Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 144.747
Diffusione 03/2016: 112.705
Lettori Ed. III 2015: 358.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

24-MAG-2016
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Strasburgo

Obiezione all'aborto: contromossa italiana al Consiglio d'Europa

FRANCESCO OGNIBENE

"Rimandata" nel primo round della procedura del Consiglio d'Europa perché nei nostri ospedali sarebbe difficile abortire, l'Italia oggi si presenta a Strasburgo per spiegare come in un Paese col 30% di medici non obiettori, nascite al minimo storico e aborti più che dimezzati la tesi accusatoria (della Cgil) non sta in piedi.

A PAGINA 11

Aborti e obiettori Italia sotto esame

Oggi al Consiglio d'Europa il dossier su medici, punti nascita e interruzioni

Il Ministero della Salute prova a fermare l'iter avviato con l'esposto della Cgil accolto in aprile. I dati parlano di un servizio garantito e accessibile

FRANCESCO OGNIBENE

Non sarà ancora l'ultima parola, ma il passaggio al quale oggi è atteso il governo italiano è cruciale per il futuro del diritto all'obiezione di coscienza sull'aborto previsto dalla legge 194. Si riunisce infatti a Strasburgo il «Gr-Soc», sigla che definisce il gruppo di esperti sulle questioni sociali e sanitarie in rappresentanza dei Paesi membri del Consiglio d'Europa (47, inclusi i 28 dell'Unione europea). Davanti a questa commissione tecnica i rappresentanti italiani sono chiamati a replicare nel merito al parere negativo espresso l'11 aprile dal Comitato europeo dei diritti sociali, organismo che all'interno dello stesso Consiglio d'Europa vigila sull'applicazione della Carta sociale europea. Il Comitato aveva accolto un reclamo della Cgil che lamentava la difficoltà in Italia di accedere ai servizi di interruzione di gravidanza a causa – questa la tesi del sindacato – dell'eccessivo numero di medici obiettori. Di qui l'apertura di un procedimento formale che, senza costituire una "condanna" come erroneamente riportato da quasi tutti i media italiani, approda oggi alla tappa tecnicamente più rilevante.

Nell'audizione di Strasburgo il governo – come ha anticipato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin nell'informativa alla Camera del 4 maggio – illustrerà in modo dettagliato i dati reali sull'aborto, l'obiezione, i carichi di lavoro per i medici non obiettori, la diffusione dei punti nascita e di quelli per l'interruzione di gravidanza, con la possibilità finalmente di fare chiarezza rispetto alle tesi della Cgil avverse alla libera scelta dei ginecologi e del personale sanitario. Solo dopo questo chiarimento il Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa – organismo politico, per quanto non elettivo – potrà pronunciarsi con una risoluzione indirizzata all'Italia decidendo se eventualmente chiedere al nostro Paese che provveda a organizzare la pratica dell'aborto in modo più efficiente. Ma è chiaro che un'eventuale bocciatura avrebbe un peso culturale e politico non trascurabile.

La complessa procedura attivata dagli uffici del Consiglio arriva due anni dopo un iter praticamente identico che prese avvio dal reclamo dell'«International Planned Parenthood Federation» (Ippf), combattiva ong attiva in tutto il mondo come lobby pro-aborto, e che si concluse con un'archiviazione di fronte ai dati illustrati dal nostro Ministero della Salute. Il nuovo procedimento mostra che sull'obiezione di coscienza si sta concentrando il pressing delle istituzioni europee, all'interno delle quali agiscono gruppi che vogliono condurre all'affermazione dell'aborto come indiscutibile diritto non assoggettabile ad alcuna restrizione.

Ma in Italia è davvero un problema abortire? Anzitutto appare paradossale che ci si debba occupare di facilitare gli aborti in un Paese che, semmai, sta facendo i conti con una denatalità a livelli ormai drammatici: le nascite scese sotto la soglia del mezzo milione (con gli aborti sotto quota 100mila), dovrebbero indicare con sufficiente chiarezza quale sia la priorità in questo momento. Ma invece di essere chiamato dalle istituzioni europee a illustrare con quali politiche pensa di far fronte all'era glaciale demografica, il governo viene convocato a Strasburgo per dare spiegazioni su quanto facilmente si può abortire. Le cifre, peraltro, non lasciano dubbi: 30% di medici che praticano aborti e 2,8 strutture in cui si praticano aborti ogni 100mila donne in età fertile contro 3,8 punti nascita. Per capirci: mentre il rapporto tra nascite e aborti è di 4,9 a 1, quello tra punti-nascita e punti-aborto è di 1,3 a 1, con gli aborti più che dimezzati rispetto ai 234mila del 1982. A fronteggiare questo numero enorme di interruzioni di gravidanza dovevano provvedere 1.607 medici non obiettori, oggi diventati 1.490 ma per 100mila aborti, con un carico di lavoro decisamente più lieve. I dati parlano chiaro. Il Consiglio d'Europa saprà ascoltarli?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAG-2016
da pag. 40
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Terra di fuochi non di padri

Inquinamento. Metalli, pesticidi, insetticidi danneggiano sperma e Dna. Una ricerca nei luoghi più contaminati d'Italia vuole scoprire come. Per aiutare i maschi

PAOLA EMILIA CICERONE

COMBATTERE l'inquinamento aiuta a proteggere la fertilità, soprattutto maschile. E proteggere la salute dello sperma aiuta a tutelare l'ambiente. È il ragionamento alla base di Ecofoodfertility, un progetto di ricerca internazionale che indaga gli effetti di inquinamento e alimentazione sulla fertilità. Nasce dall'impegno di Luigi Montano, uroandrologo e ambientalista che lavora in Terra dei fuochi, dove l'emergenza ambientale è realtà quotidiana. «Mi sono formato a Pisa come andrologo – spiega Montano – ma mi sono anche perfezionato in Medicina ambientale. E lavorando ad Acerra ho cercato di capire quanto pesasse l'inquinamento sulla qualità del liquido seminale dei miei pazienti». Dai primi segnali allarmanti raccolti sul campo – un calo nella mobilità degli spermatozoi, danni nel loro DNA – nasce un progetto ambizioso che coinvolge istituzioni come il Consiglio Nazionale delle Ricerche e l'Istituto Superiore di Sanità, oltre a diverse Università italiane e straniere. «Vogliamo confrontare lo sperma di chi abita in zone molto inquinate, come la Terra dei fuochi, Gela, Brescia, Piombino, Taranto e altre, con quello di soggetti che vivono in aree ambientalmente più sane», spiega l'andrologo.

L'obiettivo del progetto è quello di definire dei parametri tali da mettere i medici in condizione di cogliere i primi segnali di allarme. «Le analisi epidemiologiche, come i registri dei tumori, servono ad analizzare danni già avvenuti, mentre il seme maschile è un vero e proprio sensore della qualità ambientale, oltre che un precoce indicatore dello stato di salute», ricorda Montano. I dati preliminari di una ricerca retrospettiva già svolta e lo studio di biomonitoraggio (una valutazione complessiva dell'ambiente fatta utilizzando indicatori bioemetrici indagati direttamente sulla popolazione dei luoghi) in via di pubblicazione, sembrano confermare che nelle aree inquinate la qualità degli spermatozoi è inferiore. «Emergono anche alterazioni epigenetiche (alterazioni del Dna dovute all'ambiente, ndr)– avverte Montano – ci stiamo rendendo conto che lo sperma danneggiato può rendere più vulnerabili i bambini che nasceranno, e forse anche per più generazioni. Bisogna arrivare a ridurre in tempi brevissimi i tassi di inquinamento intervenendo sulle cause; e nel frattempo dobbiamo trovare il modo di difendere la popolazione».

