioni di medicina generale; il 19,2% è un ospedaliero del Ssn; il 16,5% ha lavorato in una clinica privata; l'11% è un medico ospedaliero in una struttura convenzionata; l'8,7% ha avuto incarichi di guardia medica; l'8,9% ha svolto attività medica sul territorio per il Ssn. Infine, il 4,7% dei medici ha lavorato all'estero.

I giovani medici manifestano anche una buona propensione alla ricerca scientifica e alla divulgazione medica: indicano queste inclinazioni rispettivamente il 50,8% e il 40,5% degli intervistati. Gradirebbero svolgere attività di ricerca scientifica il 52,6% delle donne, e i medici più giovani (56,4%). La divulgazione medica è una preferenza espressa maggiormente dagli uomini, il 43%, mentre è meno sentita dagli over 35, tra i quali la indicano il 36,7% degli intervistati. I medici residenti del Mezzogiorno sono i più interessati alla medicina divulgativa: scelgono infatti questa attività il 43,1% di coloro che risiedono al Sud.

Molto diffusa tra i giovani medici la copertura assicurativa. È infatti l'87,5% la quota di coloro che l'ha sottoscritta. Tale percentuale raggiunge il 90% tra gli over 30, il 91,2% nelle regioni del Nord, mentre in quelle del Mezzogiorno si attesta all'84,7%. Il 4,9% dei medici assicurati ha dovuto ricorrere all'assistenza per la copertura di un danno. In generale, il 69,2% degli intervistati si sono dichiarati interessati a un programma di sostegno finanziato agevolato per l'avviamento della propria attività professionale. Si tratta, in particolare del 72,6% delle donne, l'85,2% dei medici più giovani (under 30), il 75,2% dei medici residenti nelle regioni del Centro e il 96,8% degli intervistati non specializzati e l'82,1% degli odontoiatri.

Le differenze territoriali si riflettono nettamente sui livelli di occupazione. È occupato il 92% dei medici residenti nelle regioni del Nord. Il valore scende all'83,8% al Centro e si abbassa ancora di più nel Sud, raggiungendo il 76,4%. I medici residenti al Nord e nel Mezzogiorno lavorano più frequentemente in un ospedale del SSN (35,4% e 30,6% rispettivamente), quelli del Centro presso ambulatori privati (23,4%). La maggior parte dei medici comincia a lavorare entro i 28 anni, ma in proporzione diversa a seconda della geografia: il 70,9% di quelli del Nord e il 56,1% di quelli del Centro, mentre solo il 40% di quelli del Mezzogiorno hanno avuto questa possibilità.

"La finalità di questo tipo di indagini è proporre soluzioni – conclude Giuseppe Petrella, Presidente del Comitato Scientifico di OIS – facendo, dunque, seguire l'azione alla ricerca. In tal senso una risposta all'esigenza di superare le difficoltà causate dal blocco del turnover del Servizio sanitario nazionale, è costituita da forme innovative di economia sociale, come le startup di giovani medici. Tali startup, senza inficiare compiti e funzioni del Ssn, potrebbero avere natura low-profit e realizzare progetti di medicina preventiva (campagne di educazione sanitaria, screening, sensibilizzazione su tematiche di attualità) per conto di Enti pubblici o privati; iniziative e servizi innovativi a sostegno dei pazienti con patologie croniche; attività di medicina divulgativa (blog, siti web, giornali, WebTV).

Queste startup, aggiunge Petrella, "potrebbero orientarsi all'assistenza primaria ambulatoriale, all'assistenza domiciliare integrata e alla creazione di comunità assistenziali. I risultati suggeriscono però anche di estendere al maggior numero possibile di giovani professionisti, attraverso un coordinamento ad esempio con le Onlus e con le realtà del terzo settore, l'opportunità di dedicarsi alla pratica sanitaria nell'ambito del mondo del volontariato, che possano offrire ai giovani medici una occasione di crescita culturale, sociale e professionale. Inoltre sarebbe auspicabile creare pacchetti previdenziali integrativi dedicati ai giovani professionisti e programmi di sostegno finanziario, da destinare a chi avvia l'attività professionale, finalizzati a specifiche iniziative".

la Repubblica.it

05-05-2016

Lettori
37.302

http://la.repubblica.it/salute

I giovani medici hanno sempre un lavoro: "L'86 per cento stabile e retribuito"

I dati dell'inchiesta "Chi ci curerà nel 2020?" dell'Osservatorio internazionale della salute. Il 64,3 per cento dei maschi inizia entro i 28 anni, un terzo ha fatto volontariato. Meno del 5 per cento ha realizzato esperienze all'estero

Secondo lo studio c'è più domanda di camici bianchi in corsia che offerta L'INDAGINE sui giovani medici"Chi ci curerà nel 2020?" dice che c'è più domanda – camici bianchi in corsia – che offerta. Dice che le strozzature delle università italiane, all'altezza delle scuole di specializzazione, non portano agli ospedali il numero dei medici necessari oggi e per il futuro prossimo. Già, la professione del medico è un lavoro richiesto. Chi arriva in fondo alla laurea e alla specializzazione non resta disoccupato. I giovani medici occupati (qui si prende in esame la fascia d'età tra i 25 e i 40 anni) sono l'86 per cento, le donne arrivano all'83 per cento. Il 64,3 per cento dei maschi inizia a lavorare entro i 28 anni.

Al Nord sono il 92%. Al Nord i giovani medici con un lavoro stabile retribuito sono addirittura il 92 per cento, il 76,4 per cento al Sud (dove l'occupazione entro i 28 anni crolla, però, al 40 per cento). Prima di trovare un'occupazione certa un terzo ha già fatto almeno due lavori a tempo determinato: ambulatori privati, cliniche, guardie mediche. Tra i giovani medici non esiste fuga dei cervelli: quasi nessuno ha lavorato all'estero (il 4,7 per cento) e oltre il 37 per cento ha fatto esperienze mediche di volontariato (anche all'estero, temporanee). Si sono cimentati con il Terzo settore soprattutto, in questo caso, i clinici del Sud.

Un buon rapporto con i pazienti. I giovani medici, che hanno già introiettato esperienze ricche e articolate, si scoprono poco conflittuali con i loro pazienti: solo il 4,5 per cento ricorre alle assicurazioni per il risarcimento di un danno anche se l'87,5 per cento possiede una copertura (nel Nord si supera il 91 per cento). Soprattutto, il camice bianco di domani predilige il lavoro in ospedale: è il 77,1%. Il quadro dell'inchiesta dell'Osservatorio internazionale della salute(800 intervistati, il 10 per cento degli ottomila giovani medici sul territorio a cui vanno aggiunti seimila specializzandi), presentata oggi al ministero della Salute, è sorprendente.

Il blocco del turnover. Nel 2016 si avvista un giovane medico che cerca di superare il blocco turnover con iniziative proprie. Sette su dieci, per farlo, chiedono un sostegno finanziario agevolato. Spiega il professor Giuseppe Petrella, presidente del comitato scientifico di Ois: "I medici under 40 cercano forme innovative di economia sociale, a volte avviano startup di natura low-profit per realizzare progetti di medicina preventiva per conto di enti pubblici o privati, iniziative a sostegno dei pazienti con patologie croniche, attività di medicina divulgativa attraverso blog, siti web, giornali, webtv". Le startup, che sono la vera novità di questa fase clinica e nascono soprattutto nel Centro Italia, potrebbero orientarsi all'assistenza primaria ambulatoriale, all'assistenza

domiciliare integrata, alla creazione di comunità assistenziali. L'esperienza nel volontariato, da questo punto di vista, aiuta. Un coordinamento con le Onlus e le realtà del Terzo settore potrebbe creare nuove realtà mediche parallele al Servizio sanitario nazionale.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-MAG-2016
da pag. 22
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

L'INCHIESTA/OGNI ANNO 80 PAZIENTI OPERATI ALL'ORGANO SANO

Il chirurgo sbaglia un giorno su 4

MICHELE BOCCI

A VOLTE basterebbe un pennarello nero. Nell'era della medicina super tecnologica, avrebbe senso fare un segno di inchiostro sul corpo del paziente prima di entrare in sala operatoria. Si eviterebbe di intervenire sul ginocchio sbagliato, insomma, di commettere uno degli 80 gravi "errori di lato" registrati ogni anno in Italia.

