Doctor33

22-03-2017

http://www.doctor33.it/

Pillola dei cinque giorni dopo, vendite in crescita: una ogni due minuti

L'ulipristal acetato modulatore del progesterone registrato come contraccettivo d'emergenza, per tutti conosciuto come "la pillola dei cinque giorni dopo" è sempre più popolare come dimostrano i dati sulle vendite: sono quasi raddoppiate negli ultimi 10 mesi e moltiplicate per 15 rispetto ad appena due anni fa. L'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha approvato questo farmaco fin dal 2009 e in Italia è arrivato alla fine del 2011, ma per ottenerlo serviva la prescrizione medica e la presentazione di un test di gravidanza negativo. È solo dalla primavera del 2015 che un provvedimento dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) e la successiva pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, hanno dato il via libera all'acquisto, per le donne maggiorenni, nelle farmacie e parafarmacie senza più la necessità di presentare la ricetta medica e il test di gravidanza, obblighi che invece restano in vigore per le ragazze fino a 18 anni.

E così, dalle 16.798 pillole vendute nel 2014 si è passati alle 145.574 del 2015 fino alle 200.507 registrate solo nei primi dieci mesi dello scorso anno: si tratta di 660 acquisti al giorno, uno ogni due minuti. Il successo di vendita della pillola del giorno dopo non appare frenato dal fatto che il farmaco non è rimborsabile dal Servizio sanitario nazionale. Il ricorso a ulipristal acetato rappresenta così una quota elevata sul totale della contraccezione acquistata, anche se molto variabile da una regione all'altra, con un impatto decrescente passando dal nord al sud della penisola: secondo i dati forniti da Federfarma e dall'azienda produttrice, nel Friuli Venezia Giulia questa percentuale è infatti del 77%, mentre scende al 31% in Basilicata. Si ricorda che a differenza della "pillola del giorno dopo", a base di levonorgestrel, che ogni 12 ore vede una diminuzione della sua efficacia, la pillola con ulipristal acetato può essere assunta fino a 120 ore dopo il rapporto e, alterando le funzioni della mucosa uterina, impedisce all'embrione di impiantarsi nell'utero.

CORRIERE DELLA SERA.it

27-03-2017

Lettori
57.304

http://www.corriere.it/salute/

SALUTE

Pillola anticoncezionale e del giorno dopo

La prima impedisce l'ovulazione e di conseguenza un possibile concepimento; la seconda (presa entro 72 ore o 120 ore dal rapporto sessuale, a seconda della tipologia) va a rallentare o inibire l'ovulazione stessa.

di Laura Cuppini

Pillola anticoncezionale

La pillola anticoncezionale è un farmaco combinato formato solitamente da due ormoni (estrogeni-progestinici), la cui azione annulla l'ovulazione nelle donne, impedendo così un eventuale concepimento, perché l'ovaio non produce ormoni né follicoli. **Per acquistarla serve la prescrizione del ginecologo o del medico di famiglia**. La pillola deve essere assunta per 21, 24 o 28 giorni, a seconda della tipologia, e garantisce una sicurezza anticoncezionale pressoché totale. Ci sono però dei farmaci che ne riducono l'efficacia (alcuni antibiotici e alcuni antiepilettici); anche la gastroenterite può impedirne il corretto assorbimento. Se si assume la pillola ed è necessario prendere altri farmaci è bene parlarne con il ginecologo. La pillola anticoncezionale contribuisce a regolarizzare il ciclo (tra un'assunzione e la successiva c'è una "finta" mestruazione), a ridurre l'anemia da carenza di ferro e i sintomi della sindrome premestruale, così come l'incidenza di fibromi all'utero e di cisti ovariche, il rischio di malattie della tiroide e di cancro alle ovaie. Non protegge invece dalle infezioni sessualmente trasmissibili. Le donne che vogliono assumerla devono però tenere conto di alcune controindicazioni: il rischio di sviluppare una trombosi (soprattutto se geneticamente predisposte), un precedente tumore al seno, ipertensione, obesità o emicrania con aura. Particolare attenzione deve essere rivolta a chi fuma: l'abbinamento tra pillola e sigaretta, soprattutto nelle donne che hanno superato i quarant'anni, in sovrappeso o ipertese, contribuisce ad aumentare il rischio di patologie cardiovascolari. Esiste anche la cosiddetta «minipillola» (o pillola progestinica), che deve essere assunta ogni giorno, senza interruzione.

Condividi:

Commenti: 5

Pillola dei 5 giorni dopo, boom: una compressa ogni due minuti

I dati raccolti da Federfarma rivelano un aumento record delle vendite della pillola dei cinque giorni dopo da quando è stata liberalizzata, in compenso è sceso il numero degli aborti

Alessia Albertin - Lun, 27/03/2017 - 13:44

Inserisci le chiavi di ricerca

Cerca

Info e Login

login registrazione edicola

Annunci

Articolo della domenica

In fondo ad ogni fallimento c'è la nostra rinascita

di Francesco Alberoni

L'opinione

In Italia viene venduta una EllaOne, la **"pillola dei cinque giorni dopo"**, ogni 2 minuti: un record di vendite contrapposto a un calo degli aborti.

