

L'INCHIESTA LA LEGGE 194

Stessi numeri, diverse interpretazioni Perché Cgil e ministero litigano sull'aborto

Il governo domani convocato a Strasburgo. **Lorenzin**: tutto regolare. Ma i sindacati attaccano

di **Margherita De Bac**

Storie raccolte sul campo contro numeri. Testimonianze di persone con nome e cognome contro dati e tabelle. Scaturisce anche dalla diversità degli strumenti di valutazione utilizzati l'aspra polemica scoppiata tra la Cgil e il **ministero della Salute** sull'applicazione della legge sull'aborto. Il sindacato sostiene che il governo abbia mostrato una serie di manchevolezze per quanto riguarda soprattutto la disponibilità di medici e infermieri non obiettori. Il ministro **Beatrice Lorenzin** parla di servizi adeguati e afferma che le denunce di inefficienza sono fondate su una documentazione vecchia. «Ora la situazione è migliorata», dichiara il titolare del dicastero della Salute. Per il momento il Comitato per diritti sociali del Consiglio d'Europa dà ragione all'organizzazione sindacale. Lo scorso aprile l'organismo (equivalente alla Corte per i diritti dell'uomo in campo sociale) ha accolto il reclamo della Cgil per la violazione di un articolo della Carta europea sul diritto alla salute della donna. Domani un ultimo atto. Il governo è stato convocato a Strasburgo dal Comitato dei ministri del Consiglio europeo, organismo con valenza politica, per valutare se la violazione sia stata corretta da misure idonee e sia stata «riportata in conformità con la Carta europea».

Il reclamo

Per cercare di capire la sostanza del contrasto occorre ricordare cosa è accaduto. Lo scorso aprile l'Italia ha avuto un provvedimento di condanna in seguito al reclamo della Cgil, rappresentata dai legali Marilisa D'Amico e Benedetta Liberali: «Continuano a riscontrarsi notevoli difficoltà nell'accesso ai servizi di interruzione volontaria di gravidanza — scrivono i giudici —

Viene violato il diritto delle donne alla salute e sono discriminati i medici e il personale sanitario che non hanno optato per l'obiezione di coscienza.

Lorenzin ha risposto con una dettagliata relazione al Parlamento il 4 maggio scorso, ribaltando l'immagine di un Paese non attento al rispetto di una Carta europea: «Il numero dei non obiettori è congruo per quantità di interventi effettuati. Il carico di lavoro non dovrebbe impedire agli operatori di svolgere anche altre attività. Eventuali difficoltà riguardano probabilmente situazioni locali». Il ministro ha aggiunto che non sono pervenute segnalazioni formali da parte delle Regioni di carenza di medici disposti a svolgere aborti in linea con la legge 194.

Il metodo

Ambedue le parti ragionano sugli stessi dati ma li interpretano in modo diverso. La fonte è unica, pubblica. Ed è l'ultimo aggiornamento del rapporto sullo stato d'attuazione della legge italiana. Inviato al Parlamento il 26 ottobre 2015 contiene quanto è stato rilevato dall'Istituto superiore di sanità analizzando le schede di dimissione ospedaliera delle pazienti e le indagini dell'Istat. Viene fotografata la situazione definitiva del 2013 e preliminare del 2014. Ora è in corso il lavoro sul 2014 e i preliminari del 2015 che saranno disponibili dopo l'estate.

Secondo l'ultimo rapporto il numero di interruzioni volontarie di gravidanza è stato per la prima volta inferiore alle 100mila unità con un decremento del 5,1% rispetto ai dati definitivi del 2013, più che dimezzato rispetto al 1982, l'anno col valore più alto. E ancora: «Il 90% degli aborti vengono effettuati nella regione di residenza... Al calo delle interruzioni non è seguito un calo dei medici non obiettori. Era-

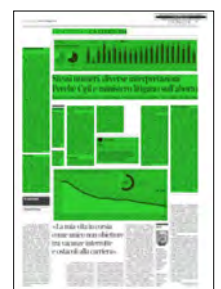
no 1.607 nell'83, sono 1.490 oggi», quindi il carico di lavoro viene definito adeguato. Tra le Regioni però persiste una differenza profonda. Si va dal 13% di obiettori della Valle d'Aosta al 90% della Basilicata. C'è la consueta spaccatura tra Nord e Centro-Sud.