A PAGINA 22 CON ARTICOLI DI DEL BELLO E ZAMPAGLIONE

Malasanità. Dall'inchiostro per cerchiare il punto esatto sul quale intervenire alla verifica dell'identità del paziente. Ecco la check-list salvavita in sala operatoria

Ottanta operazioni all'anno su organi e arti sbagliati "Ma per evitare gli errori può bastare un pennarello"

I CASI

LUCCA
Il 14 aprile nell'ospedale cittadino viene asportato il rene sano a un paziente 60enne, che dovrà essere rioperato a quello con il cancro

MILANO
Il 28 aprile una donna incinta di due gemelli muore alla Mangiagalli. La procura indaga 4 persone. I medici hanno cercato inutilmente di far nascere i bambini

CATANIA
Due medici dell'ospedale Garibaldi sono stati rinviati a giudizio a fine aprile per aver operato un paziente al ginocchio sbagliato, il sinistro

MICHELE BOCCI

ROMA. A volte basterebbe un pennarello nero. Lo dicono anche gli esperti: nell'era della medicina super tecnologica, dei macchinari sofisticati e delle procedure blindate, avrebbe senso ricordarsi di fare un segno di inchiostro sul corpo del paziente prima di entrare in sala operatoria. Si eviterebbe così di intervenire sul ginocchio sbagliato, di passare il bisturi sul fianco del rene sano, di preparare la protesi per la spalla che funziona, insomma di commettere uno degli 80 gravi "errori di lato" registrati ogni anno in Italia su 8 milioni di interventi tra quelli in regime di ricovero e quelli ambulatoriali.

Il linguaggio burocratico degli ospedali li chiama proprio così, "errori di lato". Sono figli delle simmetrie del nostro corpo, assai meno rari di quello che si potrebbe pensare. Quanti ne avvengono? Quando si entra nel campo degli sbagli del sistema sanitario i dati ballano. Colpa della scarsa voglia di segnalare i sinistri da parte dei medici e degli ospedali. Comunque, secon-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-MAG-2016
da pag. 22
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

do le ricerche internazionali, capitano più o meno una volta ogni 100mila interventi. In Italia significa appunto almeno 80 pazienti l'anno operati nel posto sbagliato, uno ogni quattro giorni. Casi dai quali originano processi, sospensioni, cause di risarcimento. Lo sanno bene all'ospedale di Lucca dove a metà aprile un urologo ha asportato a un paziente il rene sano e lasciato intatto quello malato di cancro.

Gli errori chirurgici rappresentano circa un terzo di quelli che avvengono negli ospedali. Secondo una ricerca condotta in alcune delle più grandi strutture italiane qualche anno fa, ma i cui risultati sono ritenuti ancora validi, dannegerebbero circa 150mila dei 4 milioni sottoposti a intervento. Ovviamente molto spesso si tratta di problemi banali, che magari si risolvono in qualche giorno, ma talvolta invece il malato muore. Uno degli sbagli più diffusi ha a che fare con "strumenti o altri materiali lasciati all'interno del sito chirurgico", secondo la dicitura del ministero. È circa sei volte più frequente dell'errore di lato.

La signora Anna Maria Casadei ha intuito già molto tempo fa l'importanza di fare un segno sulla parte del corpo da operare. «Nel 1994 ho fatto un intervento a un seno e prima di entrare in sala ci ho disegnato sopra una margherita — racconta — Poi nel 2008 ho fatto la stessa cosa per l'operazione all'anca. Così il chirurgo non poteva sbagliare». Certamente non lo sapeva, ma la signora Casadei ha anticipato un protocollo medico. Per evitare gli errori in sala, ormai molti ospedali chiedono che i chirurghi prima dell'inizio dell'intervento compilino una "check list", fatta propria anche dal ministero della Salute. Si tratta di verificare il compimento, spuntandole su un foglio, di una serie di operazioni. Tra queste c'è la somministrazione di terapie antibiotiche e anti coagulanti, il controllo delle lastre ma anche dell'identità del paziente, e la descrizione dell'intervento. Ma c'è anche, appunto, l'accertamento "che il sito chirurgico sia stato marcato".

Come spiega Riccardo Tartaglia, coordinatore del Comitato delle Regioni per la sicurezza delle cure, «negli Usa ci sono campagne pubblicitarie dove si mostra il chirurgo che, talvolta anche insieme al paziente, traccia un segno sula zona da operare». Una precauzione che sembra banale, ma che viene presa molto sul serio e purtroppo non sempre è rispettata. Un po' come il lavaggio delle mani degli operatori sanitari per evitare infezioni nei malati.

La cultura della segnalazione dell'errore non è ancora sviluppata nel nostro Paese. E infatti dal 2005 al 2012 sono stati comunicati al ministero soltanto 1.900 eventi sentinella, tra i quali gli errori di lato sono appena 26. Del resto ci sono Regioni che non inviano i dati degli errori in corsia. «Da noi non si dice di aver sbagliato per paura di perdere la reputazione con i colleghi, per timore delle conseguenze legali, per la poca disponibilità a discutere dei pochi sbagli», dice sempre Tartaglia, che fa anche parte della task force istituita dal ministro Beatrice Lorenzin dopo il caso della piccola Nicole, la neonata morta a Catania nel febbraio 2015. Si tratta di un gruppo di esperti che interviene sui casi, sospetti, di errore grave. L'intento è quello di trovare cosa non ha funzionato nelle procedure e raccogliere informazioni per evitare che eventi del genere si ripetano. «Qual è la prima giustificazione che adduce chi ha sbagliato? Che nella sua carriera una cosa del genere non era mai successa», racconta Tartaglia. Anche Gianluigi Melotti, presidente onorario dell'Acoi, associazione dei chirurghi ospedalieri, sottolinea come «la raccolta dei dati non funziona. Gli errori di lato segnalati sono meno di quelli che avvengono. Anche perché non hanno sempre a che fare con organi o grandi articolazioni, ma anche con varici o ernie». Su un punto gli esperti sono tutti d'accordo. Non basta lo sbaglio di un solo medico per provocare il disastro. «Quasi sempre è un fatto che riguarda più professionisti — dice Andrea Pietrabissa, chirurgo di Pavia con alle spalle 5mila interventi — Ormai lavoriamo per procedure, ci sono controlli multipli per ciascun paziente. Servono a ridurre il rischio di qualcosa che continuerà a succedere ma che dobbiamo rendere meno probabile». In certi casi anche grazie a un pennarello.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-MAG-2016
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA 1 / LA CONFESSIONE DI UN MEDICO

"Una carriera lunga 20 anni bruciata con un intervento su una parte del corpo sana"

IL TRAUMA

Ho parlato subito ai parenti del malato e mi sono preso tutte le colpe

ROMA. «Quando succede, ti crolla il mondo addosso. Il tuo passato improvvisamente vale zero. E sai che domani sarai massacrato». Anche guardando dalla prospettiva del chirurgo, l'errore medico è disperazione e angoscia. A raccontare come ci si sente è un dottore che ha operato un paziente all'organo sbagliato e chiede di restare anonimo.

Quando si è reso conto di ciò che era successo?

«Durante l'intervento. Appena ho capito, mi è crollato il mondo addosso. Tutto quello che puoi aver fatto per vent'anni di carriera, le migliaia di persone che hai visitato, la stima dei colleghi: finisce tutto».

Che cosa è successo in sala?

«Hanno perso tutti la rotta. Mi sono sentito come il comandante di una nave che stava affondando. Ho provato a tranquillizzare gli altri dicendo che la responsabilità era solo mia e me la sarei presa».

Ha parlato con i parenti del paziente?

«Dormiva ancora quando sono uscito dalla sala per spiegare ai familiari cosa era successo, senza omettere niente. Non sapevo cosa mi aspettava, magari un pugno in faccia. Mi sono scusato e loro alla fine hanno capito».