Il ricorso alla contraccezione di emergenza è in aumento, soprattuttto tra le ventenni. Le vendite in farmacia, tra gennaio e ottobre 2016, hanno raggiunto quota 200.507, una crescita di ben 15 volte rispetto al 2014, quando le pillole vendute erano state 13.401. Tra il 2014 e il 2015 l'aumento è stato del 664,2% e tra il 2015 e il 2016 del 95,8%. In compenso, le interruzioni volontarie di gravidanza sono calate del 9,3% rispetto al 2014. Lo rivelano i dati raccolti da **Federfarma** su richiesta del **Pd lombardo,** che nei prossimi giorni presenterà il report annuale sulla situazione delle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) e la prevenzione.

EllaOne, il nome commerciale della pillola, viene venduta a 26,90 euro, non rimborsabili dal servizio sanitario, alle maggiorenni s**enza obbligo di ricetta** né di un test medico che certifichi la gravidanza (l'obbligo resta invece per le minorenni). Si tratta di una contraccezione di emergenza da utilizzare entro cinque giorni, in caso di rapporto non protetto o in cui il metodo contraccettivo utilizzato abbia fallito, per mettersi al riparo da una possibile gravidanza.

Il **record di vendite**, 660 al giorno, è stato raggiunto dopo la tormentata liberalizzazione del farmaco, avvenuta il 9 maggio 2015 per decisione dell'**Aifa**. L'Agenzia del farmaco ha deciso di liberalizzare il farmaco in rottura con il Consiglio superiore di sanità, emanazione del ministero guidato da **Beatrice Lorenzin**, per allineare l'Italia al resto d'Europa. Nel gennaio 2015, infatti, scrive il Corriere della Sera, la Commissione europea ha datto indicazione di distribuire in farmacia senza prescrizione medica la EllaOne perché ritenuta sicura e più efficace se usata durante le 24 ore successive al rapporto sessuale a rischio.

Una scelta che ha messo fine all'odissea delle donne, prima costrette a passare da un **consultorio** o da un Pronto Soccorso all'altro per ottenere il farmaco, perché spesso il medico di turno si rifiutava di prescrivere il farmaco appellandosi all'**obiezione di coscenza**, costrette a fornire giustificazioni, a subire giudizi non richiesti e perdite di tempo.

"Rendere libero l'acquisto di questo metodo contraccettivo d'emergenza senza l'obbligatorietà di prescrizione è stata una scelta giusta e di civiltà - ha commentato **Sara Valmaggi**, vicepresidente del consiglio regionale della Lombardia per il Pd - Finalmente l'Italia si è allineata agli altri Paesi europei nel prevenire eventuali interruzioni di gravidanza evitando alle donne le sofferenze legate a un evento così traumatico. La relazione stessa dello scorso dicembre del ministero della Salute mette in relazione la **riduzione del numero degli aborti** con l'aumento delle vendite di questo farmaco. Il progresso della farmacologia e le prese di posizione chiare delle istituzioni sanitarie possono tutelare la salute oltre che ridurre inutili costi sociali ed economici".

"Il record di vendite dimostra che in Italia non c'è una cultura consapevole della procreazione - avverte però **Eleonora Porcu**, ginecologa, docente all'università di Bologna e vicepresidente del Consiglio superiore di Sanità - Ci si affida alla **contraccezione d'emergenza** e non a una vera programmazione o meno delle gravidanze. Io lo sento come un mio fallimento perché, insieme ai colleghi medici, non sono riuscita a vincere la battaglia di un'informazione corretta. Le donne hanno sempre ragione, loro se la cavano come possono. Ma perché noi non riusciamo a fare passare il messaggio di come si fa vera **prevenzione** di una gravidanza indesiderata, senza

ricorrere a metodi d'emergenza?".

Tag: pillola del giorno dopo ellaone contraccezione di emergenza aborto

COMMENTI

chebarba

Lun, 27/03/2017 - 13:03

Io non sono contro l'aborto in stato di necessità, per quanto io non lo farei mai, sono chi usa l'interruzione di gravidanza a cuor leggero come fosse un anticoncezionale. Per tante donne che lo vivono come un dramma, sotto costrizione, e non ne sostengono il trauma ve ne sono altrettante per cui è come andare aldentista, anzi forse fanno più storie per quest'ultimi. Perciò ben venga la pillolla del giorno dopo o 5 giorni dopo per cui il piccolo non è formato e chi vuole si intossichi pure di ormoni almeno fa danno solo a se stessa...

chebarba

Lun, 27/03/2017 - 13:04

Non sono contro l'aborto in stato di necessità, per quanto io non lo farei mai, sono contro chi usa l'interruzione di gravidanza a cuor leggero come fosse un anticoncezionale. Per tante donne che lo vivono come un dramma, sotto costrizione, e ne sostengono il trauma ve ne sono altrettante per cui è come andare dal dentista, anzi forse fanno più storie per quest'ultimo. Perciò ben venga la pillolla del giorno dopo o 5 giorni dopo per cui il piccolo non è formato e chi vuole si intossichi pure di ormoni almeno fa danno solo a se stessa...