Fatto e non fatto

E allora come si spiega lo scontro sui dati? La Cgil ragiona su ciò che non è stato fatto, ha seguito e intervistato le donne che non sono riuscite a essere accolte dai servizi e hanno scelto vie alternative (estero, cliniche private). Il dossier portato a Strasburgo è ricco di storie anche di medici non obiettori che raccontano di essere stati penalizzati nella carriera e negli orari di lavoro. Il reclamo contiene inoltre un'indagine sul territorio svolta dall'associazione medici non obiettori presieduta da Silvana Agatone dove emerge il disagio degli operatori.

Non basta, c'è un secondo spunto di polemiche. La decisione del Comitato per diritti sociali è definitiva o domani c'è possibilità di un'assoluzione politica da parte del Comitato dei ministri? Marilisa D'Amico afferma: «Sì, non è prevista l'impugnazione come è stato per la prima condanna per analogia violazione resa pubblica l'8 marzo del 2014 in risposta alla denuncia dell'Ong *International Planned Parenthood Federation*». Il ministero smentisce e invia il rappresentante a Strasburgo confidando in un riscatto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La norma

● La Legge 22 maggio 1978, numero 194 permette alla donna di ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza in una struttura pubblica (un ospedale o un poliambulatorio convenzionato con la Regione di residenza)

● Tra il 4° e il 5° mese è possibile ricorrere alla lvg solo per motivi di natura terapeutica

La parola

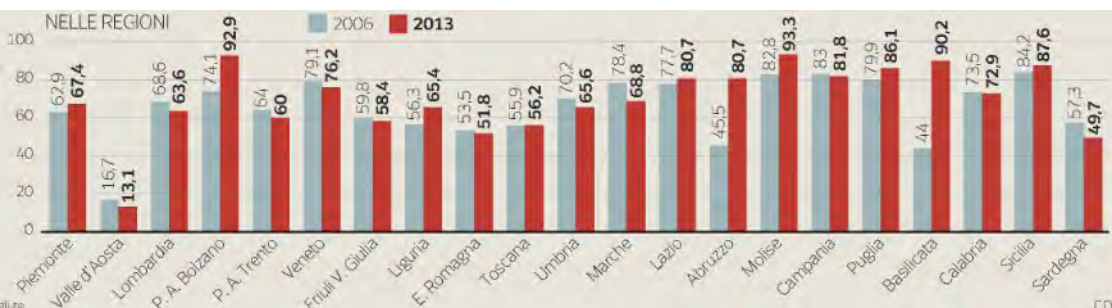
IVG

È la sigla di «Interruzione volontaria di gravidanza». Oggi in Italia qualsiasi donna può richiedere l'ivg entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I medici

I ginecologi obiettori in Italia
 (dati in percentuale sul totale)



Fonte: Istituto superiore di sanità, ministero della Salute

COS

Le interruzioni volontarie di gravidanza

Le strutture in Italia con un reparto di ostetricia e ginecologia



Fonte: Istituto superiore di sanità, ministero della Salute

Corriere della Sera

SCONTRIO POLITICO A BRUXELLES 400MILA MORTI OGNI ANNO, MA NON C'È ACCORDO SULLA RIDUZIONE DEGLI INQUINANTI

In Europa l'inquinamento uccide più degli incidenti stradali

● **BRUXELLES.** L'inquinamento dell'aria nell'Unione europea uccide dieci volte di più degli incidenti stradali, con una stima di oltre quattrocentomila morti l'anno, senza contare la spesa in termini di costi per la salute, fra i 330 e i 940 miliardi di euro. A Bruxelles però si fatica a trovare un compromesso condiviso sulle regole che riguardano i nuovi limiti nazionali delle emissioni inquinanti dal 2020 fino al 2030 (NEC). Si parla di anidride solforosa (SO₂), ossidi di azoto (NO_x), composti organici volatili non metanici, micropolveri sottili (Pm 2.5), metano e ammoniaca, che contribuisce alla formazione di micropolveri e ozono. La normativa interessa molti settori, fra cui trasporti, industria e agricoltura.