E dopo?

«Il giorno dopo è pure peggio. Sono nato per salvare le persone e invece ho fatto un casino. Sapevo che un uomo stava male per colpa mia. E questo è peggio del percorso giudiziario da affrontare».

Ha ripreso subito a operare?

«Sì, se ci si ferma è peggio. Ma tutte le mattine, quando entro in sala, prima penso a quel paziente. Ormai fa parte della mia vita».

(mi.bo.)

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-MAG-2016
da pag. 23
foglio 1
www.datastampa.it

L'INTERVISTA.2 / FRANCESCO CORCIONE, SOCIETÀ DI CHIRURGIA

"Impossibile azzerare i rischi ma l'ansia da prestazione rende tutto più complicato"

I CONTROLLI

Non sono gli errori a essere cresciuti, ma l'attenzione sul nostro lavoro

GIUSEPPE DEL BELLO

NAPOLI. Francesco Corcione è presidente della Società italiana di chirurgia e primario dell'Azienda ospedaliera Monaldi di Napoli. E mette le mani avanti: «Bisogna distinguere. Tra errore, come dimenticare una garza o una pinza in addome che comporta un danno al paziente, e complicanza, la conseguenza di una fatalità imprevedibile che può sopravvenire anche dopo avere eseguito un intervento tecnicamente perfetto».

Perché i chirurghi sbagliano?

«Ci sono meno errori che in passato. Ma oggi c'è grande attenzione anche mediatica. Va detto però chiaramente che gli errori sono parte del nostro lavoro, una componente ineludibile. Noi chirurghi possiamo mirare a ridurre al minimo il rischio di sbagliare, ma mai potremo avere la presunzione di azzerarlo».

Insomma, gli errori sono giustificabili?

«No, chi sbaglia, sbaglia. Ma oggi anche in sala operatoria a inizio e fine intervento si fa la check-list, l'elenco di ferri e presìdi utilizzati. E dobbiamo identificare col paziente la patologia da cui è affetto e il lato da trattare».

Tutto bene, allora?

«No, ci danneggiano i continui solleciti a produrre. Così come pesa la riduzione di fondi. Se sei costretto a lavorare in modo frettoloso e angosciante perché a fine anno devi fornire la dimostrazione numerica di quanto hai fatto, le conseguenze si sentono. E poi serve una migliore comunicazione tra i componenti dell'équipe, l'informatizzazione della cartella clinica e delle procedure da eseguire, fino alla prescrizione di farmaci».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

04-05-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Tabacco: Corte respinge ricorso, valida nuova direttiva Ue

Confermato ok standard pacchetti, bando del mentolo e regole e-cig

Tabacco: Corte respinge ricorso, valida nuova direttiva Ue

BRUXELLES - La nuova direttiva europea sul tabacco è valida. La conferma è arrivata dalla Corte di Giustizia europea che ha respinto il ricorso della Polonia, sostenuta dalla Romania, contro la standardizzazione dei formati dei pacchetti e degli avvertimenti sulla nocività, contro il bando delle sigarette al mentolo entro il 20 maggio 2020 e sul regime specifico per le sigarette elettroniche.
Per quanto riguarda le sigarette al mentolo, la Corte ha rilevato che le sigarette aromatizzate hanno "effetti sull'iniziazione al consumo di tabacco", ricordando che il mentolo "per la sua gradevolezza ha lo scopo di rendere i prodotti del tabacco più desiderabili per i consumatori e che la riduzione dell'attrattività di tali prodotti può contribuire a diminuire la diffusione del tabagismo e della dipendenza sia presso i nuovi consumatori sia presso i consumatori abituali".
Piena conferma anche per le disposizioni che riguardano gli imballaggi: devono sparire le confezioni da dieci, su ogni pacchetto devono comparire messaggi e immagini dissuasivi su almeno il 65% della superficie tanto sul fronte quanto sul retro. Infine, a proposito delle sigarette elettroniche, la Corte ha - tra l'altro - rilevato che la direttiva "consente agli stati membri di impedire che le norme di conformità siano eluse".

quotidianosanità.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Fumo. Più difficile smettere se si beve troppo

Un piccolo studio su uomini polacchi ha mostrato come le persone dipendenti dall'alcool processino rapidamente la nicotina nell'organismo: una condizione che potrebbe rendere più difficile smettere di fumare. "Non abbiamo valutato cosa succedeva quando le persone bevevano, ma dopo che avevano smesso i loro elevati tassi di metabolismo della nicotina calavano gradualmente".

(Reuters Health) "Quando il metabolismo della nicotina è più elevato, per le persone tende ad essere più difficile smettere di fumare", ha detto Noah R. Gubner del Center for tobacco Control Research and Education della University of California, San Francisco.. "Se due persone stanno provando a smettere di fumare e usano un cerotto alla nicotina, quella con un maggiore metabolismo della nicotina eliminerà la sostanza più velocemente e percepirà prima il desiderio di fumare nuovamente".

Lo studio
Nel 2011 e 2012, i ricercatori hanno studiato 22 fumatori maschi bianchi ospiti di un centro polacco per la cura delle persone dipendenti dall'alcool. Gli studiosi hanno analizzato i campioni di urina dei partecipanti per misurare i livelli di nicotina e il metabolismo una, quattro e sette settimane dopo essersi disintossicati dall'alcool.

La velocità di processamento della nicotina è calata di circa la metà durante le sette settimane, anche se i soggetti fumavano lo stesso numero di sigarette al giorno. Il 14 aprile, sulla versione online di Drug and Alcohol Dependence, i ricercatori hanno riferito che il consumo elevato di alcool potrebbe scatenare l'enzima principalmente responsabile della metabolizzazione della nicotina. Inoltre, un processamento più rapido della sostanza potrebbe spiegare le basse percentuali di abbandono del fumo tra i soggetti alcolizzati.

I risultati potrebbero essere utili per aiutare gli alcolisti a smettere di fumare. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per sapere se la terapia di sostituzione della nicotina è più efficace dopo che le persone smettono di bere molto.

"Smettere di bere e smettere di fumare sono imprese complesse, e la nicotina e l'alcool potrebbero avere effetti sinergici sui meccanismi della ricompensa e del piacere".

Fonte: Drug Alcohol Depen 2016

Kathryn Doyle

(Versione italiana Quotidiano Sanità/PopularScience)

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 213.091
Diffusione 02/2016: 162.324
Lettori Ed. III 2015: 879.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-MAG-2016
da pag. 26
foglio 1
www.datastampa.it

OSSERVATORIO POLIMI

Gli investimenti non crescono: «Sanità 2.0» avanti piano

di **Roberto Turno**

Non è più un miraggio, ma sicuramente non è ancora realtà. Non è un sogno, ma resta una grande incompiuta. Mentre la tecnologia avanza e le imprese guardano e producono occasioni per il futuro, per la qualità della salute, e perché no, per far risparmiare soldi pubblici, la «sanità 2.0» in Italia avanza piano, non quanto potrebbe e dovrebbe. Tanto meno avanza ai livelli dei nostri partner europei di riferimento. Il racconto dello stato dell'arte nel 2015 della sanità digitale, è stato scritto dal Politecnico di Milano col suo «Osservatorio innovazione digitale in Sanità», nel rapporto presentato ieri nell'ateneo lombardo.

Un rapporto a tutto tondo, che ha investigato tutte le realtà del pianeta e-health italiano che per tanti versi resta ancora sconosciuto ma che tra tante debolezze comincia a far emergere punti di forza e di crescita. E di coscienza di quel che serve per costruire un sistema sempre più avanzato. Intanto il valore dell'investimento nel Ssn, che è in un certo senso la stella polare del possibile e del realizzabile per dare davvero carne e ossa alla sanità che guarda alle chance offerte dalla tecnologia. E le mette in pratica. Ebbene, l'anno scorso l'investimento totale è stato di 1,34 miliardi, l'1,2% dell'intera spesa sanitaria pubblica: un valore di "mantenimento" rispetto all'anno prima, anzi addirittura leggermente inferiore per 30 milioni. Come dire: la spesa non è andata indietro, ed è già qualcosa, ma sicuramente non è cresciuta. Un indizio non esattamente positivo, sebbene non può essere trascurato lo stress in sede locale, ma anche nazionale, per effetto dei tagli al Ssn anche nel 2015.

