quotidianosanità.it

Venerdì 04 NOVEMBRE 2016

Parto. Ancora 1 punto nascita su 4 in Italia a rischio sicurezza. Aogoi: "Completare il percorso di riorganizzazione"

123 reparti maternità sotto la soglia di sicurezza dei 500 parti eseguiti in un anno, definita con l'accordo Stato-Regioni del dicembre 2010. A Catania, all'XI Congresso Regionale Aogoi-Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani, per la prima volta tecnici e rappresentanti delle Istituzioni incontrano i Segretari regionali Aogoi per un confronto su un tema di estremo interesse e attualità in tutte le regioni.

Era il dicembre 2010 quando un accordo Stato-Regioni stabiliva che, per garantire adeguata assistenza a partorienti e nascituri, i reparti maternità nei quali avvengono meno di 500 parti l'anno andavano chiusi. "Non per un capriccio, ma per ragioni di sicurezza; infatti, i reparti piccoli non sempre sono in grado di affrontare emergenze o imprevisti che possono comunque accadere. La soglia di 500 nascite, ribadita anche nel successivo decreto del Ministero della salute dello scorso anno, che regolamenta gli standard sull'assistenza ospedaliera, deriva da chiare evidenze scientifiche che mettono in rapporto il numero dei parti e gli esiti della salute della mamma e del bambino", spiega **Giuseppe Ettore**, Vicepresidente Aogoi-Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani e Segretario regionale Sicilia, che ha organizzato per oggi una giornata dedicata al tema della riorganizzazione della rete dei punti nascita in Italia, in occasione dell'XI Congresso Regionale Aogoi, in svolgimento a Catania.

"A 6 anni da allora, per Aogoi la questione a sempre una priorità, ancora da completare", aggiunge Ettore. Secondo il Programma nazionale esiti 2015 dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), nel 2014 gli ospedali in cui operavano punti nascita con meno di 500 parti l'anno erano 123, circa un quarto del totale. Nel 2011 il Ministero della salute ha costituito un organismo - il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) – che opera a sostegno delle Regioni per attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei punti nascita, assicurando, nel contempo, un efficace coordinamento permanente tra le istituzioni centrali e periferiche, in funzione della qualità e sicurezza del percorso nascita.

"Viene effettuato anche un puntuale monitoraggio delle situazione, che tuttavia non può definirsi del tutto rosea, anche dove potrebbe apparire tale", dice ancora Ettore. Secondo il rapporto del monitoraggio ministeriale al 31 dicembre 2014, nella stragrande maggioranza delle Regioni sono ancora attivi in media 5-6 punti nascita sotto i 500 parti, con l'eccezione della Campania (19 punti) e della Sicilia (17 punti). "Per questa ragione, per migliorare e sollecitare il lungo e tortuoso percorso della messa in sicurezza dei punti nascita in Sicilia, al fine di abbassare i tassi oramai non più giustificabili di morbilità e mortalità materna e perinatale, esiti inappropriati e i rischi per i professionisti, abbiamo voluto organizzare questa giornata", chiarisce Ettore.

Infatti, si riuniranno a Catania il Comitato Percorso Nascita nazionale e regionale siciliano, per fare il punto sulla rete di assistenza ostetrica neonatale, con il coinvolgimento, quindi, di Ministero della salute, Istituto superiore di sanità e Assessorato regionale della salute. "L'incontro avrà tuttavia un'ulteriore grande valenza – puntualizza Ettore. Infatti sarà la prima volta in 6 anni che il CPNn incontrerà i Segretari regionali Aogoi per sentire direttamente la voce dei professionisti. Ciò potrà rappresentare un momento di confronto e di aggregazione sui caldi temi della sicurezza dei punti nascita, di estremo interesse e attualità in tutte le regioni".

quotidianosanità.it

Venerdì 04 NOVEMBRE 2016

Manovra. Le perplessità della commissione Affari Sociali: "Non è chiara la nuova norma sulla quota premiale". E sui fondi per i farmaci innovativi e oncologici: "Dubbi su correlazione con tetto ospedaliera"

Per Monchiero, il relatore della XII commissione di Montericotorio, in caso di verifica negativa dell'attuazione annuale di un programma di miglioramento e riqualificazione del Ssr, non è chiaro come la regione interessata possa subire la perdita permanente del diritto di accesso alla quota premiale prevista in considerazione del fatto che tali misure abbiano carattere sperimentale solo per il 2017. Chiesti chiarimenti anche sul Fascicolo sanitario elettronico.

Ha preso il via ieri, in commissione Affari Sociali alla Camera, l'esame della legge di bilancio 2017. Ad illustrare il provvedimento è stato il relatore **Giovanni Monchiero**, capogruppo alla Camera dei Civici e Innovatori (ex Scelta Civica). Nel corso della sua relazione molto dettagliata sui diversi punti del provvedimento di interesse sanitario e sociale, Monchiero si è soffermato in particolare su tre punti che, a suo avviso, potrebbero necessitare di alcuni chiarimenti.

Fascicolo sanitario elettronico. Innanzitutto, il relatore si è soffermato sull'articolo 58, laddove in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) si spiega che per le regioni e le province autonome che, entro il 31 marzo 2017, comunicano al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute di volersi avvalere dell'infrastruttura nazionale ai sensi del comma 15, dovrà essere garantita l'interconnessione dei soggetti finalizzata alla trasmissione telematica dei dati oggetto di trattamento – ad esclusione dei dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera sanitaria – necessaria per la successiva alimentazione e consultazione del FSE da parte delle stesse regioni e province autonome. In relazione alla formulazione di questa norma, **Monchiero ha chiesto un chiarimento circa i "soggetti" e i "dati" ai quali la norma intende riferirsi**: "Sarebbe auspicabile, ai fini di una univoca applicabilità della norma, procedere ad una formulazione più precisa".