Tra gli accusati ci sono sia i metalli pesanti sia altri elementi che fanno parte della famiglia degli interferenti endocrini. «Sostanze prevalentemente di sintesi chimica, che interagiscono con i recettori per gli ormoni sessuali, con un effetto femminilizzante che interferisce sul corretto sviluppo degli spermatozoi», spiega Mauro Bologna dell'Università dell'Aquila, che tratterà questo tema al convegno Ambiente fisico, sociale e salute, che si terrà a fine maggio nel capoluogo abruzzese. E aggiunge: «Si tratta di pesticidi e insetticidi, primo fra tutti il DDT, ma anche di sostanze come il bisfenolo, utilizzate per la produzione della plastica». Il problema nasce dalla dispersione di questi materiali nell'ambiente o nelle acque, dove si degradano in microparticelle che compromettono la fertilità dei pesci, e poi rientrano nella catena alimentare; o può nascere dalla loro combustione a bassa temperatura, con un termovalorizzatore non adeguato».

Il tema dell'infertilità maschile riguarda tutto il mondo industrializzato: si calcola che in Italia, il 20% circa delle coppie ha difficoltà a procreare per vie naturali, una percentuale doppia rispetto a venti anni fa: «E si tratta di numeri comunque sottostimati. Non sappiamo in realtà quante sono le coppie in difficoltà anche perché non esistono registri per le patologie dell'apparato riproduttivo», osserva Montano. E non solo: il tema dell'infertilità, specie maschile, è ancora difficile da affrontare; chi ne soffre non va sempre e subito a chiedere aiuto. Mentre i medici insistono sull'importanza di intervenire presto per valutare i rischi, e proteggersi. Cosa che si può fare evitando l'accumulo di contaminanti, anche con l'alimentazione: il consiglio degli esperti è quello di abbondare in frutta e verdura che hanno effetti protettivi, «limitando il consumo di carni e grassi animali dove si concentrano gli inquinanti», ricorda Bologna. Tra gli studi promossi da Ecofoodfertility, ce n'è anche uno che analizza i possibili vantaggi di un'alimentazione con prodotti esclusivamente provenienti da agricoltura biologica. «Possiamo di sicuro già dire che è importante evitare fumo ed eccessi alcolici – conclude Montano – e dormire a sufficienza per non accumulare stress».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Doctor33

24-05-2016

http://www.doctor33.it/

Prescrizioni inappropriate, esiste un problema di genere. Donne anziane le più a rischio

Il più importante fattore di rischio di carattere non medico che può condurre a una prescrizione di farmaci non appropriati è il genere e le donne anziane hanno un rischio di ricevere ricette mediche per farmaci inappropriati del 23% maggiore rispetto ai coetanei di sesso maschile. Lo rivela uno studio condotto dai ricercatori della British Columbia University su un numero impressionante di soggetti over-65 di entrambi i sessi: 660.000; l'analisi dei dati delle prescrizioni farmacologiche ricevute nel corso di un anno, ha portato a stimare che il 31% delle donne e il 26% dei maschi hanno ricevuto una ricetta per farmaci inappropriati.

Secondo **Marco Trabucchi**, ordinario di Neuropsicofarmacologia all'Università "Tor Vergata" di Roma, «è reale il rischio di una minore attenzione alle donne da parte della medicina e dei medici, specie riguardo agli aspetti psicologici che presentano differenze notevoli tra i sessi. Ma in generale c'è una mancata attenzione alle specificità verso soggetti che hanno metabolismo diverso, per esempio una diversa sintesi dei farmaci a livello renale o epatico. La donna è raramente al centro degli studi scientifici, che sono principalmente condotti su persone con una sola patologia e di sesso maschile, mentre nella realtà dei fatti la gran parte dei farmaci è assunta dagli anziani con polipatologia e una buona parte di loro sono donne».

La prescrizione di farmaci non appropriati, sostiene Trabucchi, è il grande

problema dei pazienti anziani: «di fronte al fenomeno della fragilità e della polipatologia noi non disponiamo di strumenti tecnico-scientifici adeguati per studiare l'interazione tra i farmaci, abbiamo linee guida per lo scompenso cardiaco, la Bpco, la demenza o l'artrosi ma se un paziente ha più patologie insieme non abbiamo nessuna indicazione e ci possiamo regolare solo in base all'esperienza e alla sensibilità. Quindi la possibilità di fare degli errori prescrittivi è elevatissima».

Doctor33

24-05-2016

http://www.doctor33.it/

Ricerca Bocconi, trial fanno bene a conti ospedali

Attrarre sperimentazioni non fa bene solo alla ricerca e ai ricercatori ma anche alle aziende sanitarie locali e ospedaliere e ai pazienti. Infatti, evita costi al servizio sanitario e genera preziose risorse da investire in anni di "magra". A livello nazionale simili affermazioni, fin qui "intuite", iniziano ad essere evidenze matematiche. Lo dimostrano gli esiti dell'indagine condotta a Brescia dall'Academy of Health care management and economics illustrata da Claudio Jommi, economista dell'Università del Piemonte Orientale all'incontro in università Bocconi "Misurare per generare valore nel Ssn". Tra i dati di cui Asl e ospedali sono carenti, c'è quello relativo alla capacità delle sperimentazioni cliniche di generare valore. «La domanda è: al di là dell'approdo a una nuova terapia, che è l'obiettivo chiave, il "trial" offre un valore incrementale? Dal punto di vista dei dati clinici -spiega Jommi - emerge che c'è un effetto dei trial sulla qualità dell'assistenza (mediamente si fruisce di terapie innovative con tre anni di anticipo) e sulla capacità dell'azienda di attrarre nuove sperimentazioni. E c'è un riscontro anche in termini di appropriatezza». L'Academy ha costruito con tredici aziende sanitarie del Centro-Nord un modello per valutare se e quanto i proventi derivanti dalla partecipazione a un trial vadano a finanziare da una parte altre attività, come gli studi non profit, e dall'altra i fattori produttivi (retribuzione dei data manager, partecipazione a convegni etc). E lo ha sperimentato sui reparti oncologici di alcune aziende e in particolare con l'Unità di Ematologia dell'Asst Spedali Civili Brescia diretta da Giuseppe Rossi.

«Fatti cento i suddetti proventi, dal 40 al 56% a seconda dell'azienda vanno a finanziare altre attività aziendali tra cui ricerca no profit e fondi divisionali per altre attività e personale non strutturato. A Brescia sono stati valorizzati i costi dei farmaci innovativi sperimentali e dei comparatori attivi, calcolando su ciascun paziente una media di 47 mila euro di risparmio sui primi e 30 mila sui secondi». Non è finita, al Pascale di Napoli l'Academy quantifica in un milione di euro il margine

economico 2014 cui si potrebbe aggiungere un altro milione da ripartire tra retribuzione dei clinici e reinvestimento nell'unità operativa. A ciò si aggiunga l'aumento a Brescia l'aumento di studi attivati e di pazienti arruolati che ha consentito all'UOC di triplicare il fatturato da 65 a 175 mila euro. L'unico limite dell'analisi sembra per ora la diversa velocità alla quale vanno le regioni italiane. «Oggi non vengono lasciati margini a noi manager di Asl in regioni in piano di rientro», afferma Paolo Cavagnaro vicepresidente Fiaso e manager Asl Chiavari. «Se io risparmio, quanto ottengo in genere finisce là e non finanzia altre attività». All'incontro milanese, l'Academy che nasce da una joint venture tra centro ricerche Centro ricerche Cergas (Bocconi), Sda- Bocconi e Novartis, ha presentato anche un'indagine sulla possibilità di abbattere i ricoveri dei pazienti con Bpco trattando in modo appropriato i cluster più a rischio e un'evoluzione del cruscotto decisionale già messo a punto per i direttori generali, ora rivolto a chi partecipa al governo clinico e progressivamente ai team specialistici. Alla fine il fondatore Cergas, l'economista Elio
Borgonovi, ha ripreso il tema dei margini operativi: «In ricerca come in ogni altra attività, se le risorse che si ottengono sono usate per ripianare deficit o le novità sono intraprese unicamente a fini "contabili", presto si rompe l'unitarietà dell'azienda e quanto c'era di buono non passa, e non si cresce».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-MAG-2016
da pag. 12
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

AlmaLaurea: il tasso 2014 inverte il trend - Fabbisogni formativi: deficit pediatri e Mmg, surplus farmacisti

Professioni, l'occupazione è ripartita

Gli occupati salgono al 63% - Logopedisti e igienisti dentali su, tecnici di laboratorio in coda

Si intravede la luce in fondo al tunnel dell'occupazione per le 22 professioni sanitarie: su circa 17mila laureati del 2014 si è registrato un incremento del tasso occupazionale pari al 2,2%, toccando quota 63% rispetto al 61% del biennio precedente. È quanto emerge dei dati anticipati a «Il Sole 24 Ore Sanità» dal Consorzio AlmaLaurea di Bologna. Migliorano soprattutto i profili che operano nel privato (fisioterapista, logopedista e igienista dentale, seguiti da audioprotesista e podologo). Al ralenti tutte le professioni Ssn, gravate dalle blocco del turnover. Nodo fondamentale la programmazione. E in attesa dell'Accordo Stato-Regioni sui fabbisogni per l'accesso ai corsi di laurea, arrivano i primi riscontri del progetto pilota Ue condotto della Salute, «Health Workforce Planning and Forecasting». Il test su medici, infermieri, dentisti, farmacisti e ostetriche. Emergenza per pediatri e Mmg, farmacisti in forte surplus.