Il problema è che un accordo di massima fra Parlamento, Consiglio e Commissione Ue ancora non c'è, sebbene l'ultimo negoziato sia previsto all'inizio di giugno, per poter chiudere un'intesa prima della fine della presidenza di turno olandese. Il Consiglio dei 28 Stati membri lotta per non includere il metano, mentre il Parlamento europeo vuole il mercurio. L'ostacolo maggiore da superare però si gioca su una tabella di cifre. «La partita è ancora aperta, ma rischia di saltare sul dettaglio delle riduzioni per singolo inquinante e per singolo Paese, da cui si determina la stima di riduzione del numero di morti premature provocate ogni anno» riferiscono fonti comunitarie. L'ultima proposta della presidenza di turno olandese stima una riduzione del 50% del numero dei decessi prematuri provocati

dall'inquinamento dell'aria (almeno 430mila l'anno), contro quella iniziale del 52% della Commissione Ue e a quella concordata dal Consiglio Ue del 48%. Il punto è che a sostenere gli sforzi in più, rispetto alla posizione di dicembre, non sarebbero tutti i 28 ma solo 17 Paesi, specie i grandi come l'Italia, Francia, Gran Bretagna e Polonia (quest'ultima contraria dall'inizio ai nuovi tetti nazionali), mentre altri 11, fra cui Olanda e Belgio, ne sarebbero esentati. L'Italia per il 2030 al momento dovrebbe ridurre le emissioni di microparticolato (Pm 2.5) del 40%, quelle di ammoniaca (NH₃) del 18%, quelle di anidride solforosa (SO₂) del 71% e quelle degli ossidi di azoto (NO_x) del 65%, rispetto al 2005.

«Tutti gli Stati membri, inclusi Italia, Gran Bretagna, Francia e Polonia, hanno molto da guadagnare da una politica dell'aria ambiziosa: meno costi sanitari, vite più lunghe e in salute e un ambiente più ricco» è l'appello che arriva da Louise Duprez degli ambientalisti di European Environmental Bureau (EEB), secondo cui «visto che il 90% delle emissioni totali di ammoniaca arrivano solo dal 5% delle imprese agricole, le più intensive, i tagli potrebbero essere ottenuti facilmente concentrandosi su pochi impianti a livello nazionale e esentando i più piccoli». Sulla partita finale dei negoziati Ue però pesano anche altri fattori da definire, come i meccanismi di flessibilità o la presenza di target vincolanti per il 2025. Il risultato quindi per ora è una «minoranza di blocco» di 17 Paesi contro il nuovo elenco di impegni nazionali, cioè l'impasse.

Chiara Spagni



I COSTI L'inquinamento genera una spesa sanitaria non inferiore a 330 miliardi l'anno



LA SENTENZA DELLA SETTIMANA

di Marina Castellaneta

Legittima la norma che vieta le sigarette «aromatizzate»

No alla diffusione di sigarette con aromi che promuovono o incoraggiano il consumo a danno della salute umana. Divieto di etichettature sulle confezioni unitarie che, pur con informazioni corrette, promuovono il consumo di sigarette e obbligo di assicurare che le avvertenze sulla salute rimangano visibili anche dopo l'apertura del pacchetto. È il set di principi arrivati dalla Corte di giustizia dell'Unione europea, che con tre sentenze, depositate il 4 maggio, ha dato il via libera alle regole più rigorose, alcune delle quali scatteranno dal 2020 (cause C-358/14, C-477/14 e C-547/14).

Al centro della prima causa, in particolare, è la direttiva 2014/40/UE sul ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati membri relative alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati, che abroga la direttiva 2001/37/Ce. A rivolgersi alla Corte di giustizia è il Governo polacco, che contesta il divieto imposto dal legislatore Ue di immissione sul mercato di sigarette contenenti un aroma caratterizzante e l'utilizzo di

etichette standard sulle confezioni dei prodotti del tabacco.

Obiezioni tutte respinte dalla Corte Ue. Sottolineata l'importanza di regole armonizzate che assicurano il buon funzionamento del mercato interno dei prodotti di tabacco, gli eurogiudici mettono in primo piano l'esigenza di assicurare un livello elevato di protezione della salute, con un occhio particolare ai giovani. Le disparità tra le norme nazionali, tra l'altro, colpiscono direttamente la salute umana, che, invece, dev'essere tutelata in tutte le politiche e le attività dell'Unione europea.