Quota premiale Fsn. Nell'ambito del medesimo articolo 58, al comma 4, sono introdotte misure sperimentali per il 2017 per migliorare e riqualificare il Servizio sanitario regionale, mediante incremento, a livello sperimentale, dello 0,1 per cento della "quota premiale". il comma stabilisce, inoltre, sempre a livello sperimentale per il solo anno 2017, la possibilità per ogni regione di proporre un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale (Ssr). I suddetti programmi avranno una durata annuale e dovranno essere presentati entro due mesi dall'approvazione della presente legge di bilancio 2017 ed approvati dal Comitato Lea entro i successivi 30 giorni. Al riguardo, Monchiero ha reputato opportuna la **richiesta di un chiarimento circa il necessario coordinamento con la disciplina relativa all'accesso alle forme premiali già prevista dalla vigente normativa al comma 67-bis dell'articolo 2 della legge di stabilità 2010**.

Inoltre, il comma 7 dispone inoltre che, nel caso in cui non venga presentato il programma ovvero si riscontri una verifica negativa dell'attuazione annuale dello stesso programma, la regione interessata subirà la perdita permanente del diritto di accesso alla quota prevista. In proposito, **a parere del relatore non appare chiara l'interpretazione da dare al carattere "permanente" della perdita del diritto di accesso alle forme premiali previste, considerato che le misure sopra indicate non risultano strutturali bensì definite in via sperimentale per il solo anno 2017**.

Fondo farmaci innovativi ed oncologici. Infine, il relatore, ricordando come la misura relativa al finanziamento complessivo di 1 mld di euro, di cui 500 mln per un fondo destinato ai farmaci innovativi, ed un altro sempre di 500 per i farmaci innovatovi oncologici, concorra al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (spesa farmaceutica ospedaliera) per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi, ha espresso **dubbi circa il significato dell'istituzione dei due predetti fondi se valutato in relazione alla disposizione che ridetermina il tetto della spesa farmaceutica**.

Giovanni Rodriquez

ANSAit

04-11-2016

http://www.ansa.it

Oms, pubblicità cibo spazzatura per bimbi impazza su web

Spesso nascosta in social o giochi, governi intervengano

ROMA - La pubblicità di cibi spazzatura ricchi di grassi e zuccheri, spesso cacciata dai media tradizionali, 'risorge' su quelli digitali, che sottopongono bambini e adolescenti a un vero bombardamento di messaggi sbagliati. Lo afferma un rapporto dell'ufficio europeo dell'Oms, che chiede ai governi di intervenire per regolare la materia.

Tra le tecniche utilizzate, spiega il documento, ci sono le promozioni sui social, ma anche gli 'advergames', veri e propri giochi on line che veicolano messaggi sui prodotti. Secondo una ricerca in Gran Bretagna il 73% degli adolescenti segue i propri marchi preferiti, anche di cibo, sui social media, il 62% clicca sui banner pubblicitari e il 57% fa acquisti mentre gioca o utilizza una app. "I nostri governi hanno messo la prevenzione dell'obesità infantile al primo posto tra le priorità - afferma Zsuzsanna Jakab, direttore regionale per l'Europa dell'Oms -.

Tuttavia troviamo spesso che i bambini, il gruppo più vulnerabile, sono esposti a un numero considerevole di tecniche nascoste di digital marketing che promuovono cibi ricchi di grassi, zuccheri e sale. E' responsabilità delle istituzioni riconoscere la nuova minaccia e agire di conseguenza".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 185.029
Diffusione 08/2016: 129.764
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

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

Appello ai governi

Marketing sul web, allarme dell'Oms «Servono leggi a tutela dei bambini»

«Servono azioni urgenti per proteggere i bambini dal marketing digitale che promuove cibi ricchi di grassi, sale e zucchero» attraverso gli strumenti più svariati: App, siti web, social media, video blog e advergame, giochi interattivi pensati per veicolare ai più piccoli messaggi pubblicitari. Un bombardamento che rischia di minacciare la salute dei bimbi, spesso all'insaputa dei genitori. Per la prima volta l'Organizzazione mondiale della sanità lancia un allarme sul tema, tramite l'Ufficio europeo Oms diretto da Zsuzsanna Jakab. L'appello è rivolto a politici, istituzioni e autorità competenti, affinché riconoscano il fenomeno e le sue insidie, e lo gestiscano con leggi mirate. «I nostri governi hanno dato la massima priorità politica alla prevenzione dell'obesità infantile - afferma Jakab - Ciò nonostante osserviamo che i bambini, la categoria più vulnerabile, sono esposti a un numero incalcolabile di tecniche di marketing digitali nascoste» che promuovono alimenti poco salutari.Una minaccia, quella del cosiddetto cibo spazzatura propagandato con un e-marketing a misura di bimbo, di cui «i genitori potrebbero essere inconsapevoli o sottovalutare l'impatto nocivo. È quindi responsabilità dei politici individuare il pericolo e agire rapidamente».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

LA STAMPA.it

04-11-2016
Lettori
221.508

http://www.lastampa.it/

Test cognitivi pre-intervento fanno prevedere lo sviluppo del tumore cerebrale nei bambini

La scoperta dei neuropsicologi e neurochirurghi pediatrici del Policlinico Gemelli di Roma

PAOLO RUSSO

Test cognitivi prima dell'intervento chirurgico consentono di predire lo sviluppo dei tumori cerebrali nei bambini, suggerendo così le migliori strategie per combattere la malattia e limitare al minimo i danni motori o di apprendimento nei piccoli.