Eppure tutti - tecnici, osservatori, amministratori, medici - indicano proprio nel livello di finanziamento una delle chiavi decisive per far girare davvero la mitica «sanità 2.0». Anche se non basteranno solo dosi più o meno massicce di maggiori risorse. Mancano ancora un feeling diffuso da parte di medici e operatori, un'alfabetizzazione vera e propria, lo spirito d'iniziativa, una partecipazione più consapevole da parte dei cittadini. Sebbene, come sempre, la popolazione più anziana sia quella che difficilmente e con fatica dialoga e naviga in rete per la sua salute. E poi manca, come sempre in sanità, un cammino omogeneo per tutte le regioni, la capacità di dialogare anche tecnologicamente, una percezione uguale e pari attività tra Nord e Sud d'Italia. Con il Sud che spesso anche per la digitalizzazione della sanità resta una specie di anatra zoppa. «La velocità d'attuazione è ancora modesta e disomogenea, inadeguata rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco. Serve una governance partecipata e responsabile a tutti i livelli», chiosa Mariano Corso, responsabile dell'Osservatorio del Politecnico.

I risultati sul campo sono d'altra parte difformi a seconda anche delle aree specifiche della digitalizzazione. Sulla cartella clinica elettronica si investe di più (64 milioni, +10% sul 2014) e potrebbe crescere ancora quest'anno del 43% secondo le stime degli operatori. Per la telemedicina, altra possibile chiave di volta, la spesa è di 20 milioni, in crescita del 24%, con tele-consulto e tele-salute che figurano tra le soluzioni più diffuse nelle aziende sanitarie. Peccato che ancora non basta, che serve molto di più, considerata la vasta gamma di applicazioni che potrebbe riservare a benefici dei pazienti, in primis i cronici, ma non solo.

Come non basta, anzi resta ancora per troppi nel vago, il fascicolo sanitario elettronico, quello che con un click fa conoscere a chi è abilitato lo stato di salute, il passato e il presente, anche dei consumi sanitari, di tutti noi. Peccato che appena il 5% degli italiani lo ha utilizzato, anche se il 23% sa cosa sia e l'8% ha chiesto informazioni. Intanto appena sei regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Sardegna, Valle d'Aosta e Trento) lo hanno attivato e in altre 11 è in via di sviluppo. Mentre tutto è fermo in Campania, Sicilia, Calabria e a Bolzano. Eppure il dialogo digitale tra medici di base e pazienti sembra crescere. Con il boom di WhatsApp da parte dei medici di famiglia e un crescere di scambi di sms e mail. Chissà se le code calano di conseguenza e la chiarezza migliora. Ma certo ancora non basta. Senza scordare che da due anni si attende il provvedimento sul «Patto per la salute digitale» tra ministero e regioni. Ancora tutto tace, non è dato sapere perché.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

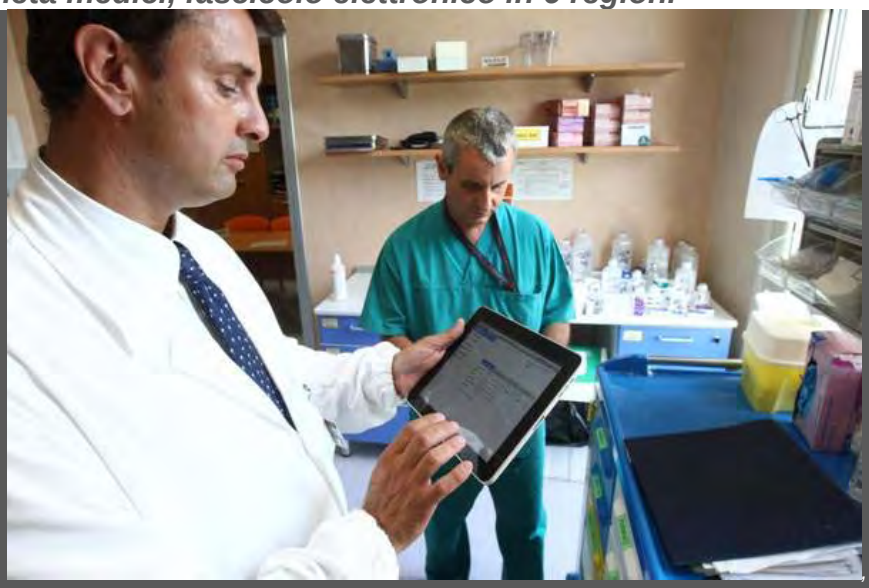
05-05-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Sanità digitale, crescono prenotazioni e referti online

WhatsApp per metà medici, fascicolo elettronico in 6 regioni



ROMA - Cresce la sanita' digitale: il 24% degli utenti prenota online visite ed esami, il 15% consulta documenti clinici. Le ricette dematerializzate sono ormai sette su dieci. E oltre la meta' dei medici di Medicina Generale usa WhatsApp per comunicare con i pazienti. Sono alcuni dei risultati della ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanita' della School of Management del Politecnico di Milano, presentata a Milano.

In un contesto che vede una spesa sanitaria tra le piu' basse d'Europa (3.077 dollari per abitante contro i 3.453 della media europea, a pari capacita' di spesa) e un costo reale destinato a crescere nel futuro, gli investimenti per la digitalizzazione della Sanita' italiana nel 2015 si attestano a 1,34 miliardi di euro, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, circa 22 euro per abitante, mostrando una sostanziale stabilita' rispetto al 2014 (1,37 miliardi di euro).

Nel dettaglio, 930 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie, 320 milioni dalle Regioni, 70 milioni dai 47mila Medici di medicina Generale e 18 milioni direttamente dal Ministero della Salute. Nel 2015 e' stato dematerializzato il 40% dei referti e il 9% delle cartelle cliniche. Il 16% dei referti e' stata consegnata online al cittadino mentre le prenotazioni e i pagamenti effettuati via web sono rispettivamente, il 12% e l'8% del totale. Segnali positivi arrivano dai cittadini, che hanno incrementato l'utilizzo di servizi sanitari online rispetto a quanto rilevato lo scorso anno.

healthdesk

05-05-2016

http://www.healthdesk.it/

INNOVAZIONE

Sanità digitale tra miraggio e realtà

Aumenta l'utilizzo del digitale nel nostro Paese, ma la rivoluzione è lontana. Se cresce infatti la cultura del digitale, mancano però le risorse con cui sostenerlo

Il fascicolo sanitario elettronico? Un italiano su tre sa cos'è, ma in pochi lo hanno visto. La cartella clinica elettronica? Si comincia ad affermare. La ricetta dematerializzata? Dopo tante preoccupazioni, gli italiani la utilizzano in tre casi su quattro.

Sono soltanto alcuni - i più visibili - degli ambiti dell'applicazione del digitale in Sanità nel nostro Paese.

Un settore che è riconosciuto come strategico, ma che stenta a decollare. Qualche miglioramento, però, si comincia a vedere, come mostra una ricerca dell'**Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità**della School of Management del Politecnico di Milano appena presentata.

È vero infatti che la spesa per la digitalizzazione in sanità nel 2015, con 1,34 miliardi di euro, ha registrato una lieve flessione rispetto all'anno precedente (30 milioni in meno), ma i progressivi investimenti cominciano a dare frutti e quello che fino a qualche anno fa

appariva come una chimera oggi è spesso una realtà.

«I primi risultati della “Strategia per la crescita digitale 2014-2020” mostrano come la Sanità digitale in Italia non sia più un miraggio, ma un piano perseguibile che dà frutti concreti», ha affermato il responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità Mariano Corso.