MASTRILLO A PAG. 12

RAPPORTO ALMALAUREA/ Nel 2014 tasso occupazionale generale al 63% con un aumento del 2,2%

Professioni: occupazione in risalita

Migliorano i profili che operano nel privato - Tecnico di laboratorio fanalino di coda

Parte finalmente la ripresa per l'occupazione, sia nel contesto generale che in quello delle 22 professioni sanitarie. Sono queste le indicazioni che derivano dall'elaborazione dei dati resi noti dal Consorzio AlmaLaurea di Bologna in occasione della presentazione del Rapporto annuale 2016, presso l'Università Federico II di Napoli, il 27 aprile scorso. Per la prima volta, essendo compresi anche gli Atenei dell'indagine Stella di Milano, ci sono i dati di tutte le 41 Università, da cui continua però a mancare solo l'Università Cattolica.

Si confermano quindi secondo AlmaLaurea i primi «timidi segnali di miglioramento, che offrono la prospettiva di un futuro più roseo».

I risultati evidenziano che su circa 17mila laureati del 2014 per le professioni sanitarie si è registrato un incremento del tasso occupazionale pari a 2,2 punti percentuali, salito al 63% rispetto al 61% stabile degli occupati del 2012 e del 2013.

Leggermente diversa è la situazione generale sul totale di quasi 127mila laureati, con leggera perdita sulle varie aree con un 38,7% del 2014 rispetto al 40,0% del 2013 e al 40,6% del precedente anno 2012.

Per effetto di questi risultati si conferma ancora un volta per le professioni sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari.

Resta in ogni caso la diminuzione negli ultimi otto anni per -23,6 punti percentuali, dall'87% del 2007 al 63,4 del 2014, mentre era al 61,2% nel 2013.

Ma la situazione è diversificata fra le quattro aree, con significativo aumento di 1,7 punti percentuali per infermieristica-ostetricia, che sale dal 60,6% del 2013 al 62,3%; altrettanto positivo con 1,5 punti percentuali in più, il trend per la riabilitazione che sale dal 77,4% del 2013 al 78,9% del 2014.

Quasi stabile l'area tecnica che passa al 49,2% attuale dal 49,5% nel 2013. Si conferma invece il trend negativo per l'area della prevenzione che con 42,7% perde 4,3 punti percentuali rispetto al 47% del 2013.

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sulla media degli ultimi otto anni, dal 2007 al 2014, si confermano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti con media dell'87% fisioterapista, logopedista e igienista dentale, seguiti da audioprotesista con l'83% e podologo con il 78 per cento. Di fatto sono tutti profili che operano prevalentemente come liberi professionisti, oltre che in parte anche come dipendenti pubblici; non sono toccati quindi dal blocco delle assunzioni degli ultimi anni nel pubblico impiego.

Al contrario, agli ultimi cinque posti troviamo tecnico della prevenzione che con il 41% scende di 3 posizioni, al 18° posto rispetto al 15° posto dello scorso anno, quando era al 47% stabile.

A seguire tecnico di neurofisiopatologia che passa dal 39% al 41%, tecnico di radiologia dal 38% al 39% e tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria che sale dal 29% al 35 per cento. Infine, e per la prima volta all'ultimo posto, tecnico di laboratorio che con il 29% perde -11 punti percentuali rispetto al 40% medio degli ultimi 3 anni. In questo caso sono tutte professioni sotto dipendenza pubblica e quindi gravate dalle blocco del turnover.

A metà classifica e sopra la media totale del 63% si conferma infermiere al 9° posto, che con il 67% registra un aumento di 2 punti percentuali, rispetto al 65% stabile del 2013 e del 2012.

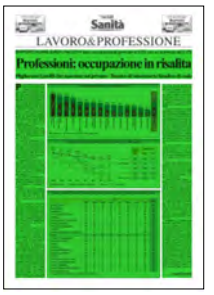
Nella stessa area si rileva un aumento, che è anche superiore, per ostetrica che sale dal 39% dello scorso anno all'attuale 47%, come era nel 2010 e con ben +8 punti percentuali, il più alto fra i 22 profili.

Questo potrebbe portare a pensare che per le professioni sanitarie la crisi stia finendo e che la ripresa si è già avviata. Ma non è proprio e del tutto così, perché restano ancora irrisolete le ben note criticità dell'area tecnica: dopo i tecnici di radiologia, che in 8 anni perdono ben 53 punti percentuali crollando dal 92% del 2007 all'attuale 39%, la crisi ora si sposta su tecnico di laboratorio, che con appena il 29% è l'ultimo in classifica, con una perdita di 39 punti percentuali rispetto al 68% del 2007.

Incidenza sui fabbisogni formativi del 2016. Sono dati che non potranno non incidere sulla imminente determinazione dei fabbisogni formativi per il prossimo Aa 2016-17. Su questo punto il ministero della Salute, notoriamente molto attento e sensibile, potrebbe nuovamente accogliere le richieste di riduzioni avanzate dalle professioni; rispettivamente con -50 per i tecnici di laboratorio, per arrivare a un massimo di 750 posti a bando e, soprattutto, rispetto alla riduzione di -150 proposta dalla Federazione per i tecnici di radiologia per scendere a un massimo di 700 posti a bando, rispetto agli 819 dello scorso anno.

Angelo Mastrillo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

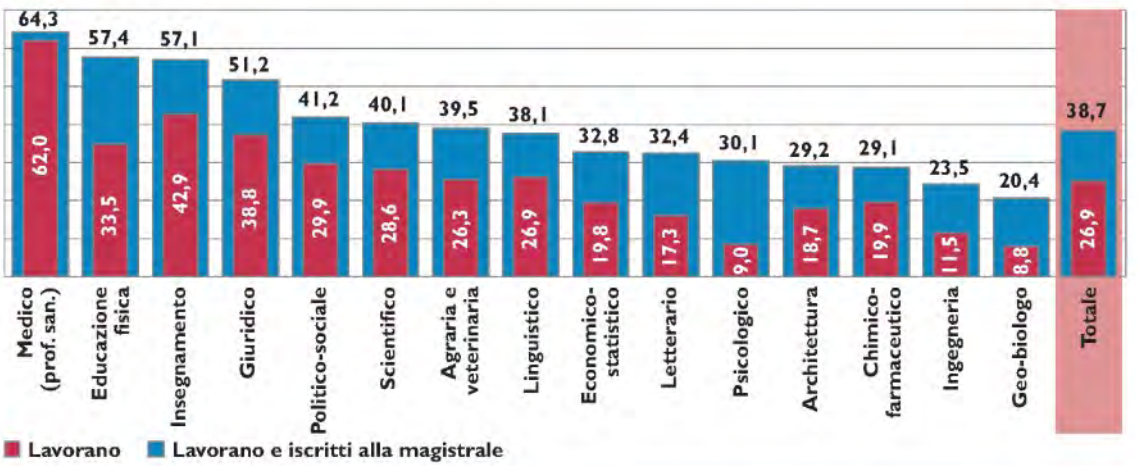
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