La scoperta che promette di ridare vita agli anni di tanti pazienti oncologici in tenera età è il frutto del lavoro di neuropsicologi e neurochirurghi pediatrici del Policlinico Gemelli di Roma, pubblicato ora dalla rivista scientifica «Child's nervous system» e presentato a fine ottobre a Kobe in Giappone, al Congresso della società internazionale di neurochirurgia pediatrica.

Lo studio ha rilevato che una valutazione neuro-cognitiva in fase pre-operatoria consente di ipotizzare una diagnosi rispetto all'entità dei tumori cerebrali in età pediatrica, che sono un quarto di tutte le neoplasie che colpiscono i bambini, la più frequente dopo le leucemie.

Gli esperti, coordinati dalla neurospiscologa e psicoterapeuta del Gemelli, la dottoressa Daniela Chieffo, hanno effettuato una valutazione neuro cognitiva prima e dopo l'intervento su 126 piccoli pazienti affetti da astrocitoma pilocitico, medulloblastoma, ganglioglioma, Pnet e glioblastoma. Test che hanno consentito di fornire ai genitori ipotesi sulla prognosi del bambino, ossia sull'andamento della malattia, suggerendo le migliori strategie rispetto all'intervento neurochirurgico da eseguire. Non solo, «dai risultati –spiega la dottoressa Chieffo- si evince che i disturbi più significativi sono presenti in bambini con tumori di basso grado a più lenta proliferazione, mentre il bambino con istologia più aggressiva avrebbe un funzionamento maggiormente preservato e conservato».

Tutto il contrario di quello che si poteva ipotizzare. Una scoperta che ora, conoscendo meglio i meccanismi di alterazione dei circuiti responsabili delle facoltà cognitive, apre le porte a trattamenti più mirati e in grado di garantire una vita meno difficile a tanti piccolo malati oncologici.

la Repubblica.it

04-11-2016

Lettori
37.302

www.la.repubblica.it/

Così il fumo fa impazzire le cellule e causa i tumori

Fumare un pacchetto al giorno per un anno provoca 150 mutazioni genetiche in ogni cellula del polmone. E questi "rimescolamenti" della sequenza del Dna sono proprio la causa della malattia. Il meccanismo è descritto in uno studio su Science

IL FUMO causa il cancro. Ma come? Per la prima volta uno studio su Science ha cercato di afferrare l'effetto del tabacco sulle cellule. "Fumare un pacchetto al giorno per un anno - spiega Ludmil Alexandrov del Los Alamos National Laboratory americano, coordinatore della ricerca – provoca in ogni singola cellula dei polmoni circa 150 mutazioni genetiche. E le alterazioni del Dna, come è noto, sono spesso l'anticamera dell'"impazzimento" delle cellule.

Le sostanze. Nel tabacco sono state identificate almeno 70 sostanze cosiddette "mutagene". La loro azione, cioè, è quella di "rimescolare" le lettere con cui è scritta una sequenza di Dna. Alcune di queste mutazioni sono ricorrenti, e i ricercatori americane le hanno ricercate con pazienza certosina (e computer potentissimi) nei campioni di tumore di oltre 5mila pazienti. Alcuni di loro fumavano, altri no. Mettendo a confronto i "rimescolamenti" più ricorrenti nei primi con quelli più ricorrenti nei secondi hanno cercato di ricostruire la catena di eventi che trasforma una cellula sana in una malata negli organi di chi è dipendente dal tabacco. Questo genere di studi, nato una ventina d'anni fa, si chiama "archeologia del cancro" ed è uno dei più complessi dell'oncologia. Conosciamo infatti molto dei tumori che riusciamo a vedere. Ma poco o nulla delle cellule "primigenie" che innescano la malattia.

I tumori. Il fumo, causa di quasi un tumore su quattro, è in questo senso un alleato prezioso. I suoi effetti, hanno ricostruito i ricercatori guidati da Alexandrov, si fanno sentire su almeno 17 tipi di tumori diversi. Attraverso un primo meccanismo, il tabacco danneggia i tessuti che raggiunge direttamente (polmoni e cavo orale). Un secondo meccanismo, più subdolo e difficile da capire, agisce invece sugli organi lontani, dalla vescica al fegato.

La bocca. L'effetto del fumo su bocca, gola e polmoni è diretto. Gli scienziati americani lo descrivono come "una roulette russa". Le sostanze mutagene del fumo infatti alterano il Dna delle cellule con cui vengono a contatto seguendo un pattern tipico. Solo una piccolissima percentuale di queste mutazioni si trasformerà in tumore. Ma più sigarette si fumano, più le cellule alterate sono numerose (e quindi le probabilità di ammalarsi alte).

Un pacchetto. Se un pacchetto di sigarette al giorno per un anno provoca 150 mutazioni in ciascuna cellula dei polmoni, per la laringe questo valore è di 97, per la faringe 39 e per la bocca 23. Il tipo di mutazione osservato in questi tessuti è analogo a quello che è stato osservato nelle cellule in vitro mettendole a contatto con il benzopirene, una delle sostanze chimiche presenti nel fumo di sigaretta.