Aziende sanitarie motore dell’innovazione

Vediamoli dunque questi risultati. Tanto per cominciare, dei 1.340 milioni spesi lo scorso anno per la digitalizzazione, 930 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie, 320 milioni dalle Regioni, 70 milioni dai 47 mila medici di medicina generale e 18 milioni direttamente dal ministero della Salute.

E sono proprio le aziende sanitarie le strutture in cui il digitale sta facendo più breccia: il principale ambito su cui hanno investito è cartella clinica elettronica, con una spesa di 64 milioni di euro (+10% rispetto al 2014), valore che nel 2016 dovrebbe aumentare per il 43 per cento delle aziende del campione. Seguono i sistemi di front-end (61 milioni di euro budget), il disaster recovery e continuità operativa (48 milioni), la gestione amministrativa delle risorse umane (39 milioni), la gestione informatizzata dei farmaci (26 milioni). Rilevante è anche l'ambito dei sistemi di gestione documentale e di conservazione a norma.

Nonostante questo, ci sono resistenze a uno sviluppo organico di queste soluzioni e sono risultati scarsi gli investimenti in servizi digitali al cittadino (appena 19 milioni nel 2015).

Il mito del Fascicolo sanitario elettronico

È da anni il cavallo di battaglia di tutti gli innovatori: il fascicolo sanitario elettronico, uno spazio digitale attraverso cui accedere a tutte le informazioni sanitarie dei cittadini. A forza di parlarne, il fascicolo sanitario elettronico sta cominciando a diventare familiare ai cittadini italiani che in un caso su tre dicono di averne sentito parlare (è il doppio rispetto a un anno fa). Tuttavia, se la disposizione dei cittadini verso il servizio sembra buona, sono in pochi ad averlo utilizzato: appena il 5 per cento, secondo un’indagine Doxa.

Non stupisce: infatti, ad aprile 2016 solo 6 Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Sardegna, Valle d’Aosta e Provincia Autonoma di Trento) lo hanno adottato, in altre 11 è in via di implementazione, mentre Campania, Calabria e Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano al momento non hanno avviato alcun progetto.

La telemedicina langue

Altro punto dolente emerso dallo studio è la carenza di investimenti in un’area strategica per il prossimo futuro: la telemedicina (20 milioni di euro nel 2015).

Le tecnologie digitali sono infatti cruciali oggi per riorganizzare la rete assistenziale e sebbene le strutture abbiano hanno aumentato gli investimento in soluzioni ICT a supporto dell'assistenza domiciliare e la medicina sul territorio, siamo ancora lontani dai livelli ottimali.

Le soluzioni di telemedicina più diffuse nelle strutture sanitarie sono il Tele-consulto, presente nel 34% delle aziende, le soluzioni di Tele-salute (14%).

Il più digitale: il medico di famiglia

Per chi è avvezzo a frequentare lo studio del proprio medico di medicina generale non sarà una sorpresa: dal ritratto realizzato dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità è il medico di famiglia la figura con il maggior tasso di digitalizzazione. Un'indagine svolta dall'Osservatorio in collaborazione con Fimmg e Doxapharma su un campione di 656 medici di medicina generale ha mostrato che oltre a email (utilizzata 83% dei medici) e sms (70%), il 53% dei medici di base utilizza WhatsApp (+33% rispetto al 2015), soprattutto perché «consente uno scambio efficace di dati, immagini e informazioni, permettendo di evitare una visita».

Inoltre, secondo Federfarma, ormai il 72 per cento delle ricette mediche è dematerializzato.

Il nodo delle risorse

Questi i passi verso il digitale nel nostro Paese, la cui velocità di attuazione, però, avverte Corso, «è ancora modesta e disomogenea, inadeguata rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco».

A frenare la transizione digitale secondo le direzioni strategiche delle strutture sanitarie, la barriera più rilevante all'innovazione digitale in sanità è costituita dalla scarsa disponibilità di risorse economiche (68%), poi dalla resistenza del personale a tecnologie che richiedano cambiamenti organizzativi e processi (50%) e dalla scarsa cultura digitale degli operatori sanitari (32%). Anche per i medici di medicina generale ritengono che la principale barriera siano le risorse economiche (54%), seguita dalla scarsa conoscenza delle potenzialità offerte dagli strumenti digitali nello svolgimento della professione (48%) e dalla scarsa cultura digitale dei medici stessi (45%).

Per questa ragione, la principale azione che il 64% delle direzioni si aspetta dal Governo è il sostegno nell'accesso ai finanziamenti, a cui segue la richiesta di definire standard (53%) e di semplificare le normative sulla gestione della privacy (52%). Alle Regioni, si chiedono risorse economiche (67%) e che vengano definiti obiettivi comuni e convergenti (39%) e linee guida (39%). Le direzioni sono consapevoli che uno dei principali fattori trainanti sia la cultura digitale del personale (56%) e la familiarità nell'utilizzo delle soluzioni digitali

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 335.733
Diffusione 02/2016: 235.298
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-MAG-2016
da pag. 30
foglio 1
www.datastampa.it

I farmaci salvavita introvabili in Italia

Giacinto Nanci
Medico di base, Catanzaro

"Questo farmaco non si trova, questo farmaco non arriva più, questo farmaco forse non lo fanno più", sono queste le frasi pronunciate dai farmacisti e riportate a me, medico di famiglia, dagli assistiti. Sì, perché ci sono periodi in cui alcune decine di farmaci salvavita e spesso senza possibilità di sostituzione non si trovano nelle farmacie. Il motivo è che vengono "dirottati" verso paesi dove il prezzo è molto più alto che in Italia e il guadagno è quindi maggiore. È questo un fenomeno che dura ormai da anni e che è a conoscenza di tutti, dal ministro della salute in giù. E al quale, anche la ministra Lorenzin, non ha saputo e/o voluto e/o potuto porre rimedio. Eppure i farmaci non sono merce qualsiasi di cui è difficile individuare il percorso della filiera, dalla produzione alla distribuzione, e quindi identificare chi li sottrae per speculazione ai malati italiani. Non so quanti morti ci sono stati a causa di questa mancanza di farmaci in Italia, ma se ce ne fosse stato anche uno soltanto ciò squalificherebbe il governo che permette questa macabra speculazione, cioè di anteporre il profitto alla vita umana.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

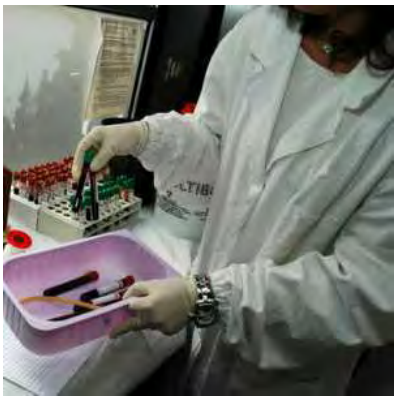
HiQPdf Evaluation 05/04/2016

Se un esame costa 8 volte di più nel Ssn. La protesta dei pazienti contro il superticket

La mobilitazione #hannorottoilpatto" in 110 città in occasione della Giornata europea dei diritti del malato. Sotto accusa la mancata applicazione del Patto per la salute 2014-2016

di VALERIA PINI

04 maggio 2016



La protesta contro il super ticket in occasione della Giornata europea dei diritti del malato

UN ESAME in convenzione con il Servizio sanitario nazionale può costare otto volte di più che nel privato. La mamma di Aurora, 8 anni, per il controllo delle urine di sua figlia ha speso 16,17 euro, mentre nel privato il prezzo era di 2,17 euro. Non le è andata meglio per l'emocromo costato 20,89 con il Ssn. Nel privato la avrebbe speso la metà: 9,89 euro. E' l'effetto superticket che ha suscitato la protesta di molti pazienti. La storia di Aurora è una delle tante che hanno scatenato la mobilitazione #hannorottoilpatto organizzata oggi in 110 città italiane dal Tribunale per i diritti del malato e delle associazioni aderenti al CnAMC (Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici) di Cittadinanzattiva, per denunciare la mancata applicazione del Patto per la salute 2014-2016.

