AWQ PdfEvaluation 04/10/2016

DIRITTI

Aborto: dalla Polonia all'Irlanda, le donne lottano ancora per il controllo sui loro uteri

<

>

di Nadia Somma | 4 ottobre 2016

COMMENTI

Più informazioni su: Aborto, Irlanda, Polonia

Nadia Somma
Attivista presso il Centro antiviolenza Demetra
Post | Articoli
Facebook
Twitter

In **Europa** le donne devono lottare ancora per difendere il diritto alla cittadinanza e difendersi dai controlli di Stato **sui loro uteri e ovaie** e da legislazioni che proibiscono le **interruzioni volontarie di gravidanza**, favoriscono **l'aborto clandestino** e mettono in pericolo la vita e la salute delle donne.

A **Varsavia**, **Cracovia**, **Danzica** e in altre città, le donne polacche

HiQPdf Evaluation 10/04/2016

(ma anche molti uomini) sono scese in piazza in diverse città, l'hanno chiamata la **#CzarnyProtest**: **la protesta nera**. E' accaduto ieri. Hanno issato cartelli contro la proposta di legge promossa dalla maggioranza assoluta del partito conservatore **Diritto e giustizia (Pis)** del leader **Jaroslaw Kaczynski** che vuole limitare **l'attuale legge sull'aborto rendendolo illegale** e punendo le donne che abortiscono **fino a 5 anni di reclusione**. Attualmente in **Polonia** è possibile abortire solo in caso di stupro o incesto, malformazioni del feto o problemi di salute delle donne, tutte condizioni che devono essere verificate da un procuratore. Se la legge del Pis sarà **approvata**, l'aborto sarà punito con **cinque anni di carcere**, senza alcuna eccezione. Addirittura si farebbero verifiche sugli aborti spontanei: **una specie di moderna inquisizione contro le donne**.

Il Parlamento polacco aveva discusso anche altre proposte di legge che ampliavano la possibilità di abortire ma sono state **bocciate** tutte tranne la proposta di legge ultraconservatrice. Si potrebbe anche sospettare che sia stata una risposta reazionaria, un gonfiar di muscoli nei confronti delle donne come a dire "non provate a chiedere di più o sarà peggio per voi". Ma le donne polacche non ci sono state ed hanno indetto, insieme alla manifestazione, **uno sciopero generale** in ogni città della Polonia. Hanno affidato i bambini alla cura di mariti o nonni e incrociato le braccia, lavoratrici o casalinghe, ispirandosi allo sciopero indetto dalle **donne islandesi** che il **24 ottobre del 1975** paralizzarono il loro Paese per far assaggiare al governo che cosa significava l'astensione dal lavoro delle donne per rimarcare la loro appartenenza alla società e il pieno diritto di cittadinanza.

Dieci giorni fa anche le irlandesi sono scese in piazza a Dublino per difendere **il diritto all'aborto**. Il 24 settembre hanno protestato in 25mila, un numero significativo se raffrontato alla popolazione che conta 5 milioni di abitanti. Le irlandesi hanno chiesto che fosse abrogato l'8° emendamento della Costituzione, introdotto nel 1983, che equipara i diritti del feto a quelli della donna e punisce l'aborto con 14 anni di carcere consentendolo solo in caso di stupro e gravi anomalie del feto. Nell'ottobre del 2012 quella legge assurda, causò la morte di Savita Halappanavar che alla 17ma settimana di gravidanza arrivò con forti dolori addominali nella clinica Galway University. I medici attesero **tre giorni** per praticare un aborto che se fatto in tempo le avrebbe salvato la vita. Intervennero quando non sentirono più il battito del feto ma Savita morì di **setticemia**. La sua vicenda suscitò proteste a Londra e nel resto d'Europa.

La Polonia, insieme alla Repubblica Irlandese e all'Irlanda del Nord (dove l'aborto è punito anche con **l'ergastolo**) è tra i Paesi con leggi più restrittive in tema di aborto ma anche nei Paesi dove le leggi sull'interruzione volontaria di gravidanza riconoscono **l'autodeterminazione delle donne** come l'Italia, la Francia e persino la Svezia, ci sono movimenti conservatori, di fatto una minoranza, che si oppongono alla libertà di scelta delle donne. In alcuni casi, come in Spagna, ci sono stati tentativi di ritoccare in senso restrittivo la legge sull'Ivg.

Nel dicembre del 2013, il governo Rajoy tentò di smantellare la vigente **legge di Zapatero** con la proposta di legge del ministro della Giustizia, **Alberto Ruiz Gallardon**, che avrebbe consentito l'aborto solo in caso di stupro o per salvaguardare la salute fisica o psichica delle donne. Il giro di vite venne contrastato dalla la forte

Annunci Immobiliari
Su Immobiliare.it trovi oltre 900.000 annunci di case in vendita e in affitto. Cerca ora!

il Fatto Quotidiano.it DALLA HOMEPAGE

"Malpensa? C'è da mangiare per tutti" "Escort gratis a funzionario ministeriale" Lombardia, l'inchiesta su mafia e appalti

Giustizia & Impunità

GIUSTIZIA & IMPUNITÀ
Cucchi, i periti: 'Morte improvvisa per epilessia' Il sindacato Coisp: 'Ora i familiari si scusino'

ECONOMIA & LOBBY
Padoan: "Il governo conferma stima pil a +1% nonostante bocciatura dell'Upb" Ma dovrà tornare in audizione a chiarire

VAI ALLA HOMEPAGE

PIÙ COMMENTATI

Migranti, tre anni fa la strage di Lampedusa: oggi Giornata in memoria delle vittime. "Ferita ancora aperta"

Affidamento condiviso, un disegno di legge per attuarlo veramente

Lampedusa, lì nell'isola dei migranti dove non si nasce più: "Un posto di frontiera non ha pietà

Lampedusa, il ricordo della strage di migranti del 3 ottobre 2013: 'La cittadinanza è universale'

VAI A DIRITTI

DIRETTORE TESTATA ONLINE: PETER GOMEZ

SEGUI ILFATTOQUOTIDIANO.IT

HiQPdf Evaluation 10/04/2016

reazione delle spagnole che col movimento IO Decido si mobilitarono difendendo la legge di Zapatero.

In Italia invece è stata adottata la strategia di svuotare la **194** con l'obiezione di coscienza che, consentita dalla stessa legge, è stata utilizzata come **un cavallo di Troia** per depotenziarla e renderla inefficace. In alcune regioni dove gli obiettori sono il 90% del personale medico abortire è diventato **difficilissimo**. Alle donne tocca ricorrere ancora all'aborto clandestino o con le pillole contro l'ulcera che provoca emorragie o andando all'estero ma il ministero della Salute continua a negare il problema. I cattolici e i conservatori non si limitano a depotenziare la 194 ma fanno resistenze persino sulla somministrazioni delle pillole non abortive come la cosiddetta pillola del giorno dopo e nel boicottaggio ci si mettono anche le farmacie.

L'ultima protesta di massa per difendere l'applicazione della 194 nel nostro Paese è del 2006 quando **Usciamo dal silenzio** portò nelle strade di Milano, duecentomila donne. La manifestazione prevista per il 26 novembre prossimo, potrebbe essere l'occasione per difendere oltre al diritto delle donne di vivere libere dalla violenza anche il diritto di scegliere la maternità o di abortire con cure e assistenza adeguate. Abbiamo tre begli esempi da seguire: quelli delle donne spagnole, irlandesi e polacche.

@nadiesdaa

di Nadia Somma | 4 ottobre 2016

TWITTER FACEBOOK YOUTUBE RSS

COMMENTI

ARTICOLO PRECEDENTE
Affidamento condiviso, un disegno di legge per attuarlo veramente

Gentile lettore, puoi manifestare liberamente la tua opinione ma ricorda che la pubblicazione dei commenti è sospesa dalle 22 alle 7, che **i commenti per ogni articolo saranno chiusi dopo 48 ore, il massimo di caratteri consentito per ogni messaggio è di 1.500 e che ogni utente può postare al massimo 50 commenti alla settimana.** Abbiamo deciso di impostare questi limiti per migliorare la qualità del dibattito. È necessario attenersi **Termini e Condizioni di utilizzo del sito (in particolare punti 3 e 5)**: evitare gli insulti, le accuse senza fondamento e mantenersi in tema con la discussione. Tutti i commenti saranno pubblicati dopo essere stati letti e approvati, ad eccezione di quelli pubblicati dagli utenti in white list (vedere il punto 3 della nostra policy). Infine non è consentito accedere al servizio tramite account multipli. La Redazione

Entra nel Fatto Social Club e scopri i vantaggi

Entra come SOSTENITORE

Entra come PARTNER

Entra come SOCIO DI FATTO

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
HQF d/ Evaluation 10/04/2016
ABBONATI ACCEDI

4 ott 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Intramoenia
Ambulatori
Prestazioni sanitarie
Aziende sanitarie locali - ASL

DAL GOVERNO

Intramoenia, avanti piano e in ordine sparso. Volumi di attività senza freno e adeguamenti strutturali nulli. La Relazione al Parlamento sui dati 2014

di *B.Gob.*

PDF La relazione al Palamento sullo stato di attuazione dell'intramoenia nel 2014

L'intramoenia s'imbriglia con difficoltà. Tanto che solo 4 tra Regioni e Province autonome in tutto il Paese hanno definito, in tutte le aziende sanitarie, i volumi libero-professionali di attività complessivamente erogabili e che, come noto, non possono superare quelli istituzionali né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto. È questo il dato in assoluto più critico, e molto significativo, che emerge dalla Relazione al Parlamento sulla Libera professione intramuraria 2014, messa a punto dal ministero della Salute.