chebarba

Lun, 27/03/2017 - 13:08

ero così desiderosa di avere mio figlio che un'amica mi ha fatto l'ecografia all'esito del test 3/4 settimane, ho visto solo un cilindretto di vita che pulsava pulsava .... di vita, attaccato caparbiamente a me anche quando ho rischiato di perderlo ....

chebarba

Lun, 27/03/2017 - 13:10

eppure oggi la contraccezione non è un tabù, di mezzi ce ne sono a iosa... e se non li hai al momento, mica sei una bestio uomo o donna e resisti....

chebarba

Lun, 27/03/2017 - 14:32

Jamie Snider è una mamma di 30 anni che è morta di cancro dopo aver dato alla luce i suoi gemelli: li ha tenuti in braccio un giorno intero prima di morire

il Giornale.it ABBONAMENTI

Abbonati a ilGiornale PDF Premium
potrai consultarlo su PC e su iPad:
25 euro per il mensile
120 euro per il semestrale
175 euro per l'annuale

SOCIAL

INFO E LOGIN
- Login
- Registrati
- Hai perso la password?

News
Politica
Cronache
Mondo
Economia
Sport
Cultura
Spettacoli
Salute
Motori
Milano
Feed Rss

Opinioni
Leggi i blog de ilgiornale.it

Editoriali
Alessandro Sallusti
Nicola Porro

Rubriche
L'articolo del lunedì
di Francesco Alberoni

Speciali
Viaggi
Salute

App e Mobile
App iPad
App iPhone
App Windows
Versione mobile

Community
Facebook
Twitter
Google+

Assistenza
Supporto Clienti
Supporto Abbonati

Archivio
Notizie '17
Notizie '16
Notizie '15
Notizie '14
Notizie '13
Notizie '12
Notizie '11
Notizie '10
Notizie '09

Informazioni
Chi siamo
Contatti
Codice Etico
Modello 231
Disclaimer
Privacy policy
Uso dei cookie
Lavora con noi
Crediti
Rettifiche

Abbonamenti
Edizione cartacea
Edizione digitale
Termini e condizioni

Pubblicità
Pubblicità su ilGiornale.it
Pubblicità elettorale

© IL GIORNALE ON LINE S.R.L. - P.IVA 05524110961

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 4
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

RAPPORTO CEDAP

Parti d'Italia, tutti i numeri

Cartellino rosso sui cesarei: al 35% con punte del 53,6%

Sul ricorso al taglio cesareo l'Italia è sempre da cartellino rosso: l'ultimo rapporto Cedap pubblicato dal ministero della Salute (dati 2014) evidenzia un «ricorso eccessivo», pari in media al 35% dei casi ma con punte del 53,6%. La fotografia dei parti in Italia.

A PAG. 4

CERTIFICATI DI ASSISTENZA AL PARTO

Cedap, cesarei fino al 53,6%. Pma in quasi 2 casi su 100

Le cifre

35%	La percentuale media di parti cesarei
1,7	N. gravidanze su 100 da procreazione assistita

Sul ricorso al taglio cesareo l'Italia è sempre da cartellino rosso: l'ultimo rapporto Cedap (Certificato di assistenza al parto) pubblicato dal ministero della Salute (dati 2014) evidenzia un «ricorso eccessivo», pari in media al 35% dei casi ma con punte del 53,6% nelle case di cura private accreditate, contro il 32,6% negli ospedali pubblici. Un fenomeno più frequente tra le donne italiane: il 36,8% contro il 28% delle partorienti straniere. Ma il Rapporto Cedap fotografa anche un altro aspetto interessante delle nascite: i ricorso alla procreazione medicalmente assistita (pma), effettuato in media in 1,7 gravidanze su 100.

La tecnica più utilizzata? La Fivet (fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero), seguita da "Csi" o fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma. La fotografia scattata dall'Ufficio di statistica del ministero della Salute mostra che l'88,8% dei parti è avvenuto in ospedali pubblici ed equiparati, l'11,2% nelle cliniche private e solo lo 0,1% altrove. Il 62,5% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti l'anno: 179 ospedali che rappresentano il 34,9% dei punti nascita totali. Resta però uno "zoccolo duro" di punti nascita al di sotto della soglia dei 500 parti annui, ritenuti non sicuri e perciò da chiudere: qui ancora nel 2014 avveniva il 7,5% delle nascite.

L'identikit delle madri. Il 20% è di cittadinanza non italiana, fenomeno più diffuso (25%) al Centro Nord e in particolare in Emilia Romagna e Lombardia, dove il 30% delle mamme sono straniere. L'età media della puerpera è di 32,7 anni per le italiane e di 29,9 anni per le straniere, che partoriscono il primo figlio in media a 28,2 anni. Il livello di scolarità è medio-alto per il 43,7% delle madri italiane; è medio-basso nel 47,5% delle straniere.

Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più avanti nel tempo rispetto alle donne con scolatità più alta. Quanto allo status professionale, il 56,2% delle madri è occupata, il 29,7% sono casalinghe e l'11,9% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. Tra le straniere, nel 2014 il 52,8% è casalinga, mentre il 63,1% delle madri italiane aveva un'occupazione lavorativa.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

28-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 4
www.datastampa.it

Tumori. Chirurgia, test genetici e farmaci. Per salvare l'ovaio

Nei geni si nasconde il test salvaovaio

Cancro. Le mutazioni di Brca 1 e 2. Le fluttuazioni di un marcatore chiamato Ca 125. E poi le traccie di Rna nel sangue. Si stringe la morsa attorno al più sfuggente dei tumori femminili. A caccia di uno strumento di diagnosi precoce

AGNESE CODIGNOLA

I MEDICI E LE LORO PAZIENTI evitino di sottoporsi a qualunque tipo di screening per il tumore ovarico: così ha tuonato l'ente americano che controlla farmaci e presidi sanitari, la Fda, dopo aver inutilmente revisionato tutti gli studi esistenti alla ricerca di un qualche tipo di esame che possa aiutare a cogliere la malattia in tempo. Non ce n'è alcuno, oggi. E neppure la clinica aiuta, perché il carcinoma ovarico è uno di quei tumori che crescono in silenzio, senza dare alcun sintomo fino a quando non è talmente diffuso da non poter essere più ignorato. Anche per questa sua natura elusiva, fino a oggi, è rimasto nel novero dei più pericolosi. Ma lo scenario sta cambiando. A partire dalla genetica: le donne con una forma familiare, quella causata dalle mutazioni dei geni Brca 1 e 2, possono cominciare da questa consapevolezza di rischio accresciuto. Ma c'è di più.

Cominciamo col dire che del carcinoma ovarico oggi si sa molto più che in passato: si sa, appunto, che si sviluppa una donna su quattro tra quelle che hanno i geni Brca mutati, anche quando nella famiglia di provenienza non c'è alcun caso di tumore ovarico o mammario noto. «Per questo oggi si propone l'esame a tutte le donne cui viene diagnosticato il tumore», spiega Nicoletta Colombo, direttrice del Programma di ginecologia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Perché dopo la diagnosi? «L'informazione - aggiunge Colombo - ci permette di pianificare meglio la cura; per esempio di decidere quando è il caso di operare e quando, invece, è preferibile scegliere un'altra strada, in generale predisponendo, per le donne positive, un iter di controlli e terapie molto specifico. Non solo, l'informazione ci autorizza anche a proporre ai membri della stessa famiglia il test, in modo da non farsi cogliere impreparati su altre donne che apparentemente non hanno alcun motivo per controllare l'ovaio».

Quando il responso è positivo per la mutazione, in futuro potrebbe essere consigliato un dosaggio ravvicinato del Ca 125: in uno studio britannico pubblicato sul *Journal of Clinical Oncology*, gli oncologi del Massachussetts General Hospital hanno sottoposto oltre 4.300 donne, positive per Brca, a un dosaggio del Ca 125 (nel sangue) ogni quattro mesi, per verificare se il valore cresceva o meno, e nell'arco di tre anni hanno identificato 19 tumori, 10 dei quali in fase precoce. Possono sembrare pochi, ma l'esame è economico e poco invasivo, e per quelle dieci donne la differenza è stata enorme; peraltro, nei cinque anni successivi sono stati scoperti altri 18 tumori. L'esame non è oggi consigliato come test di routine, ma le sue potenzialità saranno ancora indagate a lungo.

Accanto a quelle della cosiddetta biopsia liquida, consacrata dall'American Society for Clinical Oncology come una delle grandi promesse del futuro prossimo: potrebbe diventare un di routine anche grazie ai risultati appena pubblicati su *Cancer Letter* dal gruppo di Maurizio D'Incalci, direttore del Dipartimento di oncologia dell'Istituto Mario Negri di Milano, che ha coordinato un progetto finanziato dall'Airc. Si tratta di un esame del sangue che permette di identificare alcuni frammenti di materiale genetico chiamati microRna: molti tumori ne riversano alcuni nel sangue e per questo sono una vera e propria firma genetica, identificabile molto prima che la massa diventi visibile; perciò siamo davanti a potenziali marcatori molto precoci di malattia.

E non ci sono solo i miRna: via via che le analisi genetiche diventano sempre più sofisticate, si vanno delineando veri e propri identikit dei diversi tumori che, con l'aiuto di algoritmi e calcoli specifici, riescono a individuare con buoni margini chi è destinato a sviluppare un tumore aggressivo e chi no.

«Brca e altri geni specifici da una parte, e miRna dall'altra - sottolinea Colombo - potrebbero quindi andare presto a costituire il nucleo di un test genetico allargato nel quale una serie di indizi fanno una prova, un esame da proporre soprattutto a chi è a rischio, per individuare prima possibile queste pazienti e trattarle al meglio ma, in futuro, do-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

28-MAR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 4
www.datastampa.it

po ulteriori affinamenti, probabilmente a tutte le donne, con un semplice prelievo di sangue». In alcuni centri ad alta specializzazione molti di questi test genetici sono già routine, e anche per questo è importante scegliere con la massima attenzione dove curarsi. Ma il momento in cui tutte le donne potranno sottoporsi a questi esami a scopo preventivo non è ancora arrivato.

E oggi? Chi ha una madre o una parente colpita da un tumore dell'ovaio o del seno può verificare Brca 1 e 2. Poi resta la scelta sul da farsi: ricordate Angelina Jolie? Si è fatta togliere le ovaie, un po' estremo ma sicuro. Chi non ha casi in famiglia non ha alcun senso che si testi per le mutazioni.