#hannorottoilpatto. L'iniziativa che si tiene oggi in occasione della Giornata europea dei diritti del malato di Cittadinanzattiva. Oltre 110 le iniziative svolte a Roma e in altre città in Italia dai volontari e dalle sedi regionali dell'associazione (l'elenco è disponibile sul sito di Cittadinanzattiva), mentre a Bruxelles è stata avviata la campagna di informazione rivolta ai cittadini sulla Carta europea del diritti del malato.

Le storie. Sono pazienti che aspettano da mesi servizi e prestazioni che non arrivano. Le storie riguardano la salute delle persone e sono centinaia. Francesco, 30 anni, a causa di un incidente ha subito lesioni alla colonna vertebrale e ora è bloccato su una sedia a rotelle. Avrebbe bisogno di un letto articolato, ma anche di una carrozzina. Ma la Asl gli ha chiesto di scegliere fra una cosa o l'altra. Andrea, 60 anni, convive da anni con il Parkinson. Gli hanno ridotto le ore di fisioterapia gratuita da 90 a 30 ore l'anno. Racconti vissuti in prima persona per una mobilitaziuone che porta anche a Roma. "Una serie di impegni e scadenze disattesi, da governo e Regioni, che hanno danneggiato i cittadini, in particolare quelli con malattie croniche e rare, e stanno minando alla base le garanzie di equità ed accesso alle cure del nostro Servizio Sanitario Nazionale", denunciano le associazioni.

la Repubblica
3 mesi a 19.99€
e 20€ in buoni sconto

I PIÙ LETTI I PIÙ CONDIVISI

Fortuna, amichetta della vittima accusa: "Titò le stava addosso. Lei lo ha preso a calci e poi lui l'ha gettata giù"

Terrorismo, sei arresti in Lombardia. I pm: "Tra gli obiettivi Vaticano e ambasciata Israele a Roma"

Alibaba vuole comprare il Milan, Berlusconi pronto a cedere

Sicurezza, nomine al Cdm: Pansa al Dis, Parente all'Aisi. Gabrielli diventa capo della Polizia

Manchester United-Leicester 1-1, Ranieri fa un altro passo verso il trionfo

Fortuna, il palazzo delle bugie

Barriera al Brennero, ecco come sarà. Renzi: "Una sfacciata violazione delle regole Ue"

Calcio, tra serie A e Premier. La Juve batte il Carpi. Leicester, festa rimandata. Lazio batte Inter

Milano, la volante azzarda il sorpasso davanti alla Scala: schiacciata tra due tram

Fortuna, amichetta della vittima accusa: "Titò le stava addosso. Lei lo ha preso a calci e poi lui l'ha gettata giù"

Le domande dei romani ai milanesi: 'Perché avete inventato l'apericena?'

Napoli, svolta nelle indagini per la morte della piccola Fortuna, finita nella rete del pedofilo

Il primo compleanno di Charlotte: gli scatti di mamma Kate

Atterraggio d'emergenza a Catania, paura a Fontanarossa (Video-Foto)

La rivoluzione dei contadini siciliani, 3.000 ettari di grani antichi contro le multinazionali

Appalti, arrestato sindaco Pd di Lodi: "Pilotò bando delle piscine comunali per avere consenso politico"

la Repubblica

tvzap la social TV Seguici su

STASERA IN TV

HiQPdf Evaluation 05/04/2016

La raccolta di firme. Nel corso della mobilitazione nazionale verranno anche raccolte firme per l'abolizione del superticket di 10 euro. Sarà possibile firmare anche on line con la petizione su Change. "Denunciamo il mancato rispetto da parte di governo e Regioni del Patto per la salute dei cittadini. Questo ha effetti diretti sull'accesso alle cure, sui diritti dei malati, sull'aspettativa di vita e sulle diseguaglianze - - attacca Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - . Non capiamo proprio come il Def 2016 possa riportare nero su bianco che il Patto per la salute non solo è stato già implementato, ma persino rafforzato. L'assurdo è che già si sta lavorando al nuovo Patto. E' il momento di passare a fatti concreti, non dichiarazioni che restano solo intenti sulla carta".

Le liste d'attesa. Secondo Cittadinanzattiva, un cittadino su quattro non riesce ad accedere a servizi e prestazioni sanitarie, a causa di liste di attesa e ticket (Pit Salute-Cittadinanzattiva, 2015); solo 8 Regioni garantiscono il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Ministero della salute, 2014); il 41% delle famiglie ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria nel corso dell'anno (Censis, 2015); quasi 4 i miliardi di euro sborsati privatamente dagli italiani per ticket e prestazioni in intramoenia (Corte dei Conti, 2016).

Le criticità. Secondo le associazioni, il Patto per la salute 2014-2016 avrebbe dovuto offrire soluzioni concrete a molti dei problemi vissuti dai cittadini, ma non è accaduto. Secondo Cittadinanzattiva sono molti i punti disattesi: non sono stati stanziati i 116 miliardi di euro per il Fondo sanitario nazionale promessi dal Patto per la salute nel 2016 e sono stati tagliati 4 miliardi; non è stato aggiornato l'elenco delle malattie croniche e rare esenti dal ticket e quello di protesi ed ausili; né l'elenco delle prestazioni sanitarie essenziali per i cittadini (LEA); non è stato varato il Piano nazionale delle Cronicità; non si è provveduto alla revisione dei ticket e infine non è stata varata la normativa per le cure domiciliari.

cittadinanzattiva Diritti del malatto ssn sanità ticket super ticket

© Riproduzione riservata 04 maggio 2016

I COMMENTI DEI LETTORI

Rai 1 21:20 - 23:35 **Velvet - Stagione 3 - Ep. 9**

Rai 2 21:15 - 00:15 **The Voice of Italy - Stagione 4 - Ep. 11** 72/100

5 21:10 - 23:30 **Fuoco amico TF45 - Eroe per amore - Stagione 1 - Ep. 6**

21:10 - 00:00 **Pirati dei Caraibi - Oltre i confini del mare**

Guida Tv completa »

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE

1. Isola dei famosi 84/100 Mi piace

ILMIOLIBRO EBOOK

Altri articoli dalla categoria »

Hiv: la campagna per guardare oltre, perché la sfida è invecchiare bene

Se un esame costa 8 volte di più nel Ssn. La protesta dei pazienti contro

Talco sotto accusa, Johnson&Johnson dovrà

Divisione Stampa Nazionale — Gruppo Editoriale L'Espresso Spa - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CIR SpA

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 271.339
Diffusione 02/2016: 187.801
Lettori Ed. III 2015: 1.232.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

11-MAG-2016
da pag. 32
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Curare il dolore è un coman

Un decalogo per prevenire e alleviare le sofferenze fisiche (e psicologiche) dei propri pazienti: è il nuovo giuramento dei

Devo curare il dolore: è il «comandamento» principale del decalogo stilato da 44 medici di altrettanti centri d'eccellenza in Italia specializzati nella terapia del dolore. Il documento li impegna ad alleviare le sofferenze dei propri pazienti, e a farsene carico. Una vera dichiarazione di guerra al dolore, ma anche un nuovo giuramento di Ippocrate da rispettare.

Il decalogo, controfirmato da 200 tra i più riconosciuti terapisti del dolore e reso possibile da un grant di Grünenthal Italia, farmaceutica specializzata nelle terapie antalgiche, è stato depositato all'Assemblea generale delle Nazioni Unite da Guido Fanelli, primario di anestesia e ordinario dell'Università di Parma, nonché direttore scientifico Biogenap del Cnr e della Fondazione Ant. Non solo: una copia del manifesto è stata consegnata nelle mani di Papa Bergoglio a Roma.

«Una forte operazione a sfondo etico che vuole risvegliare le coscienze e far prendere atto che non dobbiamo accettare supinamente il dolore come sintomo inevitabile. La sofferenza è sempre inutile» afferma Fanelli, «padre» della legge 38 del 2010, quella che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. «La legge 38 non è ancora attuata in tutte le realtà ospedaliere, e viene applicata in modo diverso da ogni regione, con colossali disparità: c'è un 30 per cento della popolazione che non accede al sistema perché le Regioni sono inadempienti» continua Fanelli. Inoltre il 40 per cento dei pazienti non riceve un adeguato trattamento del controllo del dolore.