In generale, come si legge nel report, pur se nelle diverse aziende si registrano miglioramenti e buoni risultati su una serie di indicatori importanti - dalla determinazione degli importi delle prestazioni con i dirigenti all'adozione di misure volte a prevenire l'insorgenza del conflitto d'interessi, fino all'impiego di mezzi che garantiscano la tracciabilità del pagamento delle prestazioni - nessuna Regione/P.a. risulta adempiente su tutti i 12 indicatori che sono stati considerati (3 regionali e 9 aziendali). Veneto e Valle d'Aosta si avvicinano all'"en plein" con valori compresi tra il 90 e il 99%, mentre le altre Rehioni sono sulla fascia di performance intermedia, tra il 51 e l'89 per cento. Maglia nera al Molise, con una percentuale di adempienza del 41,7 per cento.
Distinguendo tra livello regionale e aziendale, emerge invece come sei Regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Sardegna, Toscana e Veneto) risultano adempienti su tutti gli indicatori regionali. Mentre la sola Valle d'Aosta raggiunge la piena adempienza su tutti i 9 indicatori aziendali.

Adeguamenti strutturali col contagocce. «Delle 16 Regioni/Province Autonome che hanno presentato il programma di investimento, previsto dal Dlgs. n. 254/2000, solo 5 - si legge nella Relazione - dichiarano di aver completato, entro la data del 31 dicembre 2014, tutti gli interventi di ristrutturazione ammessi al finanziamento. Per le restanti Regioni si registra una criticità importante in considerazione della scadenza del termine stabilito dalla norma per la conclusione delle procedure». Fa il paio con questo dato quello sulla disponibilità di spazi interni all'azienda per l'esercizio dell'intramoenia: solo in 5 Regioni sono garantiti in tutte le aziende: in tutti gli altri casi si ricorre ancora a spazi esterni (11 Regioni) o agli stessi studi privati collegati in rete (in 12 Regioni).

Chi e quanti sono. Il numero di medici che esercitano la libera professione intramuraria è passato dalle 59.000 unità del 2012, pari al 48% del totale medici, a 53.000 unità nel 2014, pari al 44% circa dei dirigenti medici Ssn. Nel 2014, in media, nel Ssn il 48,7% dei dirigenti medici, a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria (pari al 44,2% del totale Dirigenti medici), con punte che superano quota 58% in Piemonte, Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Marche, viceversa, toccano valori minimi in Regioni come la Sardegna (29%), il Molise (30%) e Bolzano (18%). In generale, al di sotto della media nazionale si colloca gran parte del Sud

e delle Isole.

HiQPdf Evaluation 10/04/2016

Sempre in media, nel 2014 il 76 % dei Dirigenti medici esercita l'ALPI esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 15% circa esercita al di fuori della struttura ed il 9% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali). La quota di medici che esercita la libera professione esclusivamente all'interno degli spazi aziendali è progressivamente cresciuta nell'ultimo triennio (da 59% dell'anno 2012 a 76% dell'anno 2014) e, di contro, la percentuale di intramoenia esercitata "esclusivamente" o "anche" al di fuori delle mura si è ridotta considerevolmente passando dal 40% (somma di "Alpi solo esterno" e "ALPI interno e esterno"), dato relativo all'anno 2012, al 24% nell'anno 2014.

I dati di sintesi.

- Nel corso degli anni è aumentato il livello di rispondenza ai monitoraggi, in particolare nel 2014 tutte le Regioni/Province Autonome hanno partecipato, fornendo i dati per il 97% delle strutture presenti sul territorio nazionale che erogano ALPI
- Rispetto alle due settimane indice del 2014 monitorate: il 64-67% delle prestazioni sono disponibili in meno di 10 giorni e tendenzialmente si è abbassata la percentuale di ricorso all'intramoenia allargata (17% nel 2013, 16% nel 2014); aumenta il ricorso all'agenda gestita da Cup: nel 2013 il 77% delle prestazioni utilizzavano tale modalità a fronte dell'81% registrato nel 2014; rispetto al dato derivante dai volumi erogati, il rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale non supera il 28%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
10 Settembre 2015

Intramoenia più povera per i medici. Arriva la prima relazione post Balduzzi

LAVORO E PROFESSIONE
07 Aprile 2016

Anaao su corruzione in sanità, gli sprechi esistono ma attenzione a non «sparare» numeri. Medici in prima linea

LAVORO E PROFESSIONE
11 Aprile 2016

Ma l'intramoenia è di destra oppure... di sinistra?

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie

quotidianosanità.it

Martedì 04 OTTOBRE 2016

Intramoenia. Nel 2014 un giro d'affari di 1,143 miliardi e 217 mila euro restano alle Asl. La esercita il 44% dei medici con compensi medi di 17.500 euro l'anno. La Relazione al Parlamento

Il ministro Lorenzin ha depositato la Relazione 2016 (con dati riferiti al 2014). Continua il calo del fatturato (-0,7) ma si arresta il crollo registrato nel 2013 (- 6,2% rispetto al 2012). Nelle Regioni del Centro-Nord il volume di ricavi maggiore, mentre la spesa pro- capite nelle Regioni meridionali ed insulari è generalmente piuttosto esigua. Solo 5 Regioni hanno completato gli spazi riservati all'attività libero professionale. LA RELAZIONE.

Come è andata la libera professione intramuraria? Un quadro esaustivo (con dati però fermi al 2014) ce lo fornisce la nuova relazione del ministro della Salute al Parlamento depositata proprio in questi giorni.

Vediamone ampi stralci rimandando alla lettura del testo integrale per gli approfondimenti e l'analisi statistica di dettaglio.

Determinazione volumi di attività libero professionale
Solo 4 le Regioni/Province Autonome pienamente adempienti. Nella maggior parte delle altre Regioni (10) meno della metà delle Aziende vi ha provveduto. Ricordiamo che la determinazione dei volumi dell'attività libero professionale è prevista dalla normativa vigente al fine di evitare che essi superino quelli istituzionali e vadano oltre l'impegno orario contrattualmente dovuto.

Liste di attesa
È stata inoltre esaminata la definizione delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000, ovverosia le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge. In 5 Regioni/Province Autonome tutte le Aziende hanno avuto necessità di definire le prestazioni aggiuntive e in generale tale necessità è stata registrata anche nelle restanti Regioni, con una percentuale di Aziende variabile.

Realizzazione strutture dedicate
Delle 16 Regioni/Province Autonome che hanno presentato il programma di investimento, previsto dal D. Lgs. n. 254/2000, solo 5 dichiarano di aver completato, entro la data del 31 dicembre 2014, tutti gli interventi di ristrutturazione ammessi al finanziamento. Per le restanti Regioni si registra una criticità importante in considerazione della scadenza del termine stabilito dalla norma per la conclusione delle procedure.

Esclusività di rapporto
Si conferma che la stragrande maggioranza dei Dirigenti Medici e Sanitari del nostro Paese ha optato per il rapporto di esclusività con la struttura sanitaria presso la quale opera: è infatti in rapporto di esclusività il 94% dei dirigenti, seppur con percentuali diverse per le singole figure professionali.

Indennità di esclusività
Il Conto Annuale fornisce una quantificazione dell'indennità di esclusività percepita dai Dirigenti Medici e Sanitari che nel 2014 è di circa 1.284 milioni di euro, in media 10.798 €/anno pro-capite, in lieve aumento rispetto all'anno precedente.

I ricavi e i costi per l'intramoenia

L'analisi della serie storica dei ricavi complessivi della libera professione intramuraria, conferma il trend in diminuzione a decorrere dal 2010, anno in cui, dopo una progressiva e continua crescita registrata fino all'anno 2009, (variazione 2006- 2009 pari a +10%), i ricavi per prestazioni ALPI subiscono una battuta di arresto ed iniziano a diminuire passando da 1.264.626 migliaia di euro del 2010 a 1.143.401 migliaia di euro dell'anno 2014 (variazione 2010-2014 pari a -9,6%) corrispondenti rispettivamente ad una spesa pro-capite (calcolata sulla popolazione residente al 1° gennaio 2010 ed al 1° gennaio 2014) di 21 euro/anno per il 2010 di 19 euro/anno nel 2014.

In realtà, gran parte del suddetto decremento può essere spiegato con il dato relativo all'anno 2013, in cui avviene la significativa variazione (-6,2% rispetto ai ricavi 2012), mentre nell'anno 2014 si registra solo una lieve flessione rispetto all'anno precedente (-0.7%).

Parallelamente alla diminuzione dei ricavi, si registra un costante decremento nella serie storica dei costi che, tra il 2010 ed il 2014, diminuiscono di 15,8 punti percentuali. Essendo tale variazione più che proporzionale rispetto alla riduzione dei ricavi, necessariamente la differenza tra le due grandezze, ossia il saldo per prestazioni intramoenia, aumenta significativamente passando da 164.138 migliaia di euro del 2010 a 216.816 migliaia di euro nel 2014 con un incremento di oltre 32 punti percentuali nell'intero periodo.