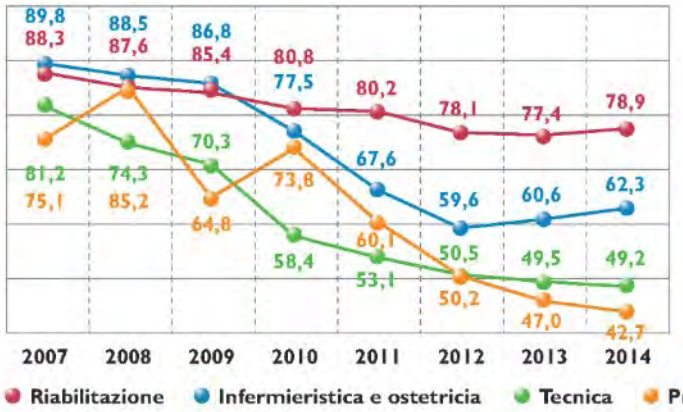
Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-MAG-2016
da pag. 12
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

I laureati totali nel 2014 a un anno dalla laurea



Occupazione professioni sanitarie in percentuale a 1 anno dalla Laurea



	Media 2007-2014	Diff. 2014 vs 2007	Diff. 2014 vs 2013
Inf. e ostetricia	74,1	-27,5	1,7
Riabilitazione	82,1	-9,4	1,5
Tecnica	60,8	-32,0	-0,3
Prevenzione	62,4	-32,4	-4,3
Totale classe	73,0	-23,6	2,2

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-MAG-2016
da pag. 12
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Lauree triennali Facoltà di Medicina e chirurgia - Quanti lavorano in % dopo un anno dalla Laurea

	Anni								Media
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Igienista dentale	87	84	88	90	86	85	87	91	87
Fisioterapista	93	90	90	87	86	84	84	84	86
Logopedista	87	90	87	85	86	90	81	83	86
Tecnico audioprotesista	87	83	79	84	79	80	88	81	83
Podologo	77	77	71	78	83	74	87	78	78
Terapista neuro età evolutiva	83	80	76	68	71	70	69	76	74
Tecnico ortopedico	84	74	77	81	62	82	77	75	77
Educatore professionale	88	88	80	83	71	71	72	71	77
Infermiere	94	94	91	83	75	65	65	67	79
Tecnico riabilitazione psichiatrica	71	66	63	62	63	58	62	65	64
Media	87	86	83	75	68	61	61	63	73
Terapista occupazionale	90	70	70	62	73	61	77	61	70
Assistente sanitario	69	84	54	49	44	56	42	56	55
Dietista	68	61	57	55	62	58	54	53	58
Ortottista	62	63	71	64	54	55	48	52	59
Tecnico audiometrista	75	68	62	62	61	24	44	49	58
Infermiere pediatrico	80	84	80	69	54	50	48	48	60
Ostetrica	60	54	56	47	39	38	39	47	47
Tecnico prevenzione lavoro	73	72	54	62	48	47	47	41	55
Tecnico neurofisiopatologia	68	58	58	53	44	32	39	41	48
Tecnico radiologia	92	87	78	60	49	41	38	39	59
Tecnico fisiopatologia cardiocirc.	70	49	56	45	29	26	29	35	40
Tecnico laboratorio	68	63	50	46	41	40	39	29	46

Fonte grafici e tabella: elaborazione A. Mastrillo su dati AlmaLaurea

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAG-2016
da pag. 34
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

RSalute/ La copertina

Quando la cura diventa bufala
Bocciate 150 terapie: sono inutili

AGNESE CODIGNOLA ALLE PAGINE 33, 34 E 35

Questa cura è una bufala

Prima mi curi poi mi danneggi e cambi idea

Medicina. Dall'artroscopia alle lenzuola antiacaro all'otite. Dal controllo della glicemia a quello del colesterolo. Due scienziati processano clinica e chirurgia Così scoprono circa 150 terapie accettate che col tempo dimostrano di non funzionare

AGNESE CODIGNOLA

UN'EPIDEMIA, COSÌ LA DEFINISCE. Un fenomeno dilagante, al quale è indispensabile mettere fine al più presto, perché a rimetterci sono tutti, a cominciare dai malati. È il Medical Reversal (inversione medica) termine coniato da Vinay Prasad, ematologo del National Cancer Institute da tempo impegnato a studiare come migliorare la pratica medica, e che ora ha raccolto in un libro, scritto con l'internista dell'Università di Chicago Adam Cifu, alcuni dei casi più clamorosi, indicandone cause e possibili soluzioni (*Ending Medical Reversal. Improving Outcomes, Saving Lives*, Johns Hopkins University Press).

Perché la medicina è piena di terapie prima accettate sulla base di qualche studio che poi, una volta estese a tutti i pazienti, si dimostrano inutili se non dannose. Un caso, tra i molti raccontati da Prasad e Cifu, aiuta a capire il reversal: quello degli stent coronarici, piccole tre coronarie e arterie ostruite in persone con una situazione cardiologica stabile, ma con angina (dolore). L'intervento è stato introdotto alla fine degli anni Cinquanta, nel 2007, però, uno studio chiamato Courage, condotto su oltre 2.200 persone e pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, ha dimostrato che la procedura non ha alcun effetto

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAG-2016
da pag. 34
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

sulla mortalità cardiovascolare dopo 6, 12 e 18 mesi l'intervento. Se ne ha uno – e in quel caso è modesta entità – è sul dolore. Il che, secondo alcuni medici, può già essere un traguardo desiderabile. Ma Prasad e Cifu ricordano che lo studio Courage non aveva le caratteristiche per fornire questa risposta, perché metà dei pazienti sono stati sottoposti all'inserimento dello stent, intervento associato a un grande effetto placebo, e l'altra metà solo a una terapia farmacologica. È impossibile paragonare le variazioni di un parametro soggettivo come il dolore partendo da situazioni così diverse (mentre non lo è affatto per quanto riguarda gli infarti, gli ictus, i decessi). E non è tutto. Gli stenti sono un vero caso scuola di reversal: nello stesso 2007 uno studio svedese condotto su oltre 6.000 pazienti, e anch'esso pubblicato sul *New England*, ha dimostrato che quelli medicati non apportano alcun vantaggio rispetto a quelli non ricoperti di farmaci per quanto riguarda il rischio di morte e infarto, se si va a vedere cosa è successo ai malati nei tre anni seguenti l'intervento. Anzi, è vero il contrario: la mortalità e i cosiddetti eventi maggiori, cioè gli infarti e le altre sindromi cardiovascolari gravi, aumentano già a partire da sei mesi dopo l'operazione.

Nel cahier de doléance di Prasad entrano interventi e terapie che vanno dalle misure da prendere contro le allergie, alla supplementazione di vitamine. Ci sono poi l'accanimento di controlli su controlli, a volte inutili, di parametri emetici, alcune terapie per i bambini su cui si concentrano le ansie dei genitori e che per questo si prestano all'abuso terapeutico. E non c'è ambito della medicina che non sia spazzato dal vento iconoclasta di Prasad e Cifu. Con una pervicace tendenza dei medici a ripetere gli errori. «È sorprendente constatare – spiega Prasad – come le lezioni del passato non servano. Pensiamo alla terapia ormonale sostitutiva per le donne: per decenni è stata prescritta in base a supposti benefici visti in studi osservazionali. Poi, con il primo studio randomizzato, è emerso che non solo non aiutava, ma faceva danni molto seri. Con il testosterone consigliato ad alcune categorie di uomini dopo i 65 anni oggi stiamo commettendo lo stesso errore: indicazioni giunte da studi discutibili vengono trattate come prove inoppugnabili, e prima che tale effetto sia dimostrato, molti si precipitano a consigliarlo, senza che le società scientifiche di riferimento intervengano per fermare la pazzia. Il fenomeno è epidemico e il copione si ripete: studi di cattiva qualità modificano la pratica medica. Dopo qualche anno, il reversal: altre ricerche, finalmente affidabili, smentiscono l'indicazione; da quel momento, a volte dopo anni, la novità lentamente si estingue, talvolta dopo aver lasciato sul campo morti e feriti, e sempre dopo aver fatto dilapidare somme enormi di denaro».