Guido Fanelli, primario di anestesia e professore ordinario all'Università di Parma.

Il decalogo, oltre a ricordare ai cittadini che è un loro diritto non soffrire, è un monito rivolto ai medici per ribadire che il giuramento che hanno fatto li obbliga a stare vicini ai pazienti. «Non è giustificato soffrire dopo un intervento chirurgico, abbiamo il dovere di prevenire il dolore, con una terapia idonea da modificare in base alla risposta del soggetto» precisa Antonio Corcione, direttore anestesia e rianimazione all'ospedale Monaldi di Napoli e presidente della Siaarti, società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (è stato lui a presentare al papa il documento). «Nel post operatorio l'unico parametro da segnare in cartella dovrebbe essere l'intensità del dolore e come si è intervenuti per curarlo: ci sono farmaci e trattamenti per evitarlo, ma persiste un problema culturale contro gli oppioidi a favore degli antifiammatori fans che funzionano meno e danno più complicanze» sostiene Corcione. I derivati della morfina in Italia, nonostante la legge 38, sono infatti ancora demonizzati: il consumo di farmaci oppioidi è di 1,70 euro per abitante contro i dieci della Germania e i cinque della Francia, mentre siamo il secondo consumatore mondiale di fans.

Antonio Corcione consegna a Papa Francesco l'impegno contro il dolore dei medici italiani.

Il dolore ha tre aspetti fondamentali: origine, intensità e durata. Quello acuto corrisponde a un danno dei tessuti, limitato nel tempo, quello cronico, che dura da più di tre mesi, diventa malattia. Nel 95 per cento dei casi è di tipo articolare, il restante è causato dal cancro. In questo caso il sollievo ha anche un forte supporto psicologico: «Un malato di tumore se non ha dolore accetta meglio la malattia e le cure» dice Fanelli. Aspetti etici dunque ma anche economici: il 20 per cento della popolazione italiana ha dolore cronico (12 per cento artrosi), con una spesa di 3,2 miliardi per la cura e un grande impatto per la produttività.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 271.339
Diffusione 02/2016: 187.801
Lettori Ed. III 2015: 1.232.000
Settimanale - Ed. nazionale

panorama

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

11-MAG-2016
da pag. 32
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

damento

medici, presentato anche a Papa Bergoglio.

Il documento dei medici contro il dolore è stato consegnato anche all'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

Ma perché coinvolgere il Papa? «Il decalogo si rifà alle parole dette da Francesco in Bolivia: bisogna ascoltare le persone che soffrono, è fondamentale dedicare loro attenzione, farle sentire più serene; essere partecipi al loro dolore, che non è una espiazione dei propri peccati» risponde Corcione.

«La nostra azienda, specializzata nelle terapie antalgiche, da anni porta avanti una battaglia culturale per il diritto a non soffrire» dice» Thilo Stadler, general manager South Europe and Nordics di Grünenthal. «È una sfida che trascende la dimensione clinica e terapeutica e assume una valenza etica. La consegna al Papa e alle Nazioni Unite rappresenta la materializzazione di questo sforzo comune, al quale siamo orgogliosi di aver potuto contribuire».

«Inoltre» aggiunge Fanelli «volevamo sfatare la falsa leggenda che la Chiesa osteggia la terapia del dolore e gli oppioidi: già papa Woytila raccomandava di assistere e garantire la dignità della persona fino in fondo. Adesso vorremmo che il decalogo ricevesse l'endorsement anche delle altre confessioni religiose». *(Angelo Piemontese)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 144.818
Diffusione 02/2016: 112.526
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-MAG-2016
da pag. 18
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Malattie rare oltre il muro del silenzio

Le parole del Papa al congresso di medicina rigenerativa danno speranza a famiglie e ricercatori

di **Laura Angelini**

Un richiamo forte. All'impegno, alla coerenza nella ricerca. A non lasciare soli i "malati rari". Il mondo delle associazioni e della ricerca rilegge le parole del Papa pronunciate venerdì scorso in Vaticano al Congresso internazionale di medicina rigenerativa, rivolte espressamente alla promozione di una cultura che non consideri questo tipo di persone al pari di uno scarto. E trova una spinta per continuare l'impegno di ogni giorno.

«Siamo chiamati – ha detto il Papa – a rendere noto il problema delle malattie rare su scala mondiale, a investire nella formazione più adeguata, a incrementare le risorse per la ricerca, a promuovere l'adeguamento legislativo e il cambio del paradigma economico, affinché sia privilegiata la persona umana». E ha richiamato all'azione comune: «Grazie all'impegno coordinato a vari livelli e in diversi settori – sono ancora parole di Francesco – diventa possibile trovare non solo le soluzioni alle sofferenze che affliggono i nostri fratelli ammalati, ma anche assicurare loro l'accesso alle cure».

Il direttore generale di Telethon **Francesca Pasinelli** ha accolto il discorso come un spinta importante: «Papa Francesco – commenta – ha pronunciato parole illuminanti per chiunque svolga la propria opera nell'ambito della ricerca e della sanità e ha invitato tutti a una riflessione seria sull'equità e l'accesso alla cura, intesa nel senso più completo e profondo di questa parola, in particolare per quanto riguarda l'ambito delle malattie rare». Per Pasinelli «a questa esortazione si possono, e si debbono, ricondurre tutte le azioni intraprese dai soggetti governativi e non, profit e non profit, che sono chiamati a una presa di responsabilità nei confronti del tema delle malattie rare, da affrontare a livello globale».

Anche per **Nicola Spinelli**, presidente di Uniamo – la Federazione delle malattie rare –, la questione è da affrontare a livello mondiale: «Da una parte – dice – ci troviamo di fronte a un nuovo modello di welfare in Italia e in Europa per le persone che soffrono; dall'altra le nuove frontiere dello sviluppo tecnologico a livello farmaceutico stanno disegnando un futuro di aspettative per i malati rari che non possono essere disattese».

La consapevolezza che traspare nelle parole del Papa è la stessa di chi sta lottando in prima persona per trovare una cura per le malattie rare: «Sappiamo che talvolta non è possibile trovare soluzioni rapide a patologie complesse – ha detto Francesco – ma sempre si può rispondere con sollecitudine a queste persone, che spesso si sentono abbandonate e trascurate». **Daniela Lauro** è presidente di Famiglie Sma, associazione che, dopo essersi distinta per una ferma opposizione al "metodo Stamina" (alcuni dei bambini trattati col discusso sistema soffrivano proprio di questa terribile malattia) oggi guarda al futuro con rinnovata speranza : «È importante che il Papa abbia illuminato le malattie rare – dice Lauro –, ha incontrato tanti nostri bambini alle udienze generali. Ed è importante che dentro e fuori la Chiesa si prenda coscienza dell'esistenza di malattie che la ricerca purtroppo trascura».

Alcuni bambini di Famiglie Sma stanno partecipando ai *trial* internazionali condotti in Italia da Eugenio Mercuri, dell'Università Cattolica di Roma: «Noi da sempre finanziamo ricerca – dice ancora Lauro –. L'associazione, che è fatta di genitori, ha sempre cercato di raccogliere fondi da spendere per il miglioramento della qualità della vita dei nostri figli, perché possano ave-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 02/2016: 144.818
Diffusione 02/2016: 112.526
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-MAG-2016
da pag. 18
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

re una cura. Cosa che oggi ci sembra essere abbastanza vicina, grazie al lavoro dei ricercatori italiani che stanno partecipando a studi di respiro mondiale».