Tutte, poi, possiamo sperare in una rapida validazione del marcatore Ca125, a quel punto ci sarà un semplice esame del sangue fortemente predittivo. E i tempi potrebbero non essere tanto lunghi.

©RIPRODUZIONE RISERVATA©RIPRODUZIONE RISERVATA

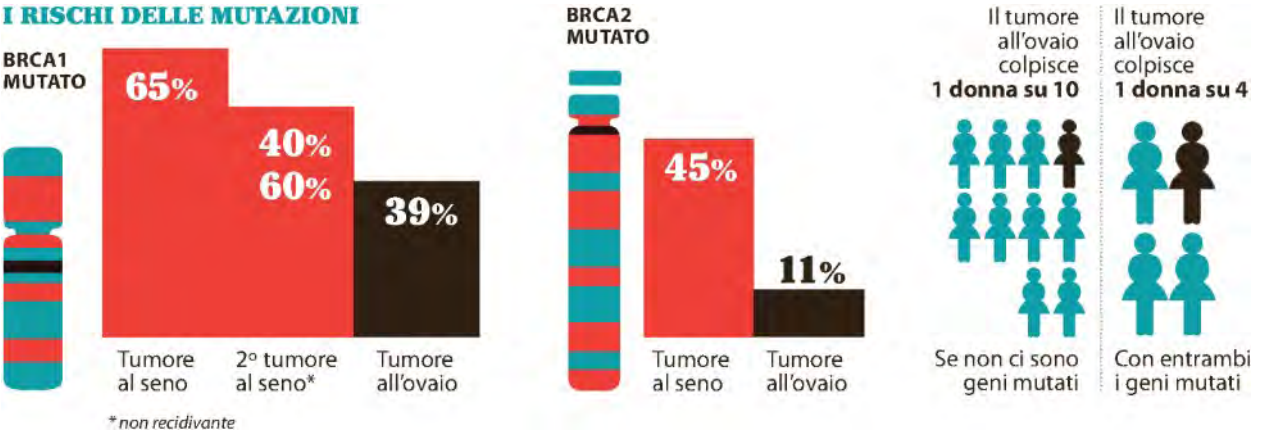
IL CASO

La pillola ti protegge

Le donne che hanno preso la pillola anticoncezionale negli anni scorsi oggi sono protette dal carcinoma ovarico. Lo hanno dimostrato i dati pubblicati dal gruppo di Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'Università di Milano, sugli *Annals of Oncology*, a conferma di molti studi meno sistematici degli ultimi anni. Il confronto tra i numeri del 2002 e quelli del 2012 sui dati di tutto il mondo provenienti dall'Oms ha mostrato che laddove la pillola si è diffusa c'è stata una diminuzione di mortalità specifica per carcinoma ovarico attorno al 10%, come in Europa, o addirittura superiore, come negli Stati uniti, dove si è registrato un -16%, mentre nei paesi dove la pillola non ha mai avuto successo il calo è stato inferiore. In Sud America, addirittura, accanto a un -6,9% dell'Argentina si registrano tassi in crescita in Brasile, Colombia, Messico, Cuba e Venezuela. Inoltre la diminuzione si è vista soprattutto tra le donne più giovani (tra i 20 e i 49 anni), a riprova dell'associazione con l'anticoncezionale. Le stime elaborate in base a questo modello prevedono che entro il 2020 ci sarà un ulteriore calo del 15% negli Usa e del 10% in Europa.

Oltre alla pillola, da anni si sa che anche le donne che hanno avuto figli e hanno allattato sono meno a rischio rispetto alle altre. Il legame tra ormoni e carcinoma ovarico è dunque ormai dimostrato (in particolare, il progesterone sembra esercitare un effetto protettivo), e infatti iniziano a esserci studi, per ora su animali, che indagano vari assortimenti ormonali in chiave profilattica, soprattutto per le donne più a rischio.

I RISCHI DELLE MUTAZIONI



*non recidivante

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Questo sito utilizza cookie tecnici e di profilazione propri e di terze parti per esigenze funzionalità e per inviarti pubblicità e servizi in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o negare il consenso a tutti o ad alcuni cookie clicca qui. Chiudendo questo banner, scorrendo questa pagina o cliccando qualunque suo elemento acconsenti all'uso dei cookie.
Accetto

I DATI DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE

«Amianto, 2.400 scuole a rischio e 350 mila studenti esposti»

Il ministero della Salute: ogni anno tremila casi di malattie collegate. Presentato il documentario di denuncia «Asbeschool». la campagna Asbesto 2.0», per una mappatura con i droni. Si parte da Avellino. A seguire, Pisa e Alessandria

di Antonella De Gregorio

(Ansa)

Scuole all'amianto: sono 2.400 in Italia, quelle contaminate dalla fibra killer, con 350mila studenti e 50mila insegnanti che ogni giorno le abitano, esposti in maniera più o meno intensa. Sono i dati forniti dall'Osservatorio nazionale amianto, diffusi lunedì dal Movimento 5 Stelle in un convegno alla Camera sui 25 anni dalla legge sull'amianto. Numeri confermati dal Censis e dal rapporto di Legambiente sulla qualità dell'edilizia scolastica: circa il 10% delle scuole presenta amianto nelle strutture.