A leggere il libro, il fenomeno balza agli occhi: sono quasi 150 gli esempi citati. E non si tratta di atti medici di poco conto, ma di cure praticate su milioni di persone. Ce n'è per tutti i gusti: si va dagli interventi sul legamento crociato anteriore, che uno studio clamoroso ha dimostrato non essere superiore alla fisioterapia (l'esito è stato uguale per persone trattate con la riabilitazione da sola o preceduta della chirurgia) alla mammografia interpretata dal computer, propagandata come l'ultima meraviglia della tecnologia digitale, ma secondo uno studio del 2007 inferiore rispetto a quella tradizionale, all'assunzione di cortisonici per alcuni tipi di meningite, indicazione nata da studi condotti in paesi come il Vietnam e altri dell'Africa Sub-Sahariana, che non hanno fatto emergere un beneficio associato a questi farmaci.

Ma come è possibile che i medici di tutto il mondo prendano questi abbagli collettivi? Risponde Prasad: «Le cause sono complesse. In parte c'è l'entusiasmo per le novità: l'uomo è ottimista per natura e vuole fidarsi. In parte accade perché le istituzioni commerciali hanno ogni interesse a promuovere merci nuove, e nessuno stimolo a farlo con prove inattaccabili. In parte, poi, succede perché anche le organizzazioni scientifiche spesso sono tenute in vita da finanziamenti delle aziende, e lo stesso, purtroppo, vale per molte associazioni di pazienti». Una situazione poco rassicurante, dalla quale, però, è possibile uscire. Ancora Prasad: «È indispensabile che un effetto sia provato in una sperimentazione controllata e randomizzata, e questo lo si vede perfino in chirurgia, dove vari studi hanno mostrato quanto può essere potente l'effetto placebo, e smascherato così l'inutilità di diversi interventi come le artroscopie o quelli per gli aneurismi addominali, che per molti anni sono stati considerati improrogabili, fino a quando non è stato dimostrato che una sorveglianza ben fatta è più sicura e altrettanto efficace. Ed è poi imprescindibile che l'atto proposto migliori la situazione esistente».

Il centro di tutto sono gli studi, spesso mal condotti, eppure finanziati, magari a scapito di altri che potrebbero fornire risposte più importanti. «Ogni giorno – sottolinea – vediamo studi ovvi, banali, ripetitivi. A che cosa serve condurre l'ennesimo test sui benefici di una vita attiva, o mostrare che il cibo grasso appesantisce? Anche il metodo di finanziamento della ricerca ha bisogno di manutenzione urgente, così come i criteri di approvazione da parte delle agenzie regolatorie».

Tutto ciò non può prescindere dai medici. Conclude Prasad: «La formazione andrebbe rivista, per fornire loro gli strumenti culturali adeguati per capire i numeri veri. Ricordando un'unica regoletta: primum, non nocere».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAG-2016
da pag. 35
foglio 1
www.datastampa.it

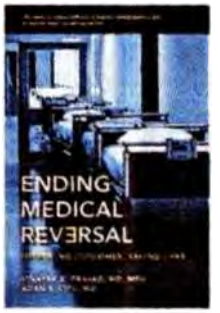
ALIMENTAZIONE

La dieta mediterranea ti salva la vita Anzi, no

IL CASO dei regimi alimentari è esemplare, perché – secondo Prasad – stabilire l'effetto di uno di essi sulla salute è praticamente impossibile: entrano in gioco troppe variabili. E anche quando i numeri sono chiari, c'è sempre un margine di incertezza, e sono quasi sempre possibili interpretazioni differenti: tutto sta nelle domande poste. Uno dei casi che aiutano a capire come la statistica, cioè il linguaggio della medicina, sia appunto statistica, riguarda un tema caro agli italiani: la dieta mediterranea, consacrata quale regime alimentare più sano, almeno per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, dallo studio Predimed, pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 2013, e condotto in Spagna. Lo studio è stato fatto su oltre 7.000 persone a rischio di infarti e ictus, di età compresa tra i 55 e gli 80 anni, di entrambi i sessi, suddivise in due gruppi. Al primo gruppo era stata consigliata una dieta povera di bibite dolci, dolciumi in genere, carni rosse e grassi, cui andavano aggiunti quattro cucchiai di olio extravergine di oliva al giorno e sette bicchieri di vino a settimana. Al secondo gruppo non era stata data alcuna indicazione specifica. Il risultato è stato che per quanto riguarda la mortalità non ci sono differenze, mentre si vede un piccolo effetto sul rischio di ictus, ma è necessario trattare 90 persone per 5 anni per prevenire un ictus (anche come si leggono i numeri è molto importante).

Che cosa succede – si chiede Prasad – se una parte di queste persone aggiunge una porzione di sushi (pesce fresco), o di lenticchie indiane (legumi), o di kimchi coreano (verdure fermentate), nessuno dei quali è mediterraneo? Non sarà mai possibile condurre studi sufficienti a considerare tutte le variabili. E comunque si giungerebbe a verdetti inapplicabili, perché nessuno può attenersi strettamente a regimi alimentari unici per anni e anni, e perché gli altri studi, fatti sulla popolazione generale, giungono a risultati contraddittori. Del resto, lo hanno mostrato Johnatan Shoenfeld e John Ioannidis, di Harvard, che hanno preso 50 ingredienti da un normale libro di ricette, e dimostrato che 40 di essi potrebbero aumentare il rischio oncologico. Titolo dello studio, sull'*American Journal of Clinical Nutrition* nel 2013: Tutto quello che mangiamo fa venire il cancro? L'unica, conclude Prasad, è seguire il consiglio di Michael Pollan, nel *Dilemma dell'onnivoro*: non mangiare nulla che tua nonna non riconoscerebbe come cibo. *a. c.*

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Rivelazioni
Vinay Prasad e Adam Cifo passano al setaccio centinaia di pratiche mediche e scoprono che molto spesso la medicina cambia idea dopo aver trattato migliaia di persone

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 37.020
Diffusione 03/2016: 20.359
Lettori Ed. III 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

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

Il boom dei farmaci falsi e delle cure-web

Lo studio Dalla pillola del sesso agli anabolizzanti fino agli «anticancro» Per risparmiare uno su quattro li compra in Rete. Ma il 99% è una copia

Il profitto illegale

Un chilo d'oro vale 45mila euro

Uno di antitumorale 8 milioni

Filippo Caleri
f.caleri@iltempo.it

Un po' la crisi economica, un po' per la moda e le opportunità di sconto offerte dal web, sono sempre più numerosi i cittadini che comprano farmaci on line. Non solo pillole miracolose in grado di far perdere qualche decina di chili in dieci giorni o di far crescere la massa muscolare, o ancora «l'aiutino» per aumentare le prestazioni sessuali, alla Rete si ricorre anche per circostanze molto più serie come le costosissime medicine con gli anticorpi monoclonali per combattere il cancro o le pillole di nuova generazione sviluppate per combattere l'epatite C.

LA PILLOLA «FATALE»

Un fenomeno che interessa un internauta su quattro che continua ad acquistare on line, nonostante i rischi a cui si va incontro siano documentati da numerosi casi di cronaca in cui farmaci acquistati illegalmente si sono rivelati fatali. A rivelare l'incoscienza dei compratori è una ricerca dell'Agenzia del Farmaco elaborata su un campione di mille utilizzatori del web. Secondo i risultati il 25% degli utenti (un dato in crescita) che equivale al 2-4% della popolazione generale, ha dichiarato di aver acquistato almeno un farmaco con il personal computer. Non solo. Il 44% ha dichiarato di vedere positivamente la possibilità di acquistare su web. Per Domenico Di Giorgio, direttore dell'Ufficio qualità dei prodotti e contraffazione dell'Aifa, l'indagine ha messo in evidenza che il 97% ha fatto almeno un acquisto online in generale, il 65% di frequente. Solo il 18%, inoltre, ricorda il caso eclatante della donna morta a Barletta per aver assunto un farmaco acquistato sul web. Per l'Aifa occorre far arrivare un messaggio chiaro a chi si rivolge a questi canali: su internet il 99% dell'offerta è illegale.