Malati rari e famiglie devono però fare i conti con le lacune del sistema sanitario. È il punto su cui insiste **Claudio Giustozzi**, segretario dell'Associazione Dossetti: «L'intervento del Papa – dice – ha toccato un argomento su cui la politica sanitaria e il sistema sanitario nazionale sono particolarmente deboli e deficitari. Infatti, oltre agli abituali proclami ministeriali, ben poco si sta facendo affinché sia davvero garantito l'accesso alle cure di chi è colpito da patologie rare, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione». Per Giustozzi occorre andare oltre una visione strettamente economicistica della sanità: «Tornando a considerare la salute un valore da perseguire strenuamente – dice –, invece che un costo o, peggio, la causa del rosso nel bilancio». Le parole di papa Francesco «devono indirizzare tutti coloro che possono da subito agire politicamente per abbattere le folli divisioni territoriali e regionali che fanno sì che esistano diversi sistemi e modelli di cura e assistenza in tutte le regioni italiane».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DA SAPERE

6mila patologie censite, 600 «aiutate»: una terra di nessuno ancora da scoprire

Tra i 600mila e il milione e 200 mila soggetti coinvolti. In mezzo, la difficoltà di censire i malati rari. Ma l'ultimo report sulle malattie rare dell'Istituto superiore di sanità (Iss) parla chiaro: le patologie sono molto numerose. L'Iss ha raccolto dati su 275 malattie individuali divise in 47 gruppi: solo per queste sono stati segnalati – fino al dicembre 2015 – circa 195.492 casi. Il Registro nazionale delle malattie rare dal 2016 offre anche il supporto per individuare i centri di eccellenza che in base a una recente direttiva europea entreranno a far parte degli «European reference networks», reti di eccellenza europee per diagnosi e cura. Le malattie rare più frequenti sono le patologie ematologiche (15% delle segnalazioni) seguite dalle malformazioni e dalle patologie dello sviluppo con disabilità intellettuale (13%). Al terzo posto le patologie dell'occhio (10%). Nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, di cui si attende a breve la revisione dal Ministero della salute (gli ultimi sono del 2001), sono 600 le malattie inserite. Quelle riconosciute però sono 6.000. E alla Camera sono fermi alcuni disegni di legge sulle malattie rare, tra cui quello di Paola Binetti (Area popolare). (L.Ang.)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Eurostat: Ictus e infarti causano la morte di 1 europeo su 5. Ogni anno 1,1 mln di decessi. Ma rispetto a 10 anni fa si muore di meno. Italia nella media Ue

La quota più alta di morti dovuti ad attacchi di cuore si registra in Lituania (36,7%), mentre la Francia è il Paese dove causa meno morti (6%). Per quanto riguarda l'ictus la mortalità più alta è in Bulgaria (19,7%) la minore ancora in Francia (5,7%). In ogni caso in media tra ictus e infarti rispetto a 10 anni fa si muore di meno. IL FOCUS

Nell'Unione europea nel 2013, gli attacchi di cuore (circa 644.000 decessi) e l'ictus (circa 433.000 decessi) sono stati la causa della morte per quasi 1,1 milioni di persone, pari al poco più di 1 a 5 decessi (21,6%). Dal 2000 tuttavia, la quota di infarti e ictus mortali è diminuito costantemente: rispettivamente dal 16,6% (infarti) e il 11,5% (ictus) di tutti i decessi nel 2000 si è passati al 12,9% (infarti) e 8,7% (ictus) nel 2013. A pubblicare i numeri è Eurostat in un suo report dove ricorda anche come "il rischio di morire di un attacco di cuore o ictus aumenta chiaramente con l'età, con gli attacchi di cuore e ictus che sono responsabili di meno del 10% di tutti i decessi tra le persone con meno di 40 anni in Europa, tra il 10% e il 20% per quelli di età compresa tra 40-69 anni e per oltre il 20% per i più anziani".

I numeri negli Stati. La Francia il Paese dove si muore di meno. Italia in media. La quota più alta nella Ue di morti dovuti ad attacchi di cuore si registra in Lituania (36,7%), seguita dalla Lettonia (28,9%), Slovacchia (27,9%), Repubblica Ceca (25,7%) e Ungheria (25,3%). Al contrario, gli attacchi di cuore hanno rappresentato meno del 10% di tutte le cause di morte in Francia (6,0%), seguita da Portogallo (6,5%), Paesi Bassi (6,6%), Belgio (7,6%), Danimarca (7,9%), la Spagna (8,6%) e Lussemburgo (9,7%). Nella UE, i decessi a causa di attacchi di cuore rappresentato il 12,9% di tutti i decessi. L'Italia è poco sotto la media con l'11,9%, pari a 71mila morti l'anno.

Per quanto riguarda le morti causate da ictus, le percentuali maggiori sono state registrate in Bulgaria (19,7%), in Romania (18,7%) e Lettonia (17,0%), seguita da Croazia e Lituania (entrambi 14,3%), così come la Grecia (13,4%). All'estremo opposto della scala, la Francia (5,7%), Danimarca (6,4%), il Belgio e la Germania (entrambi 6,5%), Irlanda, Lussemburgo e Austria (tutte 6,6%) e Paesi Bassi (6,7%) hanno registrato azioni sotto del 7%. A livello UE,
colpi sono stati responsabili per il 8,7% di tutti i decessi nel 2013. L'Italia in questo caso è sopra la media con il 9,7%, pari a 58mila decessi.

Ma negli ultimi 10 anni si registra un calo della mortalità sia per ictus che per infarto. Rispetto al 2000, la percentuale di decessi a causa di attacchi di cuore è scesa nella maggior parte degli Stati membri, nonostante una popolazione complessiva che si è invecchiata. Tra questi, le più notevoli diminuzioni sono state registrate in Estonia (dal 32,3%
nel 2000 al 23,0% nel 2010, -9,3 punti percentuali), in Danimarca (-8,0 pp), il Regno Unito (-7,7 pp), e Svezia (-6,9 pp). Incrementi sono stati osservati invece in Lituania (+4,3 pp), Repubblica Ceca (+4,2 pp), Ungheria (+3,3 pp) e Croazia (+2,9 pp). Per quanto riguarda l'Italia c'è stato un calo dell'1,2%.

Una tendenza simile al ribasso vale per le morti per ictus. Il più grande calo della quota di decessi tra il 2000 e il 2013 è stato registrato in Portogallo (dal 19,8% al 11,5%, o -8,4 pp), in vista di Estonia (-7,9 pp), la Repubblica Ceca (-6,4 pp), l'Austria (-5,0 pp) e Lussemburgo (-4,9 pp). Gli unici aumenti sono stati in Lituania (+1,7 Pp), Bulgaria e Slovacchia (entrambi +0,9 pp). L'Italia ha visto un calo del 2,3 punti percentuali.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
BisettimanaleEd. nazionale

Avvenire POPOLUS
Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-MAG-2016
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Nuoce gravemente alla salute

Fa male alla salute ma anche alle casse dello Stato. Che, poi, siamo tutti noi. L'azzardo, ogni anno, produce in giro d'affari di circa 90 miliardi (si scrive 9 seguito da dieci zeri), una cifra colossale che, però finisce quasi tutta nelle tasche delle grandi aziende che producono le macchinette. Di questa montagna di soldi, lo Stato incassa, attraverso le tasse, circa 8 miliardi. E ne spende più di 6 e mezzo per curare le 900mila persone che si ammalano passando ore e ore a tentare la fortuna. Messe tutte insieme, queste persone costituirebbero la popolazione di una città grande come Napoli.
L'azzardo fa male anche alla legalità. Accanto al gioco "legale", sorvegliato dallo Stato, prolifera un canale parallelo completamente nascosto alle leggi e al Fisco. Un "mercato" governato da una cinquantina di clan mafiosi che si spartiscono, ogni anno, quindici miliardi. Altri soldi sottratti alla collettività, che si potrebbero impiegare per costruire scuole, ospedali, parchi pubblici e luoghi di ritrovo per i giovani. Che, invece, sempre di più sono attirati dalle slot. Vietate ai minorenni dalla legge. Ma tanto nessuno controlla.... Così, secondo la Società italiana di Pediatria, almeno il 13% dei giovanissimi trascorre gran parte del proprio tempo giocando d'azzardo, soprattutto online. Ragazzi che spesso passano anche tutta la notte cercando di vincere qualche soldo. Che non farà la loro fortuna ma gli rovinerà la vita. Fare in modo che smettano prima che sia troppo tardi, è responsabilità di tutti. Anche dei compagni di classe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media