L'orologio interno. Nei tessuti lontani, si è visto, il cancro nasce spesso per un secondo tipo di effetto. Ogni cellula infatti è dotata di una sorta di orologio interno, che la fa invecchiare man mano che il tempo passa. Nei fumatori, per un fenomeno ancora tutto da decodificare con chiarezza, l'orologio inizia a ticchettare con più rapidità. I tipi di "rimescolamento" delle lettere del Dna sono diverse rispetto a quelle osservati in bocca, gola e polmoni. E i ricercatori le hanno rintracciate solo grazie a un software in grado di separare le varie mutazioni del Dna come se si trattasse di separare le diverse conversazioni di una stanza affollata. La stessa tecnica verrà ora usata per comprendere gli effetti di altri fattori di rischio come alcol, obesità e inquinamento, sulla nascita dei tumori.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 378.990
Diffusione 08/2016: 251.513
Lettori Ed. II 2016: 1.594.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

15-NOV-2016
da pag. 100
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'ALFABETO DEI NEI PUO' SALVARVI LA VITA

A-B-C-D-E, CIOÈ ASIMMETRIA, BORDI, COLORE, DIMENSIONI ED EVOLUZIONE SONO DECISIVI PER AUTOVALUTARE LE MACCHIE. MA C'È ANCHE CHI SCOPRE IL MALE GRAZIE A UN FAN

DAL MEDICO OGNI ANNO Il controllo di un neo effettuato da un esperto. «Lo screening andrebbe ripetuto almeno una volta l'anno», consiglia il dermatologo Santo Raffaele Mercuri.

di Camilla Tagliabue

È notizia di qualche giorno fa: il giovanissimo nuotatore Mack Horton è stato salvato da un melanoma grazie alla solerzia di un anonimo fan dalla vista clinica che, vedendolo in televisione a torso nudo in vasca, si è insospettito e ha mandato un'email al medico della nazionale australiana di nuoto per dirgli di far controllare quella macchia sul petto. «Una buona chiamata. Una gran buona chiamata...», ha commentato l'atleta.

«La diagnosi precoce è la prima mossa per sconfiggere il melanoma, asportandolo subito senza conseguenza per la salute dell'individuo. Nel caso di Horton è stata fatta grazie alla tempestività di uno sconosciuto spettatore, ma in generale dovremmo essere noi a tenere sempre monitorata la nostra pelle e i nostri nei», commenta Santo Raffaele Mercuri, primario di Dermatologia all'ospedale San Raffaele di Milano.

Per fare una corretta autovalutazione «basta seguire l'alfabeto che salva la vita, ovvero cinque facili cri-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 378.990
Diffusione 08/2016: 251.513
Lettori Ed. II 2016: 1.594.000
Settimanale - Ed. nazionale

GENTE

Dir. Resp.: Monica Mosca

15-NOV-2016
da pag. 100
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

LA VITTORIA DI MACK PIÙ IMPORTANTE DELL'ORO OLIMPICO
A sinistra, il nuotatore australiano Mack Horton, 20 anni, festeggia la vittoria olimpica a Rio. L'evidentissimo neo nel cerchio rosso ha attirato l'attenzione di un fan, che gli ha suggerito di fare subito un controllo. Mai consiglio fu più provvidenziale: Horton ha dovuto far asportare il neo e, qui sotto, mostra il cerotto che copre la ferita. «Grazie, caro fan».

teri di osservazione e classificazione dei propri nei, valutandoli dalla A alla E. La lettera A sta per "Asimmetria", cioè ci dice che dobbiamo insospettirci qualora la forma del neo sia irregolare, non tondeggiante. La B sta per "Bordi": anche qui dobbiamo allarmarci in presenza di bordi irregolari e indistinti. La C significa "Colore": se questo è variabile e presenta sfumature diverse all'interno dello stesso neo, potrebbe trattarsi di un melanoma. La D vuol dire "Dimensioni", che diventano preoccupanti se aumentano in larghezza e in spessore inaspettatamente. La E, infine, sta per "Evoluzione": nel caso in cui il neo cambi aspetto, forma, colore o altro nel giro di poche settimane o mesi, diamoci una mossa».

Esistono, poi, altri campanelli d'allarme, che dovrebbero subito farci correre dallo specialista per una diagnosi accurata. «Sono il sanguinamento anomalo del neo, un neo che dà prurito o irritazione e un nodulo o rigonfiamento intorno al neo stesso». Il melanoma va aggredito e asportato quando è travestito da neo: «Il neo, cioè, è solo una spia di quel tipo di tumore cutaneo. Con le moderne apparecchiature microscopiche siamo in grado di prevedere con anticipo l'evoluzione ed eventuale degenerazione del neo o la formazione di un nuovo neo: ecco perché la diagnosi precoce, non invasiva e accuratissima, è fondamentale. L'asportazione dell'eventuale melanoma, inoltre, si fa in anestesia locale con interventi ormai di routine».

I nemici principali sono la disinformazione e la trascuratezza: in Italia, per esempio, solo il 28 per cento dei cittadini sa di che patologia si parla. Eppure l'incidenza del melanoma sta crescendo, con circa 13 casi ogni 100 mila persone. «È il terzo tumore più frequente negli under 50 e interessa soprattutto i quaranta-cinquantenni. I soggetti più a rischio sono tutti coloro che, per lavoro, sport o esigenze estetiche, si sottopongono troppo alla luce ultravioletta del sole, ma anche delle lampade abbronzanti. Altro fattore di rischio sono le basse difese immunitarie o particolari malattie genetiche. Inoltre, devono prestare attenzione tutti coloro che hanno casi di melanoma in famiglia e chi ha un fototipo chiaro, con molti nei e lentiggini».