SESSO E MUSCOLI

Le categorie terapeutiche più comuni acquistate dagli intervistati sono i farmaci per la perdita di peso (27,57%) e per l'influenza, mentre i farmaci per la disfunzione erettile rappresentano l'11,3%, un dato ragionevolmente sottostimato per via dell'imbarazzo sociale che spesso accompagna l'acquisto di questo genere di medicinali. Iniziano a farsi strada però anche i «superfarmaci» antitumorali (l'1,5% del campione dichiara l'acquisto) o contro l'epatite C. «Nel migliore dei casi questi farmaci non contengono nulla, ma possono essere molto pericolosi.

LA MANO DEL CRIMINE

«La cosa interessante - ha detto il dg dell'Aifa Luca Pani - è che non c'è nessuna percezione del rischio, mentre si è ben consci dell'illegalità dell'operazione. Per un individuo che vede non adeguato alla sua immagine corporea quel peso o quei muscoli, questo diventa una malattia, faresti qualunque cosa». Dietro al fenomeno, hanno rilevato gli esperti, c'è la mano del crimine organizzato, il cui fatturato cresce a ritmi del 10% all'anno. Un chilo di oro, ha sottolineato Pani, costa 45mila euro, un chilo di anticorpo monoclonale costa 8 milioni di euro.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 37.020
Diffusione 03/2016: 20.359
Lettori Ed. III 2015: 147.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

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

Aiutino per il sesso

Lo comprano uno su 10 Ma tanti si vergognano

I farmaci per la «disfunzione erettile» rappresentano l'11,3% degli acquisti on line, un dato ragionevolmente sottostimato per via dell'imbarazzo sociale che spesso accompagna l'acquisto di questo genere di medicinali. Su e-bay c'erano annunci di chi vendeva Viagra nascosto tra le inserzioni di musica, o chi che vendeva flaconi vuoti di Viagra.

Il mito della linea

Tornano sostanze «radiate» negli anni '20

I farmaci per la perdita del peso sono in assoluto i più comprati sul web. Il mito del dimagrimento e la ricerca della pillola per avere il «vitino da vespa» è al centro delle ricerche di un internauta su tre. Il pericolo è però alto. Secondo l'Aifa sono tornati «di moda», nelle pillole dimagranti anche principi attivi assenti dagli anni '20, molto pericolosi.

Muscoli d'acciaio

Steroidi e anabolizzanti Origine e qualità ignote

Sono i siti, soprattutto stranieri, che propongono agli appassionati di fitness integratori e steroidi a prezzi super competitivi. Le controindicazioni sono soprattutto per la salute visto che spesso si tratta di prodotti di bassa qualità, di dubbia provenienza e di composizione chimica non accertata. La voglia di avere super muscoli può essere dannosa.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

23-05-2016

http://www.healthdesk.it/

Farmaci on line: attenti alle bufale

A quanto pare, gran parte degli internauti italiani sa di poter comprare medicinali on line e ce ne sono parecchi che lo hanno fatto. Molti, però, non sembrano conoscere i rischi che corrono. Un progetto europeo guidato dalla nostra Agenzia del farmaco per far crescere la consapevolezza

Lo sapete che oggi è possibile accendere un computer, un tablet o anche uno smartphone, fare una breve ricerca e comprare in internet il medicinale che vi serve? Uno che non abbia bisogno della ricetta medica, ovviamente. Se la risposta è sì, siete in buona compagnia; siete insieme con quel quasi 74 per cento di italiani che si dichiara informato di questa opportunità. Per la verità, è d'obbligo una precisazione: il 74 per cento è riferito a quella quota di internauti che nel nostro Paese si affaccia sul web almeno una volta a settimana e che comunque lo usa ormai abitualmente come luogo virtuale per le proprie frequentazioni sociali. Il sondaggio che ha dato questo risultato è stato promosso dall'Aifa, la nostra Agenzia regolatoria del settore farmaceutico, per capire come gli italiani si avvicinano al farmaco on line. I risultati sono stati presentati lunedì 23 maggio a Roma. Il sondaggio è propedeutico alla Campagna di comunicazione realizzata dall'Aifa nell'ambito di *"Fakeshare"*, un progetto europeo di cooperazione e intelligence per il contrasto alla vendita on line di medicinali illegali o contraffatti attraverso farmacie web o rivenditori non autorizzati.

Premesso dunque che il campione intervistato era composto da mille persone che almeno una volta a settimana si mettono a navigare il web (ma, a conti fatti, lo faceva non meno di una volta al giorno) e che era stratificato per età (sopra 18 anni, comunque), genere e area geografica, ne è risultato intanto che quasi tutti (97%) avevano effettuato acquisti on line e che praticamente due terzi (65%) lo fanno abitualmente. Insomma, la propensione all'acquisto via web tra quanti la

Rete la frequentano abitualmente appare abbastanza comune.

In particolare, quasi tre intervistati su quattro (73,67% del campione) erano già a conoscenza della possibilità di comprare medicinali via internet, anche se sono meno quelli che la considerano positivamente: 40,74 per cento, contro il 33,64 per cento di coloro che invece non la vedono di buon occhio (il 25,03% si dichiara "neutrale"). Non solo, poi, praticamente tre quarti (72,57%) non lo ha mai fatto, ma ancora di più (il 74,37%) non consiglierebbe ad altri di farlo. Tra coloro che l'acquisto l'hanno fatto (in tutto 259 internauti), 202 (77,99%) si sono rivolti a un sito di contenuti in italiano e solo 35 (13,51%) attraverso contatti sui social network.

Quanto ai tipi di farmaci acquistati, in cima alla classifica si trovano a pari merito (27,57%) i prodotti per perdere peso e quelli per l'influenza. Decisamente staccati quelli per la disfunzione erettile (11,03%), anche se l'Aifa insinua il sospetto che questo dato sia «ragionevolmente sottostimato per via dell'imbarazzo sociale che spesso accompagna l'acquisto di questo genere di medicinali». Nel mezzo, farmaci come quelli per i dolori cronici (18,01%) o per smettere di fumare (14,34%). Solo dopo, con il 7,72 per cento, viene per esempio la pillola anticoncezionale. E veniamo ai dati sulla fiducia: complessivamente (tra "abbastanza" e "molto") c'è un 44 per cento del campione che ritiene sicuri gli acquisti di medicinali via internet. Poco meno, cioè, di coloro che invece ne diffidano (47%). Opinioni in gran parte "autoformatesi", sembrerebbe, visto che oltre il 74 per cento degli intervistati non è a conoscenza di iniziative che sensibilizzino l'opinione pubblica sui rischi che corre chi compra medicinali on line. Non soltanto: ben più di un terzo del campione (37,24%) ritiene che i media sottovalutino la questione e ne parlino meno di quanto meriterebbe.

Un caso concreto. Meno di due intervistati su dieci, d'altronde, erano a conoscenza della recente vicenda di una giovane donna pugliese morta per aver assunto un farmaco acquistato on line dallo studio medico dove era in cura e meno di un decimo ricordava episodi simili a quello accaduto in Puglia.