Tuttavia, tenendo conto unicamente degli ultimi due anni di rilevazione, è possibile evidenziare un'inversione di tendenza, infatti, negli anni 2013 e 2014, la riduzione dei ricavi non è compensata in misura più che proporzionale dalla riduzione dei costi, ed in particolare, mentre il saldo corrispondente all'anno 2013 è pressoché identico a quello relativo all'anno precedente, il saldo dell'anno 2014 per attività intramoenia risulta diminuito di circa un punto percentuale rispetto al 2013.

La spesa pro capite

La Relazione mostra una situazione estremamente variegata sul territorio nazionale con forti discrepanze tra Nord e Sud del Paese, sia in termini di valore di spesa pro-capite sia in termini di variazione rispetto all'analogo dato riferito all'anno precedente. In particolare nel 2014, i picchi maggiori. Rispetto alla media nazionale di 19€/anno, si registrano nelle Regioni Emilia-Romagna (30,7 €/anno) e Toscana (29,8€/anno), mentre la spesa pro-capite per prestazioni in ALPI è minima nella P.A. di Bolzano (4,0 €/anno), in Calabria (4,7 €/anno) ed in generale significativamente inferiore alla media nazionale nelle Regioni meridionali ed insulari.

Quanti sono i medici in intramoenia

I dati rilevati mostrano che, nell'ultimo triennio, il numero complessivo di dirigenti medici che esercita la libera professione è diminuito sia in termini assoluti, che in termini percentuali. In particolare, il numero di medici che esercitano la libera professione intramuraria è passato da 59.000 unità relative all'anno 2012, pari al 48% del totale medici, a 53.000 unità nel 2014, pari al 44% circa del totale Dirigenti medici del SSN.

Con riferimento all'anno 2014, in media, nel SSN il 48,7% dei Dirigenti medici, a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria (pari al 44,2% del totale Dirigenti medici), con punte che superano quota 58% in Piemonte, Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Marche, viceversa, toccano valori minimi in Regioni come la Sardegna (29%), il Molise (30%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (18%).
In generale, al di sotto della media nazionale si collocano gran parte delle Regioni meridionali ed insulari.

Sempre in media, con riferimento al 2014, il 76 % dei Dirigenti medici esercita l'ALPI esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 15% circa esercita al di fuori della struttura ed il 9% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali).

La quota di medici che esercita la libera professione esclusivamente all'interno degli spazi aziendali è progressivamente cresciuta nell'ultimo triennio (da 59% dell'anno 2012 a 76% dell'anno 2014) e, di contro, la percentuale di intramoenia esercitata "esclusivamente" o "anche" al di fuori delle mura si è ridotta considerevolmente passando dal 40% (somma di "ALPI solo esterno" e "ALPI interno e esterno"), dato relativo all'anno 2012, al 24% nell'anno 2014.

Quanto guadagnano i medici

Mediamente, il compenso annuo percepito del professionista che eroga prestazioni ALPI è pari a circa 17.500 euro, ma si conferma, anche in questo caso, una forte variabilità tra le Regioni.
In particolare i guadagni maggiori si registrano in Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Marche e Toscana.

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
HQF of Evaluation 10/04/2016
ABBONATI ACCEDI

4 ott 2016

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG

Farmaci

Gravidanza, parto e puerperio

Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio

Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)

DAL GOVERNO

Influenza, via alla campagna vaccinale. Aifa: «Periodo migliore fino a dicembre»

PDF Aggiornamento annuale dei ceppi virali dei vaccini influenzali per lastagione 2016-2017

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del provvedimento Aifa che autorizza i vaccini influenzali per il 2016-2017, riparte la campagna contro il virus. E la nota emessa oggi dall'Aifa precisa che «Il momento giusto per l'immunizzazione - ricorda il comunicato dell'agenzia - è quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre fino a fine dicembre».

La composizione di tutti i vaccini influenzali per la stagione 2016-2017 segue le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Committee for Medicinal Products for Human use (Chmp) dell'Ema.

Fra i gruppi per cui il vaccino è consigliato, ricorda anche la circolare del ministero della Salute , ci sono anche le donne in gravidanza. «Si raccomanda l'avvio tempestivo della vaccinazione antinfluenzale a tutti i soggetti di età pari o superiore ai 65 anni, ai pazienti a rischio, il cui elenco è contenuto nella circolare, e agli operatori sanitari che hanno contatto diretto con i pazienti a più alto rischio di acquisizione/trasmissione dell'infezione - spiega la nota -. Si ricorda l'importanza della vaccinazione antinfluenzale nelle donne nel secondo e terzo trimestre di gravidanza, la vaccinazione è loro offerta gratuitamente e l'Oms nel suo position paper più recente sull'influenza ritiene le gravide come il più importante dei gruppi a rischio per loro stesse e per il feto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015
Epatite C: innovazione sostenibile per il Ssn entro 5 anni

MEDICINA E RICERCA
03 Settembre 2015
Hcv tra sostenibilità di sistema e accesso alle cure

IMPRESE E MERCATO
03 Settembre 2015
Vendite in farmacia in salita del 4,8% nel 2015

04-10-2016
Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

VACCINI: LORENZIN, ALLINEARE CALENDARI A LIVELLO EUROPEO

Roma, 4 ott. (AdnKronos Salute) - "Come la Francia, pensiamo che serva un allineamento dei calendari vaccinali a livello europeo, così come lavorare su una più diffusa promozione della cultura scientifica" nel vecchio continente. Lo ha detto il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenendo alla prima giornata del meeting informale dei ministri Salute in corso a Bratislava. "Riscontriamo -ha ribadito Lorenzin- un sensibile calo della copertura vaccinale, anche contro l'influenza, che mette a rischio la salute delle nostre popolazioni. Bisogna contrastare i movimenti 'no vax' che proliferano su web e diffondono paure che non hanno alcuna base scientifica. Esiste oggi una sorta di 'analfabetismo di ritorno', dove campagne anti scientifiche trovano spazio sul web e sembrano avere lo stesso peso di quanto affermano le autorità scientifiche e sanitarie mondiali". "Il nostro nuovo Piano nazionale vaccini (+200 milioni quest'anno) - ha ricordato il ministro - pone l'Italia tra i Paesi con i programmi più avanzati al mondo, allarga notevolmente l'offerta vaccinale, uniformandola su tutto il territorio nazionale, con l'introduzione di nuovi vaccini in regime di gratuità, come quelli contro l'herpes zoster o il rotavirus, estendendo tra l'altro la vaccinazione contro il papillomavirus anche ai maschi. Le anagrafi vaccinali regionali saranno unificate in un'unica anagrafe digitale nazionale interoperabile e, quindi, già predisposta per lo scambio di informazioni con gli altri Stati membri, con il dettaglio delle informazioni inserito nel fascicolo sanitario individuale digitalizzato". Sul tema della tubercolosi, infine, Lorenzin ha evidenziato: "I casi in Italia sono rari e in costante diminuzione, meno di 10 ogni 100mila abitanti. Quelli multifarmacoresistenti sono il 3%, l'11,5% dei quali estremamente resistenti. Bisogna fare di più in Ue per una strategia integrata su Tbc, Hiv/Aids, epatiti B e C. E per quanto riguarda la popolazione migrante, abbiamo impostato procedure di sorveglianza clinica e laboratoristica all'arrivo fin dal 2012, con una capacità diagnostica precoce eseguita fin dal momento dello sbarco, che ci permette di individuare e curare tempestivamente i pazienti e i loro possibili contatti".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 147.879
Diffusione 07/2016: 74.171
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

05-OTT-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

I GIOVANI MEDICI ABBANDONANO LA SPECIALITÀ

Finiremo per importare chirurghi

La passione non compensa più le difficili condizioni ospedaliere

Luigi Cucchi

«Le burocrazie, gli organici ridotti, le carriere bloccate, il precariato dei giovani con formazione post laurea non omogenea e mancanza di prospettive, il contenzioso medico legale ed i vincoli economici, sono i fattori che hanno privato di presente e di futuro i chirurghi, a partire da quelli più giovani». É un fiume in piena il professor Diego Piazza, presidente dei chirurghi ospedalieri italiani (Acoi). Sono 7500 i chirurghi che fanno parte di questa associazione, ad essi si aggiungono 1500 chirurghi universitari. «Tra cinque anni in Italia mancheranno i chirurghi, dovremo importarli dall'estero», afferma Piazza, chirurgo catanese, 56 anni, direttore della chirurgia 1 del Policlinico Vittorio Emanuele di Catania. Alla fine degli anni '80 ha trascorso 7 anni alla chirurgia toiracica dell'univercità di Toronto. «La necessità di investire di più sul personale medico e meno su quello amministrativo è un'esigenza che abbiamo posto da anni, purtroppo inascoltati. Negli ospedali le assunzioni sono crollate, gli organici ridotti all'osso, il superlavoro eccessivo, i turni di 12 ore e le notti e le reperibilità vincolanti e mal retribuite azzerano l'entusiasmo dei giovani medici che non vogliono più intraprendere questa specialità. Un chirurgo, dopo 6 anni di università e 5 di specializzazione, guadagna poco più di 2500 euro al mese, sono i peggio pagati in Europa e rischiano ogni giorno una denuncia ed una condanna penale». Solo a Milano i parenti dei pazienti hanno presentato oltre 30mila denunce per ipotetici errori compiuti in sala operatoria, Avvocati aggressivi offrono il patrocinio legale,remunerato dopo la sentenza. La medicina difensiva spinge il chirurgo ad evitare gli interventi più rischiosi. La grande passione, l'amore per il proprio lavoro, l'empatia per il paziente, non riescono ad alimentare le iscrizioni alle scuole di specialità che sono crollate. Inoltre le scuole vengono chiuse perchè mancano i fondi finanziari per gli specializzandi voluti dalla Comunità europea. Dalla Lombardia gli specializzandi in chirurgia pediatrica devono recarsi a Padova.