Se un prodotto del tabacco - anche a causa di un particolare aroma, come accade per le sigarette al mentolo - può facilitare l'iniziazione al consumo del tabacco o «incidere sui modelli di consumo», è del tutto legittima un'azione di Bruxelles volta a bloccarne la diffusione. E, soprattutto, a eliminare aromi che migliorano la gradevolezza del prodotto, creando «l'impressione che i prodotti del tabacco producano benefici per la salute», così come a rimuovere «ingredienti che presentano una connotazione di energia e di vitalità o quelli che hanno proprie-

tà coloranti».

Tra l'altro - osserva la Corte - alcuni aromi, come il mentolo, possono mascherare «l'asprezza del fumo del tabacco» e favorire e mantenere, così, il tabagismo. In sostanza, se un aroma, come, nel caso di specie, il mentolo, serve a rendere più attrattivo l'utilizzo di sigarette, è del tutto giustificato un intervento del legislatore Ue funzionale a incidere sulla diminuzione dei prodotti che rafforzano o incrementano il tabagismo e forme di dipendenza dannose per la salute.

Respinta anche la richiesta di prevedere un diverso trattamento per il solo aroma caratterizzante del mentolo, perché l'obiettivo della tutela della salute umana non può essere rimesso in discussione per un solo elemento. Oltretutto - osservano gli eurogiudici - la tutela della salute dev'essere valutata con riferimento a tutti i consumatori, senza escludere alcuni. Né può ritenersi sufficiente l'innalzamento della soglia di età per la vendita di sigarette al mentolo, tenendo conto che il divieto «può essere facilmente aggirato nella fase di commercializzazione dei prodotti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA MOTIVAZIONE

Per quanto concerne l'argomento secondo cui le qualità gustative dei prodotti mentolati del tabacco sarebbero diverse da quelle degli altri prodotti del tabacco contenenti un aroma caratterizzante in quanto i primi, a differenza dei secondi, non eliminerebbero del tutto il gusto e l'odore del tabacco, si deve constatare che esso non è sufficientemente comprovato. Infatti, sebbene non si possa escludere che taluni aromi alterino in misura diversa il gusto e l'odore del tabacco, tuttavia tutti gli aromi, ivi compreso il mentolo, mascherano o attenuano l'asprezza del fumo di tabacco e contribuiscono a favorire e a mantenere il tabagismo, come rilevato al punto 44 della presente sentenza. Alla luce di tali considerazioni, l'argomento della Repubblica di Polonia mira, in realtà, a introdurre differenze di trattamento non giustificate nell'ambito di una stessa categoria di prodotti del tabacco le cui caratteristiche oggettive e i cui effetti sono simili.



Le idee

I BUCHI NERI
DELL'ASSISTENZA**Maurizio Cotrufo**

Può accadere che un belmatino un professionista della medicina estetica, con ben evidenti sulla parete un diploma di laurea ed un diploma di specializzazione, si autodefinisca idoneo alla cura dei tumori del seno. La legge glielo permette e l'atto chirurgico di asportazione del tumore può anche essere eseguito magistralmente. Ma poi la paziente si trova sola, abbandonata a se stessa e fuori da tutti i complessi e moderni protocolli diagnostici e terapeutici che oggi accompagnano e si associano alle terapie chirurgiche in campo oncologico.

Questo è uno dei tanti casi che motivano la drammatica variabilità dei dati relativi a risultati e sopravvivenza delle procedure terapeutiche in Campania, scientificamente riportati da Maria Pirro sull'edizione di ieri del Mattino.

Il Presidente De Luca si trova di fronte il grosso problema di promuovere un piano sanitario regionale proiettato verso il futuro ma che soffre all'origine di tutte le disfunzioni e disorganizzazioni che si sono cronicizzate negli ultimi decenni. Se è vero da un lato che la Riforma Sanitaria approvata nel 1978 lascia libero il cittadino di scegliersi il medico e l'ospedale che preferisce, è altrettanto vero che tutti i settori della medicina si sono ultraspecializzati, per cui l'esperienza ed i risultati di un centro che si è aggiornato sono ben diversi da quelli che si verificano in un centro che si è fermato o che, ancora peggio, parte senza esperienza. Affidarsi ad una struttura che ha impiantato mille stent coronarici è ben più rassicurante che affidarsi ad una struttura che si accinge ad impiantarne il primo. I tumori, l'infarto, lo stroke, l'oncologia pediatrica, le malattie genetiche, le degenerazioni cerebrali dell'età senile, le malattie incurabili del sistema nervoso centrale e periferico richiedono strutture di alta specializzazione che concentrino in esse professionalità, strumentazioni e ricerca.