I commenti. «La percezione dei rischi legati all'acquisto online di medicinali da fonti non sicure come i siti internet non autorizzati è ancora largamente insufficiente nel nostro Paese» sostiene il direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, ricordando il caso della morte di un giovane culturista di Foggia, dovuta, secondo le prime ricostruzioni, all'assunzione di una sostanza anabolizzante illegale. «Ma esistono molti altri casi di effetti collaterali letali – prosegue Pani - riconducibili a

farmaci acquistati da canali illegali. Nel nostro Paese, inoltre, la recente regolamentazione della vendita online di medicinali senza obbligo di prescrizione, rappresenta un cambiamento significativo, che istituzioni come ministero della Salute e Aifa hanno il dovere di accompagnare, attraverso iniziative educative e di sensibilizzazione come questa. Preziosa – conclude - è anche la collaborazione con i Carabinieri del Nas per le azioni di contrasto al crimine farmaceutico».
Quello secondo cui più del 40% degli internauti si dichiara favorevole all'acquisto di medicinali on line è «un dato su cui riflettere – sottolinea il direttore dell'Ufficio Qualità dei prodotti e contraffazione Aifa, Domenico Di Giorgio - specie se consideriamo che solo lo 0,6% dell'offerta di farmaci sul web è legale.
L'iniziativa ideata e realizzata da Aifa, in collaborazione con le Agenzie regolatorie di Spagna e Portogallo che aderiscono ai progetti europei *Fakeshare* finanziati dalla Commissione europea, si propone di modificare questa percezione distorta e quindi i comportamenti di chi acquista su internet senza avere consapevolezza dei rischi».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2015: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

24-MAG-2016
da pag. 4
foglio 1
www.datastampa.it

Dalla Salute il modello Ue per l'elaborazione dei fabbisogni di professionisti sanitari

Obiettivo 2040 per il personale

Verso l'accordo Stato-Regioni: focus su medici, nurse, dentisti, farmacisti e ostetriche

Chi accede oggi alle facoltà che sfornano professionisti sanitari troverà al termine degli studi uno sbocco occupazionale o rischierà di trovarsi con il cerino in mano? A questo interrogativo, che - grazie alla libera circolazione dei professionisti - riguarda l'Italia sempre più in un'ottica Ue, ha cominciato a rispondere il progetto pilota condotto dal ministero della Salute nell'ambito della Joint Action europea "Health Workforce Planning and Forecasting". Un programma sperimentale durato 16 mesi, che ha raccolto in gruppi di lavoro i tecnici della Salute e dell'Agenas ma anche le Regioni, gli Ordini e le federazioni di cinque categorie: medici, infermieri, dentisti, farmacisti e ostetriche. Si tratta di una base di partenza che guarda al medio-lungo periodo - da qui al 2040 - e che dev'essere ancora supportata da una forte definizione della domanda di professionisti, che solo un chiaro indirizzo di politica sanitaria potrà fornire. Con ingredienti come il potenziamento delle cure primarie o del "transitional care", utili in un'epoca di crescente carico della cronicità dovuta all'invecchiamento della popolazione. Ma il lavoro svolto da gennaio 2015 a oggi non è aria fritta: «I risultati di quello che è un "work in progress", da perfezionare e implementare costantemente, sono alla base dell'imminente Accordo Stato-Regioni sulla definizione annuale dei fabbisogni per l'accesso ai corsi di laurea», spiega **Rossana Ugenti**, Dg Professioni sanitarie e Risorse umane Ssn del ministero.

Quest'anno la programmazione, per le 5 categorie interessate dal progetto pilota, dovrebbe avvantaggiarsi degli assunti condivisi in partenza, come la scelta di prendere in considerazione, ai fini della stima del fabbisogno, il numero di professionisti attivi al 31 dicembre 2014. Dai fabbisogni si passerà a definire il numero degli accessi.

Non solo: progressivamente la condivisione dei dati di partenza e l'applicazione di metodologie concordate dovrebbe restringere - se si guarda ai medici - anche la forbice con i posti a bando per le scuole di specializzazione. «L'obiettivo - spiega **Roberto Stella** della Fnomceo - è pareggiare da qui a 15 anni il gap tra medici sfornati dagli atenei e borse di specializzazione, avvicinandoci al parametro europeo di 3,9 medici per 1.000 unità di popolazione. Oggi l'Italia è ben al di sopra: 4,3 medici per 1.000. Da qui al 2040 quindi si punta a stabilizzarsi sui 7mila accessi a Medicina ogni anno, cifra "giusta" per garantire il ricambio tra i professionisti. Il gap rispetto alle borse di specializzazione a bando, a guardare i dati 2015, è dovuto alla sommatoria tra gli 8mila iscritti e i ricorrenti post concorso, che fanno lievitare il totale a circa 11mila». In ogni caso nel tempo - tengono a precisare dalla Fnomceo - andranno ridistribuite le specialità. L'emergenza rossa riguarda in particolare i pediatri ma anche i medici di medicina generale, che «nei prossimi 5 anni perderanno 15.000 unità e ne acquisteranno 5mila, pari alle mille "borse" in palio ogni anno».

Tra quelle esaminate dal progetto pilota, la categoria per cui si registra un forte surplus è quella del farmacista, nelle cui facoltà non è stato ancora introdotto l'accesso programmato: stando ai dati presentati per la Fofi da **Maximin Liebl**, da qui al 2040, anche a ipotizzare un blocco immediato degli accessi alle facoltà, i professionisti presenti sul mercato sarebbero in grado di soddisfare la domanda. Gli odontoiatri registrano - come spiega per la Cao-Fnom **Sandro Sanvenero** - un +63% di professionisti. Tanti da poter mantenere il mercato ancora in equilibrio al 2025. Una proiezione non può non tenere conto dei numeri di partenza ma in ogni caso l'obiettivo a cui tendere, tanto più in un progetto di respiro europeo, è il numero programmato Ue».

Tutt'altro discorso per gli infermieri: «All'Italia - spiega la vicepresidente Ipasvi **Maria Adele Schirru** - ne servono subito almeno 17mila per soddisfare la norma Ue sui riposi e i turni di lavoro e altri 30mila per far fronte alle necessità del territorio. Gli infermieri attivi dovranno passare dal 6,1 per mille a 6,5 per mille abitanti, in un arco temporale di 5 anni fino a raggiungere il 7 per mille entro dieci anni».

Capitolo a sé le ostetriche: secondo **Maria Vicario** (presidente Fnco) la grave crisi occupazionale degli anni scorsi sta diminuendo grazie a nuovi modelli organizzativi come il modello a coordinamento ostetrico e l'avvio della libera professione organizzata.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 339.543
Diffusione 03/2016: 234.691
Lettori Ed. III 2015: 2.355.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

24-MAG-2016
da pag. 38
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Se il Grande Fratello entra in ospedale

Privacy. Un ospedale pubblico londinese passa i dati dei malati a Google

Obiettivo: creare una app capace di monitorare il rene e avvisare il medico se è a rischio

Ma nessuno ha avvisato le persone coinvolte: 1.800 mila pazienti. Ed è polemica

Cedute informazioni sensibili su Aids, depressione, alcolismo che possono danneggiare chi ne soffre

ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA

IL GRANDE FRATELLO vi guarda, ammoniva George Orwell in *1984*, il suo romanzo fantapolitico su un occhio onnipresente che scruta la realtà. Il Grande Fratello vi cura, potrebbe essere la versione 2016 della visione orwelliana: ma per curarvi vi guarda, scoprendo tutto sul vostro stato di salute, e non tutti sono d'accordo. A cominciare da 1 milione e 600 mila pazienti inglesi passati attraverso un grande ospedale di Londra, quando hanno scoperto che tutti i loro dati clinici erano stati forniti a Google per uno studio scientifico. La notizia è finita in prima pagina su tutti i giornali britannici come una classica prova dell'intrusione orwelliana da parte del motore di ricerca più potente del mondo nella privacy dei cittadini inglesi. I pazienti oggetto dello studio non sono stati preventivamente informati dell'iniziativa, venuta alla luce soltanto perché attivisti per la difesa della riservatezza ne sono venuti a conoscenza e hanno deciso di rivelarla ai giornali.

Il caso, affermano gli attivisti, dimostra la facilità con cui aziende private, in particolare legate all'industria digitale, possono ottenere informazioni mediche altamente riservate senza bisogno di autorizzazione da parte delle persone coinvolte, sottolineando lo scarso potere e controllo dell'opinione pubblica sui propri dati personali, persino su quelli che riguardano malattie, ereditarietà, farmaci, aspettativa di vita. L'accordo in questione è stato fatto fra Google e il Royal Free Nhs Trust, la fondazione responsabile di tre fra i principali ospedali di Londra; l'obiettivo del gigante di Internet è quello di creare una applicazione per telefonino capace di monitorare possibili insufficienze renali. A questo scopo i tecnici di Google hanno ottenuto i dati di tutti i pazienti ricoverati nei tre ospedali o passati attraverso il pronto soccorso negli ultimi cinque anni.