«Asbeschool» un film

Nel corso del convegno è stato proiettato il documentario «Asbeschool - stop amianto a scuola», di Stefania Divertito, con la regia di Luca Signorelli: un viaggio nelle scuole italiane a rischio. Un film-denuncia sulla situazione caotica di codici e leggi che regolamentano il monitoraggio dell'amianto: più di 400, che una proposta di legge governativa vuole armonizzare in un testo unico.

I dati

Perché nonostante l'Italia abbia una legge all'avanguardia - la 257 del 1992 - non è ancora pienamente applicata. Intanto perché la mappatura è incompleta (secondo il ministero dell'Ambiente i siti a rischio mappati sono 53mila, ma molti sfuggono al censimento: la Calabria, per dire, fino al 2014 non aveva mai fornito dati e ancora li comunica incompleti). Per l'Ispra, l'istituto di ricerca del Ministero dell'Ambiente, sono 380 i siti più a rischio, con amianto friabile. E poi perché per bonificare servono risorse, che spesso

CORRIERE DELLA SERA

L'ACCORDO UE

Austria: usciremo dal piano ricollocamenti dei migranti

di Redazione Online

TRAGEDIA A TRENTO

Uccide i figli a martellate, poi si getta da una roccia
Foto | Video | Ricostruzione

di Claudio Del Frate

FROSINONE

Emanuele, ucciso a sprangate: nove indagati

di Rinaldo Frignoni e Antonio Mariozzi

MILANO, INTERROGATO DUE ORE DAL GIP

L'ortopedico arrestato: «Fatemi operare, è la mia vita» Le immagini | Il video

di Redazione Milano Online

AMERICA

Gentiloni incontrerà Trump in Usa il 20 aprile

di Marco Galluzzo

non ci sono; e mancano anche discariche specializzate.

HiQPdf Evaluation 03/27/2017

Tubi e pareti

Il documentario proiettato a Roma, finanziato con il crowdfunding, racconta di una scuola romana dove un semplice intervento di manutenzione ha fatto scoprire che nelle mura e nei pavimenti c'è amianto. Ma anche l'esempio virtuoso della Sardegna, esempio positivo per le politiche intraprese negli ultimi anni, come il monitoraggio regionale voluto dalla Giunta in carica, ma che pure non è priva di emergenze; come quella dell'istituto comprensivo Grazia Deledda di Oristano: l'amianto è un po' ovunque ed è vietato anche affiggere quadri alle pareti o fare lavori di banale manutenzione, che devono essere eseguiti da ditte specializzate.

La malattia

Il ministero della Salute ha reso noto che sono circa 3.000 i nuovi casi all'anno di malattie in Italia legate a questo materiale. Di queste, 1.300 sono i casi di mesotelioma, tumore al polmone spesso mortale, causato proprio dall'amianto. sottostimato secondo la onlus Osservatorio nazionale dell'amianto (Ona) il cui presidente, Ezio Bonanni, ha parlato al convegno di almeno 6.000 nuovi casi ogni anno in Italia di malattie legate all'esposizione a questo materiale: 1.800 di mesotelioma, 3.600 di tumori al polmone e 600 di asbestosi (fibrosi polmonare legata all'amianto). Questo senza contare i casi di tumore alla laringe e alle ovaie, legati spesso all'esposizione. Nel registro italiano dei tumori, figurerebbero 62 morti tra gli insegnanti per questo tipo di malattia. Tutti i relatori hanno messo in luce la carenza di discariche in Italia per l'amianto, cosa che blocca le bonifiche, e la mancanza di una mappatura completa dei siti a rischio.

Mappatura

Lunedì è stato anche presentato ad Avellino «Asbesto 2.0», il progetto di mappatura dell'amianto nelle scuole che venerdì 31 verrà presentato a Pisa ed Alessandria: nelle tre città pilota partirà un programma per la mappatura dell'amianto nato da un protocollo d'intesa firmato dal ministero dell'Ambiente e dalla Struttura di missione per l'edilizia scolastica della Presidenza del Consiglio dei ministri. La novità, spiega una nota di questo organismo, è il ricorso a tecnologie di telerilevamento, mediante l'utilizzo di droni dotati di telecamere ad alta risoluzione. I risultati del progetto forniranno, per la prima volta, un quadro omogeneo e scientifico del fenomeno a livello nazionale.

27 marzo 2017 (modifica il 27 marzo 2017 | 17:56)
© RIPRODUZIONE RISERVATA

LEGGI I CONTRIBUTI SCRIVI

ALTRE NOTIZIE SU CORRIERE.IT

Su Living

Cucina piccola, ma spettacolare

Racconti di Cucina

Ogni venerdì una nuova videoricetta

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 5
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

PROPOSTE&PROPOSTE

Una ministra ticket-free

Lorenzin: «Abbiamo tre strade, ma va sconfitta l'evasione»

La riforma della compartecipazione alla spesa rientra nell'agenda della politica sanitaria e già questa settimana potrebbe esserci un primo incontro, almeno un approccio sul tema, tra la ministra e gli assessori. Ma sarà una partita tutta in salita. Anche se Beatrice Lorenzin continua a premere sul tasto, fino a ipotizzare l'abolizione tout-court dei ticket, con entrate da compensare con la spending review locale. Ma ci sarebbero altre due "strade", dice la ministra. Che sa bene però, e che infatti lo ammette: «Il problema sono gli evasori fiscali».