La maggior parte di queste patologie richie-

de un'assistenza che non si conclude con l'intervento nella fase acuta, ma deve potersi estendere anche per tutto il ciclo vitale del paziente, che deve sempre trovare piena disponibilità nel suo centro di riferimento primario. Ma il medico di base e la cittadinanza hanno acquisito conoscenza di tanto e, nel caso di necessità, sanno dove dirigersi? E la Regione Campania ha programmato l'assistenza polarizzando l'attenzione sulla necessità che tali centri esistano e che siano messi nelle condizioni di piena operatività? Purtroppo la risposta prevede due «no». Ed allora occorre mettersi attorno ad un tavolo con gli esperti delle varie specialità e riprogrammare il servizio sanitario regionale dalle sue basi. Occorrono una epidemiologia prioritaria che definisca l'entità casistica delle singole patologie, verosimilmente differenziata per ciascuna provincia, la programmazione dei presidi terapeutici necessari, l'istituzione di organici di confermata professionalità. A ciò deve far seguito una continua governance sanitaria che non va impostata sulla valutazione dei risultati a posteriori, bensì deve intervenire con controlli attivi durante la fase del processo terapeutico nella sua sequenza.

Per correggere un fenomeno purtroppo diffuso su tutto il territorio nazionale che vede coesistere unità operative virtuose ed altre pericolose per la salute dei pazienti occorre prendere atto che la motivazioni di tali disparità risiede nella professionalità e nelle capacità gestionali del primario. Occorre che il modello gestionale delle unità operative complesse sia piramidale, conferendo al primario pieni poteri decisionali, ma responsabilizzandolo allo stesso tempo sui risultati prodotti dalla sua attività personale e da quella dei collaboratori ai quali affida funzioni determinanti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I paradossi della Sanità

Ospedali ostaggio dei budget

Come cambia la professione del medico

Quindici minuti per un paziente

La macchina per assistere i malati diventa sempre più complessa, regolata dalla burocrazia che spesso ha la meglio sulla ragion medica

DANIELA MINERVA

Come funamboli in bilico tra le tirannie dei direttori generali, le ansie dei pazienti e la dignità forte di una professione che è il sinonimo stesso della differenza tra la vita e la morte, la serenità e il dolore. Così sono i medici italiani di questo inizio millennio, creature del tutto nuove che i vecchi carnici bianchi faticano a riconoscere. A loro era toccato un mestiere magari con maggiori frustrazioni, perché farmaci e tecnologie di soli 20 anni fa offrivano assai meno ai malati, ma di massima reputazione: loro erano i grandi guaritori, quelli cui la società si rivolgeva con rispetto, che facevano valere sopra ogni altra la ragion clinica, senza un occhiuto amministratore di nomina politica a contargli le dosi di farmaci o centellinarli le siringhe; o, quel che è peggio, a decidere che non si può dedicare più di 15 minuti a un paziente, se non le prestazioni che fa non giustificano il suo stipendio.

Chiunque si chieda qual è la nota più dolente della medicina oggi non manchi di pensare a quel 15 minuti, che ne fanno una catena di montaggio e non un'arte compassionevole di alta precisione. E chi vuole fare il medico sappia che questa è la sua battaglia: restare sé stesso, servire il malato e la logica scientifica nonostante le follie dei budget.

Quella massima reputazione, indiscussa, però oggi è abbattuta da una sanità cambiata dalle sue fondamenta. L'ospedale è diventato un'azienda, non è più un ospizio per i sofferenti nelle mani della misericordia; i pazienti sono sempre più impazienti, scorrazzano sul web e confrontano i medici con idee spesso balzane, sono nutriti dall'abbaglio collettivo che si possa sempre battere la malattia e se le cose vanno male corrono dal giudice; l'organizzazione della macchina per assistere i malati è sempre più complessa, regolata dalla burocrazia che spesso ha la meglio sulla ragion medica, soprattutto se collegata alle strette di bilancio.