I PERICOLI MAGGIORI DERIVANO DALLE SCOTTATURE ESTIVE

Oltre all'autovalutazione quotidiana, lo screening dal dermatologo andrebbe fatto una volta all'anno, meglio se in questo periodo, dopo l'esposizione estiva ai raggi del sole. Avverte Mercuri: «Le scottature, specie nei primi 18 anni di vita, sono la prima causa di insorgenza di melanoma in età adulta».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

HiQPdf Evaluation 11/04/2016

Sanità: in calo dipendenti Ssn, 626.350 nel 2013, oltre 103.800 i medici

4 novembre 2016- 12:43

Oltre 3 mila in meno rispetto al 2012

Roma, 4 nov. (AdnKronos Salute) - In calo il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale: nel 2013 il totale ammonta a 626.350 unità (di cui il 70,9% in ruolo sanitario, il 17,6% in ruolo tecnico, l'11,1% in ruolo amministrativo e lo 0,2% in ruolo professionale). L'anno precedente, invece, il dato era pari a 629.713 unità (con una prevalenza del personale femminile, il 65% del totale, rispetto a quello maschile): oltre 3 mila in più. E' quanto emerge dall'Annuario statistico 2013 del Ssn, redatto dal ministero della Salute, che presenta annualmente i dati relativi alle risorse strutturali, all'organizzazione dei servizi e all'attività delle aziende e delle strutture sanitarie italiane.L'Annuario statistico 2013 specifica inoltre che il personale medico è costituito da 103.837 unità e quello infermieristico da 259.947 unità. Il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico. Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (ovvero policlinici universitari privati, Irccs privati e Fondazioni private, ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art.1 ultimo comma L. 132/1968, istituti privati qualificati presidi Asl ed enti di ricerca) operano 93.935 medici e 240.323 unità di personale infermieristico.

Shopping

-40 %

Tubino con maniche mod ...
16,90 €
Mediawavestore ...
VEDI

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 244.697
Diffusione 08/2016: 159.849
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

05-NOV-2016
da pag. 16
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Un medico su due non si aggiorna Anche i giovani disertano i corsi

La relazione dell'Osservatorio internazionale della salute Gli ortopedici stentano a ottenere i crediti richiesti in 3 anni

il caso

PAOLO RUSSO
ROMA

I nostri dottori non si aggiornano. Meno della metà, esattamente il 47% dei camici bianchi, ha in tasca i 150 crediti "Ecm", che in tre anni bisognerebbe aver accumulato come prova dell'aggiornamento continuo.

L'altra faccia della malasanità è nei numeri shock dell'indagine sulla formazione in sanità nel triennio 2014-2016 condotta dall'Osservatorio internazionale della salute (Ois).

I medici più svogliati e meno al passo con l'innovazione sono a sorpresa i più giovani, oltre che i più vecchi. Se quelli di mezza età sono in regola con gli obblighi formativi, la media scende al 37,9% tra gli under 45 e al 36,9% tra gli over 65. Come se per i più giovani bastassero gli studi universitari e per i più anziani l'esperienza.

«Il problema - spiega Alessandro Solipaca, direttore scientifico dell'Ois- è che i dati sui punteggi formativi dei medici sono custoditi dall'Agenas, l'agenzia per i servizi sanitari regionali, ma poi nessuno va a verificare se il singolo medico abbia ottemperato o meno agli obblighi».

Quelli un po' più ligi al dovere e al passo con i tempi sono medici di famiglia, pediatri e infettivologi, che in quasi sei casi su dieci i fatidici 150 punti "Ecm" in tre anni li hanno messi in tasca, accumulando un po' di conoscenze in più, utili magari quando si visita un paziente. Quelli più refrattari ad aggiornarsi con meno di 30 crediti formativi accumulati nell'ultimo anno sono invece gli ortopedici (il 47% si è spremuto così poco) i chirurghi (34%), gli psichiatri (25%) e i neurologi in compagnia dei neuropsichiatri (con entrambi il 34% a così basso indice di aggiornamento professionale).

Più volenterosi i medici meridionali, dove oltre il 49% è in regola, contro il 43,7% del centro e il 47,3% del nord.

Sarà anche per risparmiare tempo ma il modo preferito dai nostri dottori per aggiornarsi è la formazione che viaggia sul web, mentre quella sul campo, che si fa esaminando i pazienti in carne ed ossa, interessa meno di un medico su dieci.