«Indispensabile – prosegue Piazza - una inversione di tendenza. I professionisti validi vanno ben pagati e la loro professionalità incentivata. Le sale operatorie devono lavorare a tempo pieno, diminuendo le liste di attesa e la formazione va ripensata. La chirurgia maggiore e quella oncologica vanno riservate ai grandi ospedali. É necessario adeguare la professione del chirurgo agli standard europei, sia i doveri che i diritti. Ogni ospedale dovrà avere una struttura che permetta al chirurgo di effettuare prestazioni di qualità in sicurezza, il chirurgo non va più considerato un amministrativo, un burocrate della sanità. Quando si indicano percorsi di efficienza clinica si pensa al progetto del Regno Unito, dove il Governo ha deciso di finanziare la diffusione della chirurgia laparoscopica e dell'innovazione. L'Italia, a pari numero di abitanti, ha tre volte gli ospedali del Regno Unito. Le strutture più piccole dovrebbero restare come presidi sanitari territoriali». I chirurghi anziani devono essere destinati alla didattica e non alle guardie mediche. A Roma, nei giorni scorsi, nell'ambito del Congresso congiunto di 27 Società scientifiche di chirurgia, si sono affrontai questi problemi e durante un workshop si è fatto il punto sulla chirurgia mininvasiva che in Italia si attesta intorno al 29% in Eoropa al 32. La chirurgia robotica è solo agli albori in Italia.

PIAZZA Gli organici ridotti, rischi penali, basse retribuzioni, allontanano i giovani medici dalla chirurgia

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 04 OTTOBRE 2016

Fertilità. Per le adolescenti sottoposte a chemioterapia efficace la crioconservazione degli ovociti

Il congelamento degli ovuli può essere un metodo efficace per la conservazione della fertilità a vantaggio delle adolescenti che devono sottoporsi a chemioterapia. Questa ulteriore evidenza a vantaggio della conservazione degli ovuli arriva da uno studio condotto presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e pubblicato da Pediatrics.

(Reuters Health) – Il congelamento degli ovuli può essere un metodo efficace per la conservazione della fertilità a vantaggio delle adolescenti che devono sottoporsi a chemioterapia. Questa ulteriore evidenza a vantaggio della conservazione degli ovuli arriva da uno studio condotto presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e pubblicato da Pediatrics.

Per le giovani ragazze con il cancro, l'unica opzione di conservazione della fertilità, al momento della diagnosi, è l'asportazione chirurgica e il congelamento di un frammento di corticale ovarica. Anche se fortemente consigliato, il metodo rimane sperimentale, con una limitata evidenza di successo. Recentemente, la letteratura ha suggerito che le ragazze con basso-medio rischio di infertilità prima del raggiungimento dell'età riproduttiva, una volta raggiunta l'età puberale potrebbero ricorrere alla crioconservazione degli ovociti.

Lo studio italiano

Nel tentativo di esplorare la praticabilità di questa opzione, Francesca Filippi e colleghi, dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, hanno riportato il caso di una giovane donna sopravvissuta a due tumori, che ha tentato di congelare i suoi ovociti all'età di 22 anni. La paziente ha sviluppato il linfoma di Hodgkin all'età di 13 anni ed è stata trattata con successo con la radioterapia e la chemioterapia mediastinica. Otto anni più tardi, le è stato diagnosticato un sarcoma sinoviale del polmone sinistro, adiacente al campo di radiazione, e si è sottoposta a escissione e chemioterapia.

L'anno successivo, a 22 anni, i suoi biomarcatori di riserva ovarica avevanosuggerito una riserva ridotta, ma non del tutto compromessa. A quel punto, poiché non era in grado di pianificare una gravidanza naturale nel breve termine, la donna ha scelto di sottoporsi al congelamento degli ovociti.

I risultati

Dopo tre cicli di iperstimolazione ovarica, 16 ovociti di metafase-II e tre di metafase-II sono stati congelati a un costo complessivo di 12.330 euro."Sulla base dei dati precedenti sull'efficacia del congelamento delle uova (4,5% -12% per ovocita riscaldato) e considerando i 16 ovociti di metafase-II, la possibilità di una gravidanza variava dal 52% all' 87%".

"Le prove fornite da questo caso sono ovviamente insufficienti per trarre una precisa indicazione clinica per decidere a priori di rinviare il congelamento degli ovociti dopo la fine del trattamento", ammettono gli esperti.

"Tuttavia, siamo d'accordo con la teoria che suggerisce di discutere questa possibilità al momento della diagnosi di cancro, con la ragazza colpita e i suoi parenti, almeno nelle pazienti che saranno esposte a trattamenti oncologici, con rischio basso o medio di insufficienza ovarica. Ulteriori studi sono raccomandati per definire le indicazioni, l'efficacia, l'economicità e la sicurezza di questo approccio".

Fonte: Pediatrics 2016

Will Boggs MD

quotidianosanità.it

Martedì 04 OTTOBRE 2016

Tumore al seno. Al Senato mozione bipartisan. Screening dai 25 anni e numero adeguato di breast unit in tutte le regioni

Questi alcuni degli impegni posti dalla mozione firmata da oltre venti senatori di maggioranza e minoranza con primo firmatario D'Ambrosio Lettieri. Gli strumenti che hanno consentito di ridurre l'incidenza della mortalità per cancro alla mammella, oltre alla pratica di uno stile di vita sempre più salutare e attento, sono l'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata e di nuovi farmaci in grado di colpire le cellule malate senza intaccare quelle sane.

E' stata presentata oggi in Senato una mozione bipartisan, a prima firma Luigi d'Ambrosio Lettieri (CoR), per essere concretamente a fianco di tutte le donne nella battaglia contro il tumore al seno attraverso la prevenzione e la diagnosi precoce.

La mozione, infatti, firmata da oltre venti senatori di maggioranza e minoranza, impegna il Governo a "porre in essere ogni iniziativa idonea a far sì che, entro il 2017, siano attivati tutti i centri di senologia nelle diverse Regioni italiane e nelle Province Autonome, nel rispetto delle linee guida indicate dal Documento di indirizzo nazionale per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia; a promuovere le iniziative più opportune al fine di includere nel programma di screening previsto dal Sistema Sanitario Nazionale anche le donne con un'età a partire da 25 anni (cui garantire visite specialistiche ed ecografie) e le donne con un'età a partire da 40 anni (cui garantire anche la mammografia); a porre in essere ogni altra iniziativa utile a potenziare le attività di prevenzione e diagnosi precoce del cancro alla mammella prevedendo anche adeguate campagne di informazione nazionali; a promuovere una campagna di prevenzione e di formazione sull'autopalpazione all'interno delle scuole secondarie di II grado".

"Come si evince dai dati diffusi dalla Lega Italiana della Lotta contro i Tumori (LILT), il tumore alla mammella, aumentato del 30% tra le giovani donne fino a 50 anni di età, rappresenta il big killer delle donne", spiega d'Ambrosio Lettieri, "L'aumento dell'incidenza del tumore al seno, nell'ultimo quinquennio, è stata pari al 15% e, secondo una stima, nel 2016 i casi di cancro alla mammella saranno oltre 50mila; di questi oltre 5mila si potranno registrare nelle regioni meridionali, quali Puglia e Basilicata".

Gli strumenti che hanno consentito di ridurre l'incidenza della mortalità per cancro alla mammella (le possibilità di guarire riguardano l'80-85% dei casi), oltre alla pratica di uno stile di vita sempre più salutare e attento, sono l'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata e di nuovi farmaci in grado di colpire le cellule malate senza intaccare quelle sane.