INTERVISTA A PAG. 5

Lorenzin ticket-free: «Se non ci fossero evasori...»

E sui Lea per i governatori ci sono carota e bastone

> *La mia preoccupazione è che ogni riforma si traduca in realtà in tutto il territorio nazionale in prestazioni e nel miglioramento dei servizi. E sto già pensando ai prossimi passi*

«Attuare i Lea in tutta Italia per me è un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Le Regioni inerti possono rischiare fino al commissariamento». Più che soddisfatta per l'entrata in vigore dei nuovi Lea, la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, già guarda avanti. A partire dalla riforma dei ticket, per la quale sono allo studio tre ipotesi, tutte però ancora da verificare con l'Economia e con i governatori. Col nodo finora inestricabile dei furbetti del ticket, che poi sono i soliti evasori fiscali. Populismo pensare di abolire i ticket proprio a due passi dalle elezioni di febbraio? «Il populismo lo lasciamo a chi vive di slogan», ribatte la ministra. Che promette: «Dobbiamo aiutare le fasce più deboli della popolazione».

Ministro, in due giorni sono arrivate in Gazzetta prima la legge sul rischio clinico e subito dopo il Dpcm con i nuovi Lea. Un risultato storico, non ha perso tempo a twittare.

Diciamo che è stata una coincidenza. Ma il risultato è storico di per sé. E testimonia nei fatti dell'attività riformatrice degli ultimi tre anni e mezzo. Ora sono operativi i nuovi Lea, il nuovo Nomenclatore, il rischio clinico, il Piano vaccini. Presto ci sarà la legge per gli Ordini professionali, che dovrebbe arrivare in aula alla Camera in aprile. Senza dimenticare il tavolo sulla formazione dei medici e delle professioni sanitarie. Si sta realizzando in pieno il Patto della salute con la revisione dei piani di rientro dal deficit degli ospedali. Ciò che abbiamo seminato sta maturando ed entra nella vita dei cittadini. È questo che mi preme di più.

Poi però le leggi vanno attuate, e non saranno esattamente rose e fiori...

La mia preoccupazione oggi è che ogni riforma si traduca effettivamente in realtà in tutto il territorio nazionale in prestazioni e nel miglioramento dei servizi. E poiché non mi piace restare ferma, sto già pensando ai prossimi passi.

Per esempio?

Per esempio, tanto per cominciare, la riforma dei ticket, come farò riaprendo il tavolo di lavoro con le Regioni. Ma anche quelle dei commissariamenti e della formazione del personale. Abbiamo tanti obiettivi, mi creda.

Intanto, la bellezza di 15 anni dopo i Lea cambiano.

In verità per il Nomenclatore della specialistica ci sono voluti 20 anni. Un'eternità quando si parla della salute della gente. Ma l'importante è che ce l'abbiamo fatta. Con un finanziamento che è di un miliardo, perché per i vaccini nei Lea la dote è aumentata di altri 100 milioni. Senza scordare che non si dovranno aspettare altri 16 anni: l'aggiornamento d'ora in avanti sarà annuale.

Sperando, ripeto, che i Lea siano attuati dappertutto e non in ordine sparso dalle Regioni. Perché poi è anche da questi particolari, chiamiamoli così, che si giudica un giocatore...

Certamente, è infatti quello che faremo. Per me rappresenta un impegno e un atto di responsabilità verso i cittadini. Abbiamo costituito con Agenas una commissione di verifica e controllo, con l'apporto dei Nas, che ogni tre mesi farà il punto sullo stato di attuazione dei Lea. Poi ogni volta pubblicheremo i dati sul nostro sito e li manderemo al Parlamento.

E chi non li attua, questi benedetti Lea, cosa rischia?

Vedremo quali provvedimenti eventualmente prendere, senza dimenticare che lo Stato può azionare i poteri sostitutivi. Vorrei però intendere i controlli non come uno strumento punitivo, ma propositivo per aiutare le Regioni nell'attuazione e capire dove e se ci sono criticità.

Nuovi Lea significano anche meno ricoveri?

L'efficienza del sistema porta sempre alla riduzione dei ricoveri soprattutto se e quando sono inappropriati. Se calano i ricoveri e cresce il livello delle prestazioni, è un bene per i pazienti.

Diceva dei ticket, ministro: cambiare non sarà facile, cancellarli - valgono 3 miliardi - farà drizzare i capelli al ministro Padoan e ai governatori. Non sarà esattamente una passeggiata. Tanto più che la riforma si innesterebbe nel bel mezzo di una delicata fase politica, giusto verso le elezioni di febbraio.