A farla da padrona è poi la formazione offerta dai privati, quasi sempre sponsorizzati da industria farmaceutica o del bio-medicale. «In barba alla legge sul conflitto d'interesse le industrie sponsorizzano i congressi che fanno punti ecm, come mostrano con chiarezza tanti depliant, anche se poi le società scientifiche che li organizzano dichiarano il falso all'Agenas, smentendo qualsisasi legame con gli sponsor», denuncia Sergio Conti Nibali, pediatra del gruppo di operatori sanitari "No grazie". Affermazioni che trovano conferma nello studio di un gruppo di ricercatori italiani pubblicato dalla prestigiosa rivista scientifica British medical journal. Il 67,7% delle società scientifiche ha accettato sponsorizzazioni industriali in occasione dell'ultimo congresso. Come dire pochi si aggiornano e chi lo fa rischia anche di entrare in conflitto d'interesse facendosi spesare dai signori della pillola.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 244.697
Diffusione 08/2016: 159.849
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

05-NOV-2016
da pag. 16
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

La classifica

CON 150 CREDITI (2013-2015)		MENO DI 30 CREDITI (2015)	
59%	Infettivologi	47%	Ortopedici
58%	Pediatri	34%	Chirurghi
58%	Generici	34%	Neurologi
			Neuropsichiatri
		25%	Psichiatri

150 punti
Sono i crediti «Ecm» che i medici dovrebbero accumulare nel triennio 2014/2016

I pareri

Il chirurgo

"Impegnativo dividersi tra lezioni e interventi Ma farlo è fondamentale"

Il professor Fabio Florianello, chirurgo ed ex primario da poco in pensione ammette di non essere riuscito a stare dietro agli obblighi formativi.

Troppi impegni?

«Un'impresa impossibile soprattutto per noi chirurghi che dobbiamo dividerci tra sala operatoria, pronto soccorso, ambulatori. Pensi che anche le tre ore e mezza che il nostro contratto dedica alla formazione finiscono per essere riassorbite nel normale orario di lavoro. Anche perché a furia di blocchi delle assunzioni siamo rimasti sempre in meno. Soprattutto qui in Lombardia dove la media è di 1,35 medici ogni mille abitanti. Una delle più basse d'Italia che ha già una media bassissima in Europa».

Ora che fa attività libero professionale riesce ad aggiornarsi?

«Sì, ed è fondamentale farlo. Purtroppo lavorando nel pubblico ero anche costretto a pagarmi da solo l'aggiornamento contrariamente a quanto avviene in molti altri paesi europei».

Ma almeno l'offerta formativa è buona?

«Diciamo che è sterminata. Se cerco solo di fare punti, tutto fa brodo. Ma se voglio seguire corsi che aggiungono veramente qualcosa allora l'offerta si restringe parecchio. C'è un business enorme dietro la formazione medica, con le asl che al massimo arrivano a coprire 10 dei 50 crediti previsti all'anno. Il resto lo da soprattutto l'industria privata. Che i suoi interessi ce li ha».

[PA. RU.]

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Il medico di famiglia

"Una giusta iniziativa con un grave difetto: tanta teoria, poca pratica"

Il dottor Pierluigi Bartoletti, medico di famiglia con studio a Tor Pignattara, quartiere popolare e popoloso della Capitale ce l'ha fatta a tenere il passo con i punti "Ecm". Ma sulla qualità ha qualcosa da ridire...

Dottore lei il suo dovere lo ha fatto?

«Ma ho dovuto fare i salti mortali, tra i miei mille e cento pazienti da seguire oltre ai corsi che come docente svolgo all'Università. Un giorno provi a incastrare nell'orario di lavoro un corso on line, un altro riesci a fare un salto a un congresso scientifico. Ma il problema è la qualità di questi corsi».

Perché, non è buona?

«I corsi vertono quasi tutti sul sapere scientifico ma sul "saper fare" incidono poco e niente. Insomma, molta teoria e poca pratica. Un problema che riguarda anche i giovani borsisti che dopo la laurea puntano a specializzarsi in medicina generale".

Quale sarebbe l'antidoto?

«Ha visto nei film americani quando l'équipe medica si riunisce per esaminare un caso clinico? Bisognerebbe fare una cosa simile: attribuire crediti formativi anche ai medici di famiglia che seguono dei percorsi clinici condivisi con specialisti e ospedalieri. Io lo faccio per i pazienti oncologici con i colleghi del Policlinico Campus bio-medico e il Regina Elena. E miglioriamo entrambi le nostre conoscenze».

[PA. RU.]

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 122.069
Diffusione 08/2016: 89.323
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-NOV-2016
da pag. 13
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Inchiesta
Troppi psicofarmaci e Tso ai bambini tolti alle loro famiglie

MOIA A PAGINA 13

Minori, allarme psicofarmaci «Dai tribunali troppi diktat»

Oltre 100 ricoverati contro il parere dei genitori

Emergenza

In aumento le diagnosi di dislessia, sindrome ipercinetica, disturbo "oppositivo provocatorio" per cui, dopo la perizia psichiatrica, può scattare l'affido giudiziale secondo la legge 149

LUCIANO MOIA

Minori "ospitati" in comunità, trattenuti a tempo indefinito, sedati con psicofarmaci contro la volontà della famiglia. Minori a cui il Tribunale impone un trattamento farmacologico dopo perizie discutibili e diffida le famiglie dall'assumere decisioni diverse, prospettando l'allontanamento coatto dei figli. Nel disastrato arcipelago minorile del nostro Paese, dove si insegue una nuova legge quadro su adozioni e affido – con l'intento palese di aprire nuove prospettive antropologiche – ma si finge di ignorare i disastri compiuti, sempre sul filo del diritto, nei confronti di bambini e ragazzi, può succedere anche questo? Succede succede. E molto più spesso di quanto si immagini.