"Il problema - conclude il senatore - è che il numero di breast unit attualmente operative su tutto il territorio italiano è inferiore rispetto al numero di Centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle direttive europee. E' un fatto inaccettabile che deve essere affrontato urgentemente con interventi adeguati".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 183.852
Diffusione 07/2016: 124.550
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

05-OTT-2016
da pag. 10
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il caso Taranto. Dopo il ricorso della Regione Puglia alla Consulta anche il Comune minaccia azioni contro lo stabilimento

Inquinamento, Ilva nel mirino

Il sindaco: pronti a sigillare gli impianti se i dati saranno validati scientificamente

IL FRONTE GIUDIZIARIO

Il processo «Ambiente svenduto», ripreso ieri, rischia di subire un nuovo stop per una serie di rilievi sollevati dalla difesa

Domenico Palmiotti
TARANTO

Attacco concentrico all'Ilva. Dopo il ricorso del governatore pugliese Michele Emiliano alla Corte Costituzionale contro la legge 151 del 2016, il sindaco di Taranto, Ezio Stefàno, annuncia un'ordinanza per spegnere gli impianti a seguito dei dati del rapporto della Regione che ha individuato nell'inquinamento del siderurgico la causa dell'eccesso di malattie e mortalità riscontrato a Taranto dal 1998 al 2010 eppoi sino al 2014. Tutto questo mentre il processo «Ambiente Svenduto», ripreso ieri a Taranto in Corte d'Assise, rischia di subire un nuovo stop perchè la difesa di alcuni imputati ha sollevato l'incompatibilità dei giudici a pronunciarsi su un reato, quello del disastro ambientale, che come parti lese può riguardarli direttamente. E quindi, dicono, il processo andrebbe trasferito a Potenza, competente per distretto giudiziario.

L'ordinanza annunciata ieri dal sindaco per il momento esiste solo in bozza e non è stata nè firmata, nè, ovviamente, notificata all'Ilva. Stefàno attende che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, gli dica se i dati evidenziati da Emiliano sono validati scientificamente, quali rischi corre la popolazione di Taranto e quali misure, a fronte di una situazione di criticità, deve assumere l'autorità locale. «Ho fatto questa richiesta al ministro già il 27 settembre, all'indomani della presenza di Emiliano all'assemblea generale di Confindustria Taranto. In quella sede - rammenta il sindaco - il governatore disse di avere un rapporto che, in relazione all'impatto dell'Ilva, presentava dati molto anomali per Taranto e che lo avrebbe inviato subito al presidente del Consiglio, alla Procura e a me. Io non l'ho ricevuto e ancora oggi questo rapporto non è giunto al mio ufficio. Ho letto però come tutti quei dati e sono fortemente preoccupato. Perchè - aggiunge il sindaco - siamo passati da una situazione di serenità vigile, perchè ci dicevano che la situazione era migliorata rispetto al passato, ad un'allarmante. Ma la verità dov'è? Che fondamento hanno quei dati?».

«Il ministro non mi ha risposto. Io rinnovo la richiesta e attenderò altri sette giorni. Dopodichè invierò l'ordinanza al prefetto e la firmerò. L'applicabilità riguarda solo l'Ilva di Taranto» chiarisce il sindaco, che rammenta che precedenti sue ordinanze contro l'Ilva sono già state annullate dal Tar e che, con l'accusa di omissione di atti d'ufficio, è attualmente uno dei 47 imputati nel processo in corso a Taranto. E sul mantenimento o meno del processo a Taranto, la Corte d'Assise dovrebbe pronunciarsi oggi. La tesi degli avvocati è che non possono pronunciarsi sul caso Ilva magistrati che abitano negli stessi posti delle parti civili la cui costituzione è stata accettata dalla Corte. E sono circa un migliaio quelle ammesse. Tra questi ci sono oltre 500 lavoratori, assistiti dall'ufficio legale della Fiom Cgil, che lamentano danni dall'inquinamento. «La Corte - rileva il sindacato - ha respinto le richieste dei difensori degli imputati che non ritenevano la Fiom legittimata a costituirsi nel procedimento». Tra gli imputati del processo di Taranto, figurano anche Nicola e Fabio Riva, accusati di associazione a delinquere finalizzata al disastro ambientale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 33.675
Diffusione 07/2016: 23.153
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

05-OTT-2016
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

CHOC A TARANTO CLAMOROSO ANNUNCIO IL GIORNO DOPO LA DIFFUSIONE DEI DATI DELLA REGIONE PUGLIA SU MORTI E MALATI

«Basta, chiudo l'Ilva»

Il sindaco Stefàno: pronta l'ordinanza, aspetto la Lorenzin E il processo «Ambiente svenduto» rischia il trasferimento

● Al ministro della salute, Beatrice Lorenzin, ha scritto una settimana fa. E se fra sette giorni non avrà ancora avuto una risposta, ha «già pronta l'ordinanza di chiusura» dell'Ilva. Dal governo, il sindaco di Taranto, Ippazio Stefàno, vuol sapere se lo studio epidemiologico presentato lunedì dalla Regione Puglia abbia validità scientifica e se quindi vi siano pericoli imminenti per la salute dei suoi concittadini. Sul fronte giudiziario, va registrata la richiesta delle difese di trasferire a Potenza il processo «Ambiente svenduto» sull'inquinamento prodotto dal siderurgico.

MAZZA E RIZZO ALLE PAGINE 6 E 7>>

SALUTE & AMBIENTE

LA REAZIONE DOPO GLI ULTIMI DATI

MOSSA A SORPRESA

Stefàno: ci dicano se lo studio epidemiologico è valido scientificamente e se ci sono pericoli imminenti per i cittadini

«Lorenzin risponda su Ilva o firmo per la chiusura»

Il sindaco di Taranto mostra la bozza dell'ordinanza. «Vogliamo garanzie»

GIACOMO RIZZO

● Il sindaco-pediatra di Taranto non sta più a guardare e presenta la bozza di ordinanza di chiusura dell'Ilva. Lui che è stato rinviato a giudizio con l'accusa di abuso d'ufficio nel processo "Ambiente svenduto" per un presunto atteggiamento omissivo in tema di tutela della salute dei suoi concittadini, chiede al governo risposte immediate dopo la presentazione dei dati epidemiologici commissionati dalla Regione Puglia. Altrimenti adotterà misure drastiche (anche se in passato due ordinanze sindacali furono bocciate dal Tar). Il rapporto mette in risalto un aumento della mortalità, rispettivamente, del 4% e del 9%, per esposizioni a polveri sottili (Pm10) e anidride solforosa (So2), un eccesso di ricoveri per patologie respiratorie tra i bambini residenti nei quartieri Tamburi (+24%) e Paolo VI (+26), l'aumento di malattie neurologiche e cardiache, dei tumori a polmoni, stomaco e reni, gravidanze «con esito abortivo» e casi di cancro alla mammella e alla cute tra le donne. Il sindaco Ippazio Stefàno ieri pomeriggio ha convocato i giornalisti per chiarire la posizione dell'amministrazione comunale, polemizzando con il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano per non avergli fornito documentazione «che ci risulta fosse pronta già da tre mesi». Ma il

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 33.675
Diffusione 07/2016: 23.153
Lettori Ed. II 2016: 468.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

05-OTT-2016
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

primo cittadino questa volta ha giocato d'anticipo scrivendo una lettera (il 27 settembre) al ministro della Salute Beatrice Lorenzin per chiedere lumi sulle risultanze di quello studio che lo stesso Emiliano aveva definito «allarmanti» intervenendo all'assemblea di Confindustria a Taranto.

«Se il ministro non risponderà entro sette giorni, firmerò quella ordinanza». Ma da alcune fonti si apprende che l'intenzione iniziale di Stefàno - che ha riunito per sei ore i tecnici comunali - era di notificare subito all'Ilva quel documento. Poi ha avuto un ripensamento. «Ho sentito il dovere - ha chiarito - di scrivere al ministro Lorenzin, informandolo dei diversi interventi resi dal governatore Emiliano sulla mortalità e sulle patologie che si registrano sul territorio tarantino quale causa dei fattori di inquinamento del ciclo produttivo dell'Ilva. Ho detto che questo territorio è alla ricerca della verità per questioni che non possono prescindere da dati scientificamente certi». In questo senso «ho posto l'interrogativo - ha aggiunto Stefàno - di conoscere, attraverso gli organismi scientifici di controllo, se l'Ilva allo stato attuale può continuare a produrre e se questa produzione, in mancanza del completamento delle prescrizioni dell'Aia, è dannosa per la salute dei cittadini e conseguentemente quali iniziative possono e devono essere assunte in sede locale».

Il sindaco ha ricordato le riunioni dei mesi scorsi con i tecnici dell'Arpa e della Asl, i quali «hanno affermato che i livelli degli inquinanti sono ben al di sotto di quello che prevede la legge. Di fronte a questa situazione di tranquillità per così dire controllata, è arrivato questo fulmine a ciel sereno con dei dati che sono inquietanti».

Il dirigente del Settore Ambiente ha «già preparato una bozza dell'ordinanza di chiusura dell'Ilva che si fonda sul pericolo imminente per la popolazione, ma - ha puntualizzato il sindaco di Taranto - la legge prevede ovviamente un percorso da seguire. I dati devono essere validati scientificamente. Qualora il ministro della Salute non dovesse risponderci entro pochi giorni, questa bozza la invieremo al prefetto perché possa autorizzare definitivamente la sua esecuzione. Ma sono certo che qualora questo documento dovesse essere validato il governo prenderà provvedimenti. Non voglio pensare - ha detto infine Stefàno, sventolando l'ordinanza - che si possano fare battaglie politiche sulla pelle dei bambini».