Questo mondo nuovo appare comunque ai ragazzi magico, perché in effetti lo è. La medicina è un'arte meravigliosa, mette insieme la scienza più sottile, la scommessa rappresentata da ogni singola persona che è diversa da quella precedente, la speranza di vincere, la gioia di farcela, anche se non sempre. Così i giovani si affollano ai test. Se state leggendo queste note, probabilmente siete uno di quelli. E magari vi dite quanto è ingiusto un esame che decide per la vostra vita. Chi scrive è convinta che sia tutt'altro che ingiusto e che, anzi, è un salvagente che impedisce di buttare anni preziosi. I ragazzi pensano alla grandiosità dell'impresa, magari immaginano guadagni da Cresco che probabilmente non arriveranno (un primario guadagna di base circa 4.500 euro al me-

se), ma di fronte a loro c'è una macchina complessa che impone di frenare gli entusiasmi. E proverà a delinearne gli implacabili ingranaggi.

Partendo dalle cifre. Chi si iscrive oggi si laureerà tra sei anni, sempre che non rientri in quel 15-20% che non porta a termine il corso. Sei anni di lacrime e sangue: e poi? Niente. Perché per entrare nel sistema serve la specializzazione. E qui viene la follia tutta italiana: i posti nelle scuole di specialità sono molti meno dei laureati. Si iscrivono circa 10 mila studenti l'anno, ma i posti disponibili, ad esempio, nel 2015 erano 6.400 (ogni specializzando prende uno stipendio di circa 1.800 euro e le Asl sono sempre più povere). E chi resta fuori? Pascola in attesa di riprovarci, migra tra un ateneo e l'altro perché magari si trova un posto, un amico, un conoscente di papà. L'Anao (la principale associazione di medici ospedalieri) ha redatto un rapporto mettendo insieme pensionamenti, blocchi del turn over e altre variabili, e ha concluso che sin da oggi i posti nelle scuole di specializzazione dovrebbero essere portati ad almeno 7.700, ma anche, e soprattutto, che si dovrebbe chiudere il tetto delle iscrizioni a 8 mila, se non la facoltà col migliore tasso di occupazione (fonte AlmaLaurea: 95% degli occupati a 5 anni dal diploma) si trasformerà in una fabbrica di disoccupati. E, aggiungiamo noi, quei sei anni così faticosi, saranno stati buttati al vento.

AlmaLaurea fotografa il trend, ma la faccenda dei laureati senza posto ha un impatto molto serio sin da oggi. Migliaia di giovani medici sono fuori dal sistema: fanno le guardie, le sostituzioni nel privato e - ciò che nuoce alla salute degli italiani e del loro portafogli - alimentano il business delle professioni che si conquistano con corsi e altri succedanei, dall'omeopatia alla naturopatia alla medicina estetica. Perché una cosa deve essere chiara: il Ssn è l'unica garanzia di formazione adeguata, le scuole di specializzazione fanno proprio questo. Fuori dal recinto del Ssn, è la giungla. Dentro, invece, c'è la migliore istituzione sanitaria del mondo, vincolata dalla Costituzione a servire la comunità, alimentata dallo sforzo collettivo di sanare il dolore e offrire speranza. I medici ne sono l'architrate, con buona pace dei burocrati e degli occhiuti e politicizzati amministratori.

REPRODUZIONE RISERVATA



Gli scenari di occupazione
per le aree mediche,
l'agricoltura e la veterinaria,
i beni culturali e il turismo

Più lavoro nella salute

Le previsioni al 2020 e nei prossimi dieci anni

Mancheranno
dottori e infermieri

Al'Europa serve un milione di dottori

Università
& lavoro
Medicina

Da qui al 2020
ci sarà bisogno
di neurologi,
internisti,
oncologi, geriatri
e molti altri. Ecco
gli specialisti più
richiesti. In Italia
e all'estero

ALESSANDRA CORICA

Geriatri e medici di medicina generale, per andare incontro al crescente bisogno di cure da parte di anziani e malati cronici. E poi oncologi, ricercatori biomedici e medici del lavoro, per rispondere all'esigenza di curare i pazienti che presentano patologie correlate all'inquinamento ambientale. Sono gli orientamenti principali che un neolaureato in Medicina e chirurgia deve tenere in considerazione, nel momento in cui deve scegliere la specializzazione. E, quindi, il suo futuro. «Quella italiana è una popolazione che invecchia, e nella quale il tasso di malattie croniche è in salita: sono dati che, nella scelta del post-laurea, sono da tenere in considerazione», dice Antonio Carassi, preside della facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano. «In linea generale, per un neolaureato i percorsi sono due: l'iscrizione in una delle scuole di specializzazione, oppure quella al corso regionale in medicina di famiglia».