L'ultimo caso è venuto alla luce pochi giorni fa. Riguarda Giorgio, un ragazzo di origine russa, adottato nel 2004 da una famiglia di San Donato Milanese, che un anno fa, con un provvedimento d'urgenza del Tribunale dei minori, è stato allontanato da casa e ospitato in una "comunità ad alto contenimento". Giorgio ha 12 anni, vivacissimo e spesso ribelle. Gli operatori lo sottopongono quotidianamente a pesanti terapie con psicofarmaci. La famiglia, a cui i servizi sociali hanno tolto qualsiasi possibilità di intervento, dopo una serie di inutili tentativi per venire a capo della situazione, ha denunciato quello che ritiene un grave sopruso. Ma che possibilità di successo può avere un'azione giudiziaria che dovrebbe essere avviata proprio presso quello stesso tribunale all'origine del grande pasticcio? Soltanto negli ultimi dodici mesi il Servizio minori del Ccdu (Comitato di cittadini per i diritti umani) ha denunciato una trentina di casi in cui l'uso coatto degli psicofarmaci sui minori appare inopportuno, esagerato, perlomeno contestabile. Ma gli episodi sono senz'altro più numerosi.

Tra il 2008 e il 2012 – come denuncia da tempo la psicologa Vincenza Palmieri, tra i massimi esperti del problema *(vedi articolo sotto)* – 70 minori ogni anno, dati Istat, sono stati ricoverati in Tso (trattamento sanitario obbligatorio) nei reparti di psichiatria per adulti. Nel 2013-2014 i casi sono stati 101 solo per il disturbo dell'"età preadulta", che rappresenta uno dei più funzionali inganni diagnostici. Ma se si considerano i ragazzi fino a 24 anni ricoverati in Tso per disturbi legati alla cosiddetta "sfera affettiva", il numero sale a 877, un numero altissimo se valutiamo gli effetti devastanti di un trattamento psichiatrico coatto in una fase così delicata dell'età evolutiva.

Tra gli episodi più clamorosi c'è quello di Bologna, dove per anni due genitori sono dovuti ricorrere all'aiuto di una psicoterapeuta – nonché giudice onorario del tribunale – per scongiurare il rischio di un allontanamento coatto del figlio. Dopo ricorsi su ricorsi, perizie e controperizie, il tribunale ha ora accettato di rivedere la decisione e ha fissato per il prossimo 22 novembre un'udienza che i genitori sperano possa essere quella risolutiva.

A Trento invece una bambina – sempre secondo quanto riferisce il Ccdu – è stata allontanata due anni fa dalla famiglia perché, in seguito a una denuncia, padre e madre sono stati giudicati instabili psicologicamente. Decisione poi rivista, ma che non ha consentito finora il ritorno a casa della piccola. Anche per lei è scattata la perizia psichiatrica che potrebbe aprire la strada al ricorso obbligatorio agli psicofarmaci.

Gli archivi del Ccdu minori sono pieni di episodi simili. Vicende laceranti in cui famiglie e ragazzi, spesso per malintesi, talvolta per incapacità di comunicare gli esatti contorni del loro disagio, finiscono nel tritatutto del combinato dispo-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 122.069
Diffusione 08/2016: 89.323
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

05-NOV-2016
da pag. 13
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sto che vede come arbitri della situazione la triade servizi sociali-periti-tribunali dei minori. Lo snodo controverso è rappresentato dall'affido giudiziale previsto dalla legge 149 del 2001. Norma apprezzabile per tanti altri aspetti, ma che – quando si tratta di valutare gli interventi sui minori – concede poteri quasi assoluti alle istituzioni e ben poche possibilità di replica alle famiglie di origine.

Il cortocircuito si innesca spesso a causa dei test psicologici ormai diffusi nella maggior parte delle scuole. La legge 170 del 2010 sulla dislessia ha per esempio determinato un'impennata dei rischi di medicalizzazione con conseguenti derive farmacologiche imposte dal giudice. Altre diagnosi ricorrenti, la cui terapia imbocca troppo spesso la scorciatoia degli psicofarmaci, sono quelle che riguardano il "disturbo oppositivo provocatorio", la sindrome da deficit di attenzione (Adhd) oppure la "sindrome preadulta" (cioè tutti quei comportamenti precoci degli adolescenti che gli insegnanti non sanno come contenere). Succede, in altri termini, che le scuole segnalino ai servizi sociali bambini e ragazzi che, sulle base dei test, mostrano gravi difficoltà di apprendimento. E i servizi sociali, a discrezione dell'operatore di turno, quando ritengono che la famiglia evidenzi difficoltà, carenze, problemi educativi, possono chiedere una perizia psicologica al tribunale dei minori. Se la perizia, come spesso succede, afferma che si rende opportuno allontanare il minore dalla famiglia, oppure sottoporlo a una terapia farmacologica, non c'è più nessuno che di fatto possa opporsi. Il dispositivo deve fare il suo iter. E spesso passano mesi, se non anni, prima di riuscire a dimostrare l'inopportunità della decisione. «Per fortuna capita spesso che il caso si chiarisca – spiega Paolo Roat, responsabile nazionale tutela minori del Ccdu – ma solo dopo lunghe battaglie giudiziarie, con controperizie che comportano costi e sacrifici elevatissimi. Sempre che la famiglia abbia le risorse economiche e le conoscenze adeguate per tutelarsi per via giudiziaria».