SALUTE & AMBIENTE Il sindaco di Taranto Ippazio Stefàno e l'assessore comunale alla Sanità Vincenzo Di Gregorio. Il primo cittadino ha riferito di aver chiesto al ministro della Salute Lorenzin se i dati epidemiologici presentati dal presidente Emiliano siano validi scientificamente e se ci siano pericoli imminenti per la popolazione. «È già pronta - ha annunciato - la bozza di ordinanza di chiusura dell'Ilva» [Foto Todaro]

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-OTT-2016
da pag. 19
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

"Gli 80 giorni di Davide condannato a morire ma trattato da cavia"

I genitori citati da Veronesi: "Oggi riviviamo il dramma Sì all'eutanasia: lasciar andare è un atto d'amore"

"Non volevamo cure inutili, non c'era alcuna speranza. Ma ci tolsero la patria potestà"

"Un dolore enorme: a nessun genitore, deve più succedere quello che è accaduto a noi"

GIULIANO FOSCHINI

BARI. Il centro: «Bisogna anche avere il coraggio di lasciare andare le persone che si amano. Anche quelle che si amano più di ogni altra cosa al mondo, più di se stessi. Una madre non può mai volere allontanarsi da suo figlio. Ma quel male può essere necessario». È qui, tra l'amore e il coraggio, che Maria Rita Vigilante traccia il centro della storia di Davide, suo figlio. Davide è morto a luglio del 2008, a meno di tre mesi, dopo aver vagabondato tra l'ospedale di Foggia, dove era nato, e quello di Bari. Era affetto da sindrome di Potter, «malattia costantemente infausta», dice la medicina: ti fa nascere senza reni e apparato urinario e, dunque, non ti dà alcuna chance di sopravvivenza.

Di Davide e della storia dei suoi genitori ha parlato nei giorni scorsi, in un intervento su *Repubblica*, il professor Umberto Veronesi commentando il caso di eutanasia su minore avvenuto in Belgio. Maria Rita e suo marito avevano infatti chiesto che non ci fosse accanimento terapeutico sul loro bambino. Il tribunale, su richiesta di un medico, privò loro della patria potestà. Ordinò le cure sul bimbo allungandogli di qualche giorno la vita.

Signora Maria Rita, otto anni dopo cosa è rimasta della vostra storia?

«Oltre al dolore, quando il dolore è così grande, può restare poco. È restato però uno spazio per una voce, per quella che secondo noi è una richiesta di civiltà: a nessuna famiglia, a nessun genitore, deve più succedere quello che è accaduto a noi».

Cosa vi è accaduto?

«Davide era il terzo dei nostri figli. In precedenza non avevo mai avuto problemi, i bambini erano tutti sani. Durante la malattia il mio ginecologo, il dottor Zingariello, fu l'unico ad accorgersi che il bambino non aveva i reni. Ma nessuno fu in grado di spiegarci esattamente di cosa si trattasse. La sindrome di Potter non lascia scampo: nostro figlio è nei libri di medicina perché ha vissuto per 80 giorni. Prima di lui il più longevo era rimasto in vita per 38».

Sarebbe cambiato qualcosa se lo aveste saputo?

«Avrei abortito. Nella stanza di un luminare romano, a cui avevo chiesto un consulto, accennai all'ipotesi. E fui aggredita: gridò, sbattette i pugni sul tavolo, non voleva nemmeno sentire pronunciare la parola aborto. Era contrario, per motivi religiosi. Ma io ero lì per consultare lo scienziato. Mi disse che tutto sarebbe andato per il verso giusto. Mi fidai, purtroppo. E spero che quel medico non abbia omesso evidenze, unicamente perché era ideologicamente contrario all'aborto. Certo è che io avevo il diritto di sapere quello che, purtroppo, ho scoperto dopo».

Cosa?

«Che Davide non aveva alcuna possibilità di sopravvivere. Quando è nato le abbiamo provato tutte, non ho mai perso nemmeno per un secondo la speranza. Abbiamo consultato i migliori specialisti, è arrivato un chirurgo del Gaslini. Ricordo le sue parole: «Non saprei nemmeno da dove cominciare». Lo stesso medico di Foggia ci disse che se fosse stato suo figlio non avrebbe fatto altro che aspettare. Poi una sera, lo stesso medico ci chiese l'autorizzazione per sottoporre il bambino a dialisi. Era tardi. Gli chiesi qualche ora per pensarci. Quel tempo non mi fu concesso. La notte arrivarono i carabinieri, in divisa. Ci trattarono come criminali davanti ai nostri bambini. Ci comunicarono che il tribunale, d'urgenza, su segnalazione del medico, ci aveva tolto la patria potestà perché noi non volevamo curare nostro figlio».

Voi non volevate curare vostro figlio?

«Non scherziamo. Non volevamo però che ci si accanisse contro di lui. Che diventasse una cavia chissà per cosa. Davide aveva cateteri ovunque, uno se l'è strappato con le sue stesse manine. Che senso aveva?».

Ci furono polemiche furibonde. Il deputato dell'Udc, Luca Volontè, scrisse che volevate sacrificare vostro figlio perché non era perfetto.

«Abbiamo sofferto. Soffriamo. Soffriremo. E quelle parole, insieme con le aggressioni furibonde di quei giorni, con l'umiliazione del tribunale, hanno contribuito a calpestare la nostra dignità, la sensibilità di una famiglia che stava per perdere il suo bambino. Questo tipo di dolore è colla indelebile, non potrà andare via mai. Ma vorremmo che a qualcosa possa essere utile».

A cosa?

«Ad aprire un dibattito serio sull'eutanasia in questo paese. Un dibattito che si affidi alla scienza, alla libertà e che sia libero da ogni pregiudizio. Un dibattito che contribuisca a creare

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 369.812
Diffusione 07/2016: 251.862
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

05-OTT-2016
da pag. 19
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

una legge seria, che ponga regole e diritti, e che non consenta a nessuno di soffrire quanto noi. Dalla storia di Davide, io, mio marito, i miei figli, abbiamo imparato due cose, su tutte. La prima è che i medici hanno il dovere della chiarezza. Non può esserci alcun sottinteso, e devono essere mossi unicamente dalla scienza. Soltanto così i pazienti, e nel caso di bambini, i loro genitori, possono essere messi nelle condizioni di scegliere in piena libertà. La seconda cosa è che davanti a scelte così difficili, l'unica strada possibile è quella dell'amore. Anche quando ti condanna al dolore».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

LE TAPPE

LA MALATTIA
Davide muore nel luglio 2008 dopo 80 giorni di vita Era affetto da sindrome di Potter, una malattia che fa nascere senza reni e apparato urinario. E senza alcuna possibilità di sopravvivenza

IL GINECOLOGO
I genitori vennero informati di un generico "problema al feto" ma nessuno fece cenno a una sindrome lascia scampo
La madre di David avrebbe abortito ma ebbe una lite con un ginecologo

IL PROVVEDIMENTO
Quando un medico chiese l'autorizzazione alla dialisi per Davide, i genitori si presero qualche ora per pensarci. Ma subito gli fu tolta la patria potestà e le cure proseguirono fino alla morte del bambino

L'INTERVENTO

laram
Il problema non è l'età ma la qualità di quella vita

L'EDITORIALE
La storia di Davide è stata ricordata qualche giorno fa dal professor Umberto Veronesi in un editoriale su *Repubblica*. Accanto i genitori del piccolo

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Farmacista33

05-10-2016

http://www.farmacista33.it/

Carenze in Ue, Lorenzin: prioritaria definizione armonizzata di farmaco essenziale

Per affrontare il fenomeno delle carenze dei farmaci a livello europeo servirebbe una piattaforma di condivisione delle informazioni per attivare precocemente un'allerta in caso di carenza ed evitare interruzione della fornitura, ma prima di tutto va data una definizione precisa, legittima e armonizzata di farmaco essenziale, critico e/o indispensabile, di carenza e di indisponibilità perché al momento in Europa non esiste. A dirlo è stata il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** nel corso del meeting informale a Bratislava, dove si è aperta una discussione sul tema delle carenze di farmaci. «Un sistema comune di informazioni aiuterebbe gli Stati membri coinvolti ad avere una visione d'insieme del fenomeno» ha sottolineato il ministro italiano «e potrebbe di incrociare gli input dei titolari di Aic con le segnalazioni di carenze dei singoli stati consentendo un'allerta precoce e quindi un anticipo su potenziali interruzioni della fornitura e rotture di stock».

Ma secondo Lorenzin una definizione di "farmaco essenziale" è «argomento cruciale e propedeutico per la predisposizione di qualsiasi strategia di applicazione di norme che possano regolarne la disponibilità. In Europa non esiste una definizione legittima e armonizzata, né di carenza di medicinali o di indisponibilità di medicinali, né tantomeno di medicinali critici e/o insostituibili ovvero essenziali. Questo limite» precisa «rappresenta il primo problema di base da

risolvere nell'impostazione di qualsiasi strategia di contrasto ai fenomeni di shortage of medicines che siano essenziali o meno». Il ministro ha poi sottolineato che, per facilitare l'applicazione dell'articolo 81 della direttiva 2001/83, che concerne gli obblighi dei titolari di autorizzazione all'immissione in commercio, serve «una migliore descrizione dei loro compiti».