Le scelte possibili, in tutto, sono 56: tante sono le scuole di specializzazione previste dal sistema italiano. La durata, a seconda del settore, va dai tre ai cinque anni, durante i quali i neolaurea-



ti studiano e lavorano in ospedale, retribuiti da una borsa di studio. Nei fatti, si tratta di una tappa formativa pressoché obbligata per esercitare la professione medica sia nel settore pubblico sia nelle cliniche o nelle strutture convenzionate. «Le aree più appetibili per chi è un laureando in medicina, e deve scegliere quale strada intraprendere e in quale branca specializzarsi, sono quelle più "vecchie", nelle quali il numero di pensionamenti di qui ai prossimi anni sarà più alto», ragiona Domenico Montemurro, responsabile del settore giovani dell'Anaa, Associazione medici e dirigenti del servizio sanitario nazionale. «Se si guardano i dati dell'area medica, si prevede che nei prossimi anni ci sarà bisogno soprattutto di neurologi, medici internisti, cardiologi. Per l'area dei servizi, saranno necessari nuovi igienisti e medici del lavoro, mentre per l'area chirurgica ci sarà bisogno di un ricambio soprattutto tra i chirurghi vascolari e in traumatologia».

Secondo un'indagine condotta dall'Anaa, di qui al 2020 il saldo negativo tra il numero di specialisti che usciranno dal mondo del lavoro e quello di nuovi medici che vi entreranno, riguarderà ambiti come Pediatria, Medicina interna, Chirurgia generale, Psichiatria, Ginecologia, Cardiologia, Anestesiologia. In più, nei prossimi dieci anni sono previsti circa 15mila pensionamenti fra i medici di medicina generale, a fronte di soli 5mila nuovi medici formati. Anche questi, quindi, sono ambiti su cui puntare dal punto di vista delle prospettive occupazionali. «Attualmente», aggiunge Ezio Casale, responsabile del settore formazione della Federazione nazionale dell'Ordine dei medici, «le specializzazioni che offrono garanzie di un più rapido accesso al mondo del lavoro sono Radiodiagnostica e Anestesia e rianimazione. Non dobbiamo però dimenticare che i futuri scenari epidemiologici e demografici, correlati all'invec-

chiamento della popolazione, cambieranno la situazione e le necessità della popolazione. Per questo prevediamo che ci saranno buoni spazi occupazionali anche per i medici che si specializzeranno in Geriatria, Malattie dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, Oncologia, Radioterapia».

Il privato è quello che offre maggiori possibilità: a causa del blocco del turn over nel pubblico, per un giovane medico è infatti più semplice riuscire a trovare posto in uno studio o clinica convenzionata. Tra le possibili strade per i giovani c'è anche quella delle start up, con la creazione dei nuovi studi associati aperti 16 ore al giorno. Buone possibilità vengono poi dalla telemedicina applicata alla cura dei malati cronici. Anche il volontariato e il no profit si rivelano, per i neolaureati, dei possibili sbocchi. Ma non solo. Perché in base a uno studio condotto dal progetto pilota "The Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting", in totale in Europa di qui al 2020 ci sarà bisogno di un milione di professionisti sanitari.

Tra le possibili strade per un neolaureato c'è quindi anche l'estero: «I medici italiani sono molto apprezzati a livello internazionale, grazie al buon livello della nostra formazione: lo dimostra anche il fatto che tanti stranieri vengono qui in Italia per studiare nei nostri atenei», sottolinea Gabriella Cerri, presidente dell'International medical school dell'università degli studi di Milano. Che Oltralpe ci siano delle buone prospettive lo dimostra il fatto che dal 2014 a oggi oltre 3mila camici bianchi italiani hanno fatto la scelta di emigrare all'estero, soprattutto in Inghilterra: «Le prospettive per i nostri medici sono legate in particolare alla medicina biomedica e alla medicina traslazionale», dice Cerri. «Sono questi gli ambiti su cui puntare in un'ottica di internazionalizzazione».