Perché allora non rivedere la legge? C'è tempo. Chiusa l'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge su adozione e affido, si attende la presentazione del progetto di legge quadro e quindi l'avvio del dibattito parlamentare. Ma dopo il referendum, forse all'inizio del 2017. Nel frattempo gli psicofarmaci incidono sull'equilibrio dei minori, scavano nelle loro menti abissi di vuoto che nessuno può dire come e se potranno essere colmati, mentre tante mamme e tanti papà urlano invano la loro disperazione per le sofferenze inflitte ai loro ragazzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA LEGGE

Potestà genitoriale I casi di «sospensione»

«Ove manchi l'assenso dei genitori esercenti la potestà o del tutore, provvede il tribunale per i minorenni. Si applicano gli artt. 330 e seguenti del codice civile». Questo il passaggio della legge 149 del 2001 che riprende integralmente la 184 del 1983, configurando il cosiddetto affido giudiziale. Se dunque i servizi ritengono necessario, nell'interesse del minore, effettuare un allontanamento a scopo di affidamento familiare, ma si imbattono nel rifiuto dei genitori, non resta loro che segnalare il caso all'autorità giudiziaria minorile affinché "provveda", applicando gli articoli del codice civile che riguardano la decadenza e le limitazioni della potestà genitoriale. Caso limite, secondo la volontà del legislatore, a cui però in questi ultimi anni ci si appella sempre più spesso. Da qui la necessità di rivedere una legge che sembra marginalizzare troppo il ruolo delle famiglie.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2016: 149.120
Diffusione 08/2016: 72.537
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

05-NOV-2016
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

LA TESTIMONIANZA

«Chi ha consigliato di non proteggersi ora si nega»

Antonella e la morte per meningite della figlia: «Ho dato retta a un medico. E ora non ho pace»

DOLORE

«Azzurra era una ragazza piena di vita, non doveva fare quella fine»

Marta Proietti

■ «Mentre le accarezzavo la fronte, le chiedevo perdono per non averla vaccinata». Non riesce a trattenere le lacrime mamma Antonella mentre ricorda gli ultimi istanti di vita della figlia, morta a causa di una meningite fulminante. Antonella Salimbene vive a Casalmaiocco, nel Lodigiano, insieme al marito e ai suoi due figli, Alessia e Francesco.

La sua terza bambina, Azzurra, è morta il 20 marzo 2014. Dopo averle somministrato i vaccini obbligatori, la pediatra le sconsiglia di vaccinare la figlia contro la meningite: «Se non va all'asilo - le aveva detto - non ce n'è bisogno». Antonella si fida della dottoressa ma a distanza di 11 anni si pente profondamente di quella scelta. «Andai a prendere Azzurra a scuola perché aveva mal di testa e qualche linea di febbre». A nulla serve l'antipiretico. La mattina seguente Azzurra continua a stare male.

«Quando sono andata a portare la sorellina all'asilo, ho lasciato Azzurra con mia madre. Al ritorno a casa, mia figlia aveva vomitato». Mamma Antonella attribuisce il sintomo all'influenza. Ma Azzurra non riesce a stare in piedi e dal divano al letto, appena pochi passi, «sembrava ubriaca, è andata a sbattere contro il muro». A questo punto Antonella si rende conto della gravità della situazione perché Azzurra non dà più segni di vita. Una volta in ospedale, la diagnosi terribile: «Sua figlia ha la meningite». È in quel momento che Antonella ricorda di non aver vaccinato la figlia contro questa grave malattia che colpisce il sistema nervoso. Alle ore 19 del 20 marzo 2014 Azzurra muore e da quel momento Antonella vive con un profondo senso di colpa: «Io voglio dire di vaccinare. I bambini non meritano di morire per le nostre scelte sbagliate».

Della stessa opinione è il dottor Roberto Burioni, professore ordinario di microbiologia e virologia presso l'ospedale San Raffaele di Milano. «I vaccini sono sicuri e fondamentali per proteggere i bambini da malattie pericolosissime». Il dottor Burioni si batte, anche sulla propria pagina Facebook, contro certe teorie, non scientificamente provate, secondo cui le vaccinazioni, in particolare il vaccino MPR (morbillo, parotite e rosolia), sono la causa dell'autismo. Primo sostenitore di questa tesi è Andrew Wakefield, medico radiato dall'ordine e regista del docu-film *Vaxxed*, dall'occultamento alla catastrofe. «La scienza afferma che tra vaccini e autismo non c'è nessuna correlazione - afferma il dottor Burioni - la scelta di non vaccinare ricade prima di tutto sui loro figli perché queste teorie sono false. Chi non vaccina i propri figli non solo mette in pericolo loro ma anche i figli degli altri e tutta la società».

Di tutt'altro parere è invece Jean Paul Vanoli che, dal suo sito internet, porta avanti la battaglia antivaccinista. Per lui i vaccini sono soltanto una fonte di guadagno per le case farmaceutiche e non servono invece a proteggere le persone da virus, anche letali.

Una teoria per nulla suffragata da ricerche scientifiche tanto che alla richiesta di porgergli alcune domande in merito al suo discutibile pensiero, il sedicente esperto pretende di scegliere gli argomenti da trattare. Ovviamente ci rifiutiamo.

Gli ultimi dati diffusi dal ministero della Salute confermano però che tra gli italiani e le vaccinazioni il rapporto è conflittuale.

Le coperture vaccinali, riferite al 2015, evidenziano un andamento in diminuzione in quasi tutte le regioni. Particolarmente preoccupanti sono i dati che riguardano i vaccini contro il morbillo e la rosolia. In due anni, dal 2013 al 2015, le coperture sono scese dal 90,5 all'85,3 per cento. E il calo è costante.

ERRORE FATALE Antonella Salimbene con la figlia Azzurra, morta il 20 marzo 2014 per una meningite che una semplice vaccinazione avrebbe evitato

data stampa
dal 1980 monitoraggio media