A tal proposito l'Italia suggerisce l'avvio di «un forum ad hoc, con la partecipazione di autorità e di industrie, che possa proporre piani per la gestione del rischio da carenze e linee guida con le migliori pratiche per affrontare tale questione in modo pro-attivo prima cioè i problemi si presentino costringendo i differenti paesi ad agire in emergenza». L'intervento regolatorio ha concluso Lorenzin, «dovrebbe quindi impegnarsi per affrontare in modo chiaro la definizione sia di carenza sia di farmaco essenziale e descrivere con altrettanta precisione i limiti della responsabilità dei titolari dell'immissione in commercio nel prevenire carenze di fornitura. Tale intervento potrebbe anche definire misure per la tutela dei mercati più deboli come quelle proposte nel testo della normativa che fa riferimento alla offerta di prodotti, specialmente medicinali, in tutti gli Stati membri».

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 170.229
Diffusione 07/2016: 123.081
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

05-OTT-2016
da pag. 27
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

«L'obesità si può vincere»

Marina Biglia, presidente dell'Associazione amici obesi, racconta la sua esperienza: «Vivevo giornate in cui, in due ore, mangiavo fino a cinquemila calorie». Lunedì la giornata dedicata alla malattia: undici milioni i pazienti in Italia, allarme per i bambini
Oltre 150 i servizi di dietologia aperti per valutare il sovrappeso e consigliare le cure. Un decalogo per affrontare il cambiamento

«NON CI SI DEVE MAI NASCONDERE DIETRO I CHILI. È IMPORTANTE SAPER COMBATTERE E TROVARE LA STRADA PER SALVARSI LA VITA»

L'INTERVISTA

Cammina, cammina e perderai peso. L'Obesity day, il 10 ottobre, quest'anno si concentra sui duemila passi al giorno (1,5 chilometri) per contrastare i chili che trasformano la figura, la psiche, la vita, gli affetti. Organizzata dall'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (www.obesityday.org) la giornata prevede l'apertura di 150 centri di dietologia per consulenze, valutazioni del grado di sovrappeso, individuazione delle strade da prendere. Più, un decalogo delle cose da fare o non fare, dire o non dire per affrontare la dieta nel modo giusto. Un'occasione per provare a cambiare.

L'Italia, di giornate sull'obesità ne dovrebbe preventivare almeno 365 l'anno, vista la nostra situazione: 11 milioni gli obesi, con il 12% dei bambini già oltre il sovrappeso contro il 4% del resto d'Europa.

«Il primo passo è quello di accettare di essere malati. Molti di noi si sono costruiti intorno dei bunker inespugnabili. Sono indispensabili per aiutare a soffrire meno. Peccato che, così, si soffre due volte. Una per mantenere alzati gli scudi delle difese dal mondo e l'altra perché, in ogni caso, non si riesce a proteggere il proprio io più profondo». Marina Biglia è la presidente di "Amici obesi onlus" (www.amiciobesi).

Che paziente è l'obeso?

«E' una persona con una vita sociale pari a zero, tenta il più possibile di rinchiudersi nella sua tana dell'orso. Avverte costantemente un dito puntato».

Ma questo dito è davvero sempre puntato anche oggi?

«Spesso lo sta puntando da solo, come un colpo alla tempia. L'obeso è un diverso».

Parole forti, perché le usa senza sfumature?

«Lo so sulla mia pelle, ci sono passata, quindi non sto offendendo nessuno. La mia è una storia come quella di tanti, una storia che si intreccia con un grande amore conflittuale, quello per mia madre».

Un giorno la svolta? Che cosa è successo?

«Pesavo oltre 140 chili, mi sono operata, ne ho persi 55 e ho ripreso la mia vita in mano».

L'aveva persa?

«Vivevo giornate affogata nel mangiare il cibo compulsivamente. Sono arrivata a mandare giù fino a 4-5mila calorie in due ore. Basta poco, qualche tavoletta di cioccolata, dolci, cibi grassi...»

E poi, la vergogna è stata vinta dal coraggio?

«Ho capito perché mangiavo così tanto e mi sono resa conto che dovevo fare qualcosa. Il regime alimentare, da solo, non poteva bastare. Ho accettato di entrare in sala operatoria e poi di occuparmi di me».

Quindi, per liberarsi dello stigma tocca darsi da fare da soli e rimboccarsi le maniche?

«Sono la prima a dire che non ci si può nascondere dietro i chili. Non si possono pagare per tutta la vita gli sbagli di chi non ci ha fermato da bambini o i nostri disturbi umorali che ci portano la testa nel frigorifero».

Scusi, ci aiuta a capire che cosa vuol dire?

«La possibilità di una cura esiste e la nostra associazione indica dove volgere lo sguardo. Chi, per esempio, ha ricevuto la pensione si è seduto e ha deciso di restare così. Ma non si può. Tocca reagire, curarsi».

E l'intervento è una reazione?

«E' una delle reazioni da non considerare come "l'ultima spiaggia". Spesso è la sola via per salvarci la vita. Fatta di stanchezza, difficoltà a muoversi, abulia».

Una non vita...

«L'obeso sembra scuotersi solo nel momento in cui mangia. E questa condizione deve essere invertita. Per il paziente e i suoi familiari. Perché continuare a vivere in questo corpo goffo, spesso sudato, poco gradevole».

E tutti possono facilmente avvicinare le cure senza spendere cifre insostenibili?

«Combattiamo per un diritto alla cura e non in tutta Italia è possibile avere alcuni trattamenti. Ma stiamo, con il nostro passo, lentamente camminando».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

05-OTT-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Un bimbo non può avere più di 24 mamme

La Cassazione dà il figlio a due donne, definite «madre A» e «madre B». Per fortuna non ha usato i numeri

di **SIMONE PILLON**

■ Una sentenza della Cassazione ha sancito il diritto di due donne a diventare entrambe mamme dello stesso bambino, il quale all'anagrafe risulterà figlio di «madre A» e «madre B». Si sancisce così che al massimo si possono avere 24 mamme, quante le lettere dell'alfabeto. Per fortuna non hanno usato i numeri.

a pagina **11**

Anche alle madri c'è un limite La Cassazione ha stabilito 24

Una sentenza ha registrato il primo bimbo italiano figlio di «mamma A» e «mamma B» Meno male: avessero usato numeri anziché l'alfabeto, avrebbero potuto essere infinite

di **SIMONE PILLON**

■ Mi è stato necessario qualche giorno per digerire ogni passaggio della lunga, dettagliata e complicata sentenza con cui la prima sezione della Corte di cassazione - rifiutando di investire le Sezioni unite della decisione - ha sancito il diritto di due donne a dirsi entrambe madri del primo bambino italiano a potersi fregiare ufficialmente del certificato di nascita con il nome di due donne, definite dagli ermellini «madre A» e «madre B».

Pensando in chiave positiva verrebbe da dire che la scelta delle lettere dell'alfabeto sia un segnale positivo, visto che l'abc - se non altro - limita la platea delle future aspiranti a non più di 24, a differenza di quanto sarebbe accaduto se si fosse usata l'espressione «madre 1» e «madre 2» con cui si sarebbe lasciato aperto all'infinito l'orizzonte affettivo del bambino. Sullo sfondo resta tuttavia la considerazione che avere due o tre madri significa rischiare di non averne neppure una.

Gli ulteriori argomenti che la Corte affronta sono molteplici e molto tecnici, ma - semplificando al massimo - il ragionamento che emerge è grossomodo il seguente: la genitorialità non è più un dato di fatto, né è in alcun modo riconducibile al mero dato genetico, ma diventa una nozione liberamente plasmabile dal diritto sulla base del progetto degli adulti, senza che il superiore interesse del minore possa precluderne alcuna modalità di realizzazione.

Pare capire, tra le righe, che si preparino gli strumenti giuridici per consentire a Nichi Vendola e al suo consorte di far entrare in Italia il piccolo Tobia senza incorrere nei rigori della legge. Ma non ci si ferma qui: portando infatti alle estreme conseguenze il ragionamento e legando la responsabilità genitoriale non tanto al dato biologico ma all'intenzionalità degli adulti, sarà agevole sostenere che il progetto genitoriale di tre o quattro persone che vogliano adottare in gruppo un minore, oppure ne vogliano ordinare la produzione in un bambinificio, debba poter avere tutta la dignità e la tutela assicurata dalla legge. Oppure, ragionando *a contrariis*, sarà altrettanto facile eludere i doveri genitoriali da parte del padre biologico che sostenesse di non aver mai avuto alcun progetto genitoriale sui suoi figli nati (con il sano vecchio sistema di una volta) dalle sue numerose amanti.

Sempre nella sentenza in parola, si legge che una volta venuto al mondo il figlio, a prescindere dalle modalità impiegate (e che secondo la Corte ben potrebbero anche astrattamente costituire reato nel nostro Paese), il criterio della continuità affettiva la farebbe da padrone, imponendo il superamento di ogni ostacolo naturale e giuridico, questa volta nel nome del superiore interesse del fanciullo. Come a dire - per assurdo - che il bambino cresciuto in una struttura e ormai affezionato agli operatori , secondo il principio della continuità affettiva ben potrà esser considerato anagraficamente figlio dell'orfanatrofio.

La Cassazione inoltre riscrive completamente la definizione di famiglia, superando d'un balzo la definizione costituzionale di «società naturale fondata sul matrimonio»

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

05-OTT-2016
da pag. 11
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

e sostituendola con una più trendy «comunità di affetti incentrata sui rapporti concreti che si instaurano tra i suoi componenti». Interessante prospettiva, che - se non fosse in radicale contrasto con l'articolo 29 della Costituzione - offrirebbe molteplici declinazioni sul numero e sul sesso dei componenti, nonché in ordine alla possibilità di relazioni sessuali incrociate tra i membri della «comunità affettiva», come peraltro già accade nei Paesi che hanno dato riconoscimento pubblico ai cosiddetti «poliamori».