CRIPRODUZIONE RISERVATA

BUONE PROSPETTIVE

«Le aree più appetibili per i laureandi in medicina sono quelle più "vecchie", nelle quali i pensionamenti, nei prossimi anni, saranno maggiori», dice Domenico Montemurro dell'Anaa

I nostri medici sono apprezzati a livello internazionale. Dal 2014 a oggi oltre tremila hanno fatto la scelta di emigrare

Specializzarsi in Anestesia e rianimazione e Diagnostica radio è oggi la via più veloce per ottenere un'assunzione

<http://www.healthdesk.it/>

Rischio obesità: non ci si può fidare nemmeno dei succhi di frutta

Alcuni Paesi per contrastare l'obesità hanno tassato le bibite gassate. E i consumi sono in calo. Ma un nuovo studio mostra che altri prodotti, come i succhi di frutta con zuccheri aggiunti, anche se percepiti come più sani, sono altrettanto dannosi se assunti in grandi quantità

Paolo Gangemi,

L'epidemia di obesità è un serio problema di salute negli Stati Uniti e lo sta diventando sempre di più anche in Europa. Fra gli alimenti sotto accusa, i responsabili additati più spesso sono il junk food (merendine, patatine, eccetera) e le bibite gassate. Ma un nuovo **studio**, pubblicato recentemente sul *Bmj Open* da un gruppo di ricercatori dell'Università di San Paolo del Brasile e dell'Università Tufts di Boston, avverte che andrebbero annoverati nella stessa categoria anche i succhi di frutta con zuccheri aggiunti: anche se generalmente sono percepiti come più salutari, in grandi dosi risultano altrettanto dannosi.

E le dosi, in particolare in America ma non solo, sono decisamente eccessive. La ricerca, condotta su un campione di oltre 9.000 persone (sia adulti sia bambini) ha evidenziato che nella dieta degli americani, in media il 57,9 per cento delle calorie proviene dai cosiddetti alimenti ultra-processati, cioè cibi nella cui preparazione – oltre a zuccheri, sale e grassi – entrano in gioco anche coloranti, dolcificanti e altri additivi usati per alterare le qualità del prodotto originario. Esempi tipici di cibi ultra-processati sono gli snack dolci, ma anche le confezioni di pasta pronta e dolciumi di vario tipo. Oltre che, appunto, le bevande zuccherate in genere.

Gli alimenti di questo tipo, rispetto a tutti gli altri, contengono dosi molto più elevate di zuccheri aggiunti, da tempo sotto l'occhio degli scienziati perché considerati calorie vuote, cioè prive di valori nutritivi: sono stati messi in relazione a un **rischio** più alto di obesità, diabete e malattie cardiovascolari. L'89,7 per cento degli zuccheri aggiunti ingeriti dagli americani proviene proprio dagli alimenti ultra-processati. Andando a scorporare i dati, si scopre come la prima fonte di zuccheri aggiunti siano le bibite gassate, con il 17,1 per cento del totale (e fin qui niente di troppo inaspettato); la sorpresa è che al secondo si piazzano i succhi di frutta zuccherati con il 13,9 per cento, mentre sono solo al terzo posto, con l'11,2 per cento, dolci e biscotti.

Le contromosse messe in atto finora da parte delle politiche sanitarie hanno puntato a tassare alcuni prodotti ritenuti i nemici pubblici e quindi a disincentivarne il consumo. E in effetti l'efficacia si è vista: fra il 2009 e il 2014, negli Stati Uniti, il consumo è sceso da oltre 19 miliardi di litri all'anno a meno di 16 miliardi. Solo che spesso le misure normative si concentrano appunto sulle bibite gassate trascurando le altre bevande zuccherate, come i succhi di frutta con zuccheri aggiunti, che nello stesso arco di tempo hanno fatto registrare un calo molto più lieve (da 9,7 a 8,5 miliardi di litri). A queste cifre vanno poi aggiunti i dati delle bevande energetiche e degli sport-drink, i cui consumi sono addirittura aumentati.

Per questo la nuova ricerca mette in causa l'impostazione di queste politiche e suggerisce di adottare misure basate in modo più rigoroso sulle quantità di zuccheri aggiunti, indipendentemente da come sono percepite da parte del pubblico.