Per poter sviluppare gli algoritmi necessari a creare un'applicazione attendibile i tecnici hanno bisogno di una base statistica enorme e i dati dei tre grandi ospedali sono il materiale su cui ha lavorato la sussidiaria di Google, DeepMind, un'azienda specializzata in intelligenza artificiale acquistata per 400 milioni di dollari due anni fa. L'obiettivo è quello di mettere a punto una app che riesce a processare i risultati degli esami del sangue della persona e a informare immediatamente i medici curanti se i pazienti sono a rischio di problemi ai reni.

Il Royal Trust si è difeso affermando che i dati non sono stati venduti a Google, bensì forniti gratuitamente in base a norme che prevedono la consegna di informazioni mediche anonime a scopo di ricerca per il miglioramento dei servizi sanitari. La fondazione ospedaliera specifica che i dati erano criptati, verranno visti soltanto da un programma computerizzato e non ci sono possibilità che vengano rivelati online. L'intesa con Google è stata regolata da un «contratto per la condivisione di informazioni» che impegna il motore di ricerca a rispettare tali regole. Ma i dati, per quanto anonimi, comprendono informazioni su eventuali diagnosi dell'Hiv, depressione, uso di droghe, alcolismo e aborto. Insomma, una grande mole di informazioni sensibili che possono influenzare l'habitat socio-lavorativo delle persone.

In teoria, un paziente potrebbe chiedere e ottenere che i suoi dati non vengano resi noti a nessuno per nessuna ragione, ma per farlo dovrebbe essere a conoscenza del fatto che esistono piani di questo genere e quindi contattare l'ospedale per fare una richiesta specifica. La prassi prevede invece che l'ospedale possa utilizzare i dati in suo possesso per scopi medico-scientifici, a patto appunto di mantenerli anonimi. Ma restano dubbi e margini di ambiguità che preoccupano. In ogni caso è stato il Royal Trust a proporre a Google di sviluppare una app, e non il contrario. Si tratta, afferma la stampa inglese, di un esperimento pilota e se avrà successo è possibile che altri ospedali chiedano al motore di ricerca di predisporre applicazioni di questo tipo, fornendogli i dati dei propri pazienti.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 03/2016: 245.377
Diffusione 03/2016: 170.497
Lettori Ed. III 2015: 1.294.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

24-MAG-2016
da pag. 12
foglio 1
www.datastampa.it

I pareri

Il docente di Farmacologia

"Soltanto i generici garantiscono lo stesso effetto su tutti i pazienti"

ROMA

«Ogni persona reagisce in modo diverso a un farmaco, per questo può diventare un problema per gli assistiti rimborsare solo quello dal prezzo più basso, anche quando si parla di medicinali equivalenti». Il professor Francesco Scaglione, cattedra di farmacologia all'Università di Milano boccia il piano delle regioni.

Tra farmaci terapeuticamente equivalenti rimborsare solo quello meno costoso. Bene per i conti pubblici ma per i pazienti?

«Può diventare un problema. Qui non si tratta dei generici, che sono in tutto e per tutto identici ai medicinali "di marca". Per medicinali terapeuticamente equivalenti si intendono prodotti costituiti anche da molecole diverse, che non è detto si adattino tutte allo stesso modo alle caratteristiche del singolo paziente. Insomma, il fatto che abbiano la stessa indicazione terapeutica e che gli studi ne dimostrino l'equivalenza non significa che vadano bene per tutti».

Può fare qualche esempio?

«Prendiamo una categoria di antibiotici molto in uso, le cefalosporine. Alcune infezioni sono più sensibili a un tipo di farmaco che rientra in quella classe, altre rispondono meglio ad un altro prodotto. I betabloccanti, che servono a curare l'ipertensione e a prevenire lo scompenso cardiaco, ricomprendono almeno 7 o 8 principi attivi, ai quali ciascun paziente reagisce in modo diverso».

E questo cosa comporta?

«Che in alcuni casi la terapia potrebbe funzionare meno bene o addirittura creare effetti avversi, perché qualcuno può essere intollerante a una molecola piuttosto che a un'altra, anche se entrambe sono classificate sotto la stessa categoria. Studi e classificazioni non bastano se poi il medico non considera, caso per caso, chi ha davanti».

Però la spesa per i farmaci ospedalieri vola. Come arrestarla?

«Educando i medici a prescrivere in modo più appropriato. Invece di dire che rimborso solo uno tra tutti gli inibitori della pompa che combattono ulcere gastriche ed esofagiti, meglio impedire che vengano usati quando non serve, ossia come gastroprotettori, come spesso accade. E poi bisogna migliorare l'aderenza alle terapie, visto che oggi il 50% dei pazienti prende in farmaci irregolarmente, rendendoli così inefficaci. Ma soprattutto dobbiamo smetterla di pensare solo a comprimere la spesa farmaceutica che è quella che invece fa risparmiare, evitando tanti e più costosi ricoveri». [PA. RU.]

Francesco Scaglione
Docente di Farmacologia all'Università di Milano

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ANSA

23-05-2016

Lettori
137.040

http://www.ansa.it

Per medici addestramento 'top gun',simulatori in ospedale

Da Nord a Sud per gestire emergenza, verso modello formazione

(di Maria Emilia Bonaccorso) - Medici come i piloti, addestrati a gestire, con un simulatore, situazioni straordinarie, come una catastrofe naturale o un afflusso enorme di feriti dopo un attacco terroristico. In questo caso non si tratta di una cabina di pilotaggio ma un vero e proprio 'reparto', dove manichini speciali e attrezzature mediche 'inscenano' una emergenza.

L'obiettivo e' chiaro: imparare a gestire la tensione e gli imprevisti, per essere addestrati a non sbagliare, diventando, perche' no, 'top gun' della chirurgia.

In Italia sono meno di una decina in tutto le strutture ospedaliere che hanno deciso di investire su questo tipo di formazione (tutte nate negli ultimi due o tre anni), che ancora una volta trae ispirazione dal mondo della aeronautica dove da sempre e' indispensabile un training rigidissimo e continuo. Chirurgia, anestesiologia e medicina d'urgenza sono i settori clinici in cui la simulazione inizia ad avere un certa diffusione, anche se in Italia i centri di didattica, gli IRCCS e le strutture di cura che hanno abbracciato l'uso massivo della simulazione in ambito medico sono ancora pochi (tra questi l'Istituto Besta e l'Università del Piemonte Orientale). Altri due sono a Firenze, uno a Trento, uno in Sicilia a Caltanissetta ed infine uno in Sardegna. Per gli esperti un'ora al simulatore chirurgico equivale a 100 ore in sala operatoria. La realtà virtuale diventa quindi una scuola continua per il neurochirurgo e una garanzia per il paziente. Gli esperti del Besta di Milano evidenziano infatti che "nel 2013, in Italia, oltre il 36% delle denunce contro medici ha riguardato l'ambito chirurgico (fonte Marsh risk consulting). Non si tratta solo di cattive pratiche",

puntualizzano, perché per esempio "in neurochirurgia, anche quando l'intervento è svolto secondo i migliori standard di qualità, poiché si tratta dell'atto medico col rischio più alto, si registrano complicanze in una proporzione che varia in media dal 3 al 16%, a seconda del tipo di intervento".

Su questi temi si è svolto nella giornata finale di Exposanità un simposio interdisciplinare proposto dall'Associazione Italiana Ingegneri Clinici, con la partecipazione di esperti del settore della difesa e del peace keeping, tecnici biomedicali, formatori e comandanti di aviazione, accademici e clinici.

Estremamente fiducioso è Gianfranco Gensini (presidente SIMMED, Società italiana di simulazione in medicina): "dovrebbe divenire parte integrante del sistema ECM nazionale". Paolo Gazzaniga, direttore del Centro Studi di Assobiomedica, spiega che la "collaborazione virtuosa tra ricerca, accademia, industria e mondo clinico può essere l'unico modo per sviluppare una didattica nuova capace di utilizzare il meglio di ciò che le tecnologie avanzate possono offrire".

L'Associazione italiana di ingegneria clinica, conclude Paolo Pari, membro del direttivo AIIC, si è proposto come nucleo di spinta di questo cambiamento, "anche ipotizzando la creazione di autentici centri per la simulazione concepiti come cittadelle della formazione avanzata. Luoghi che potrebbero divenire poli didattici di attrazione internazionali".