Secondo il collegio, infine, «deve escludersi che esista un divieto per le coppie dello stesso sesso di accogliere e anche di generare figli». Assuntina Morresi, in un suo recente editoriale, ha scritto ironicamente che per il vero non esiste in Costituzione neppure una norma che vieti agli asini di volare, ma il paradosso - forse ardito - fa riflettere, perché fornisce la cifra del più totale svincolarsi di una parte della giurisprudenza da ogni dato di fatto.

Il divieto di generare figli da parte di coppie dello stesso sesso non è infatti sancito dalla legge ma dalla realtà delle cose, e ogni forma di omogenitorialità passa dall'eliminazione, dalla forzata e inevitabile obliterazione, del padre o della madre di quel bambino. Ciò non potrà mai essere nel superiore interesse del fanciullo.

Come già recitava un antico brocardo, «contra factum non valet argumentum». E la verità vera, quella incontestabile, è che quando avrà 12 o 15 o 45 anni, il piccolo Tomàs porrà alle madri A e B una semplicissima domanda: «Dov'è mio padre?». State pur certi che nessuna sentenza, neppure la più dotta, saprà distoglierlo dalla sottile angoscia che quell'uomo - e quanti altri come lui - si porterà nel cuore per tutta la vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 170.229
Diffusione 07/2016: 123.081
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

05-OTT-2016
da pag. 28
foglio 1
www.datastampa.it

Trapianti di cornea, Italia al top

Siamo all'avanguardia nell'oftalmologia sia per le tecniche sia per le esportazioni

QUEST'ANNO RAGGIUNTI 5.620 INTERVENTI E 7.616 DONAZIONI SUCCESSO DEL 70% CON I BAMBINI SOPRA I CINQUE ANNI

LA PATOLOGIA

Il 53% della popolazione mondiale non ha la possibilità di sottoporsi al trapianto d cornea: in molti Paesi solo una cornea è disponibile ogni 70 necessarie.
Come dimostra uno studio pubblicato Jama Ophthalmology. In questo complesso contesto l'Italia, grazie all'introduzione della legge sui trapianti e alla sensibilizzazione della popolazione, oltre ad avere un numero di donazioni di cornea sufficiente a coprire la necessità interna di trapianti, è una delle tre nazioni (insieme agli Usa e allo Sri Lanka) in grado di esportare cornee a paesi esteri carenti.
È quanto emerso alla cerimonia di consegna della medaglia d'oro dell'Istituto di ricerca e cura Fondazione Bietti. È stato lui nel 1993, allora ministro del Lavoro, a dare il via libera al trapianto di quella piccola membrana trasparente dell'occhio che ricopre l'iride e la pupilla, aiutando moltissimi pazienti a migliorare la vista.
Da allora il nostro Paese ha avuto l'opportunità di sviluppare e perfezionare le tecniche per il trapianto di cornea, diventando un esempio per l'oftalmologia mondiale.

IL RIGETTO

«La legge ha consentito alla ricerca italiana di contribuire allo sviluppo di nuove tecniche di chirurgia corneale e oggi il nostro Paese è all'avanguardia mondiale anche nelle più moderne tecniche di trapianto cosiddetto lamellare, in cui ad essere trapiantata è soltanto una porzione dello spessore corneale, con una conseguente riduzione dei rigetti», spiega Mario Stirpe, che presiede l'Istituto Fondazione Bietti. Oggi la chirurgia dei trapianti permette di trattare con successo numerose patologie oculari come il cheratocono, le distrofie corneali, i traumi perforanti, gli edemi corneali. Tutte malattie che possono compromettere gravemente la vista.
Il contributo dell'Italia non si ferma solo allo sviluppo tecnico e tecnologico. O al numero totale dei trapianti effettuati. Ma va ben oltre. «Grazie all'introduzione della legge sui trapianti e alla sensibilizzazione della popolazione, oltre ad avere un numero di donazioni di cornea sufficiente a coprire la necessità interna di trapianti siamo in grado di esportare cornee nei paesi più bisognosi», aggiunge.

LE BANCHE

Secondo i dati pubblicati dalla Società italiana banche degli occhi, nel nostro Paese, nel 2014, sono state registrate ben 7.499 donazioni di cornea: dei tessuti risultati idonei, 5.279 sono stati trapiantati in Italia e 619 inviati. Quest'anno abbiamo avuto 5.620 trapianti effettuati e 7.616 donatori. L'eccellenza italiana nei trapianti di cornea appare accora più evidente soprattutto quando i pazienti sono dei bambini. Il trapianto di cornea dimostra una elevata probabilità di riuscita nei bambini sopra i 5 anni, con percentuali di successo che sfiorano il 70%.
È emerso da uno studio dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Nei più piccoli, invece, si registra un tasso di fallimento purtroppo molto alto, giustificato prevalentemente dalla reazione del sistema immunitario. Il lavoro - il primo di questo tipo realizzato in Italia e a livello internazionale - si basa sui dati relativi ai trapianti di cornea eseguiti dall'ospedale nell'arco di quattro anni. Lo studio ha considerato 43 bambini con un'età media di circa 9 anni seguiti per più di 22 mesi dopo il trapianto.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 07/2016: 241.998
Diffusione 07/2016: 163.662
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

05-OTT-2016
da pag. 11
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Tra sette anni un italiano su tre non avrà più il medico di famiglia

Fuga verso la pensione, chi se ne va non viene rimpiazzato dalle giovani leve

PAOLO RUSSO
ROMA

Addio caro, vecchio medico di famiglia. Entro sette anni 20 milioni di italiani potrebbero rimanere senza il proprio dottore di fiducia. Perché tra numeri troppo chiusi per i giovani che vogliono aprirsi uno studio di medicina generale e vecchi camici bianchi in fuga da una professione strangolata dalla burocrazia che non li soddisfa più, entro il 2023 verranno a mancare 16 mila medici di famiglia. Calcolando che mediamente ognuno di loro segue oggi 1200 pazienti, vuol dire che un assistito su tre rimarrà senza medico.

Un fenomeno diffuso in tutta Italia, anche se i numeri sono più allarmanti a Nord. In Piemonte, ad esempio, nei prossimi sette anni lasceranno lo studio 1173 medici di famiglia, in Lombardia 2776, in Veneto 1600, in Liguria 527. Considerando la popolazione, non sono pochi. E il problema è per ogni quattro dottori che lasciano, ce n'è solo uno pronto a subentrare se le regioni continueranno, come fanno oggi, a elargire con il contagocce le borse di studio per accedere alla professione.

I numeri della bomba demografica medica, diffusi al congresso nazionale della Fimmg, la Federazione dei medici di famiglia, sono quelli dell'Enpam, il solido ente previdenziale dei camici banchi, che col perdurare di questa fuga dalla professione qualche problema potrebbe cominciare ad averlo.

I dati parlano chiaro. Da oggi al 2023 andranno in quiescenza 21.700 medici di famiglia, che se prima appendevano il camice al chiodo verso i 70 anni «ora si ritirano intorno ai 67. O anche prima, se hanno raggiunto i 35 anni di contribuzione» spiega Vincenzo Pomo, coordinatore della Sisac, l'organismo che per la parte pubblica contratta i rinnovi delle convenzioni mediche. «Bisogna aumentare i posti nelle scuole post-laurea di medicina generale, altrimenti sul territorio rimarranno solo i pazienti», denuncia il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti.

I dati diffusi dalla Fimmg gli danno ragione: le Regioni che programmano l'accesso alla professione non vanno oltre i 900 borsisti l'anno, mentre le uscite marciano al ritmo più che triplo: oltre tremila camici bianchi ogni dodici mesi. «E non è che poi i giovani vengano tanto incentivati a intraprendere la formazione in medicina generale, visto che - puntualizza il vicesegretario nazionale vicario della Fimmg, Silvestro Scotti - i giovani che scelgono la specialistica, come chirurgia od ortopedia, possono contare su una retribuzione mensile di 1700 euro. I borsisti che aspirano a diventare medici di famiglia a malapena raggiungono gli 800 euro».

Ma a parte la questione economica a spiegare il vuoto c'è anche e soprattutto il fatto che la formazione dei giovani specialisti la fa l'università, che per questo riceve lauti finanziamenti e che, nonostante il numero chiuso, ha tutto l'interesse a mantenere più cattedre possibili. Quella dei futuri medici di famiglia è invece a carico delle Regioni. Che da un lato tirano i cordoni della borsa, dall'altro - insieme al governo centrale - pensano a un nuovo modello di assistenza per il futuro dove il primo punto di contatto per il cittadino sul territorio non sarà più il medico di base ma infermieri e tecnici della riabilitazione, con alle spalle équipe mediche pronte a intervenire alla bisogna. Un sistema che si pensa possa far limitare le prescrizioni e, quindi, produrre risparmi. «Qualcuno nella stanza dei bottoni - ipotizza Scotti - vuole un modello di cure territoriali senza medici di famiglia?». I numeri sembrano dire che il sospetto è più che fondato.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media