Guardi, abbiamo tre strade davanti. La prima è quella del Patto della salute che prevede una revisione della compartecipazione in base ai componenti familiari, ai nuovi lavori o magari al lavoro che si perde, ma a parità di gettito. La seconda strada è quella di immaginare che con un efficientamento della spending review, ma non con tagli, si possano recuperare gli sprechi e river-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 5
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sare le risorse nel sistema, eliminando i ticket.

La terza strada?

È quella di rivedere il modo in cui li raccogliamo, i ticket, e di vincolare le risorse alle famiglie numerose, alla socio-assistenza, alle persone fragili e in difficoltà. Il problema è che sono sempre gli evasori fiscali a non pagare il ticket. Ed è lì che dobbiamo agire. Per spendere, in tutti e tre i casi, in modo equo ed efficiente.

Però la hanno subito accusata di populismo, ministro.

Ma suvvia, quale populismo. Il populismo lo lasciamo a chi vive di slogan. Si tratta di vedere chi davvero paga i ticket, dove e perché ci sono sperequazioni. La sfida è destinare le risorse alle fragilità. Se questo è populismo... *(r.tu.)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

28-MAR-2017
da pag. 3
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Intervento di 12 deputati

Perché queste Dat devono cambiare Per scienza e coscienza

Alla fine, quelli che da anni, in nome di una strana idea di progresso, spingono affinché nel nostro Paese chiunque possa scegliere come e quando morire, trasformando questa libertà in diritto, sono riusciti a imprimere un'accelerazione ai lavori parlamentari, portando il testo di legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) in Aula.

A PAGINA 3 L'INTERVENTO FIRMATO DA 12 DEPUTATI DI DIVERSO SCHIERAMENTO

Fine vita: ragioni di scienza e coscienza di diversi deputati

PERCHÉ QUESTE DAT DEVONO CAMBIARE

Gli ospiti

Caro direttore,
alla fine, quelli che da anni, in nome di una strana idea di progresso, spingono affinché nel nostro Paese chiunque possa scegliere come e quando morire, trasformando questa libertà in diritto, sono riusciti a imprimere un'accelerazione ai lavori parlamentari, portando il testo di legge sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) in Aula.
Quanti come noi si dichiarano contrari a questo provvedimento sono accusati di essere "clericali", soltanto perché siamo fermamente e laicamente convinti che una legge sul fine vita debba saper coniugare tutela della vita, libertà della persona e dignità umana, princìpi comuni a credenti e non credenti, profondamente laici, e sanciti proprio nella nostra Carta Costituzionale. Soltanto perché abbiamo scelto di difendere le fondamenta di tutta la nostra civiltà e del nostro diritto positivo che si basano sul principio che la libertà personale, in un contesto sociale, incontra inevitabilmente dei vincoli. È l'art. 32 della Costituzione a parlare dell'autodeterminazione del soggetto, imponendo al medico l'obbligo di informare il paziente sui trattamenti più appropriati, facendo espressamente riferimento alla possibilità di rinunciare a determinate cure e trattamenti sanitari. È l'art. 2 della Costituzione a disciplinare l'inviolabilità della vita. È dalla nostra Costituzione che deriva il divieto di ogni forma di eutanasia, di omicidio del consenziente e di assistenza o aiuto al suicidio, sanzionati agli articoli 575, 579, 580 del codice penale. Quanto al concetto di dignità, la domanda che ci poniamo è: chi può dire che la dignità è caratterizzata solo dalla capacità di produrre economicamente o di relazionarsi socialmente? Che società è quella che vuole negare alle persone che vivono una disabilità grave e che sono soltanto persone più fragili, maggiormente bisognose di affetto e di assistenza, la loro dignità? È la mancata tutela di questi princìpi, è l'assenza della giusta combinazione tra inviolabilità della vita, libertà della persona e dignità umana a vederci contrari fino all'ultimo voto. Non abbiamo mai pensato di negare il diritto di ognuno di decidere di non sottoporsi o di sospendere determinate terapie, anche se quella scelta gli costerà la vita perché, in tal caso, avrà pur sempre scelto di morire, ma lasciando fare alla patologia il suo decorso infausto. Ben altra situazione è, invece, quella prevista agli articoli 1 e 3 della proposta di legge, in cui si vuole elevare a diritto la pretesa che sia il Servizio sanitario a condurci alla morte, a prescindere dall'evoluzione di una patologia, sospendendo anche sostegni vitali, quali sono idratazione e nutrizione assistite. Si è liberi di rifiutare le cure, si è liberi di scegliere di vivere o di morire, ma non si è liberi di pretendere che sia lo Stato ad assisterci nel suicidio.
Il testo disciplina il diritto di una persona di esprimere le proprie indicazioni sui trattamenti sanitari a cui vorrà o non vorrà essere sottoposto in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi. Ma dimentica che si tratta di indicazioni espresse "ora per allora"; finge di dimenticare la vulnerabilità della natura umana, di ignorare che spesso le nostre convinzioni sul senso della vita e della morte cambiano con il passare degli anni, che sono influenzate dallo stato emotivo e psicologico del presente che è per definizione mutevole. Ecco perché, riteniamo che la Dat scritta "ora per allora", in un momento storico particolare della vita personale del paziente ha necessità di essere attualizzata, anche alla luce dei progressi della medicina. Il medico deve riaprire il dialogo con un familiare, un fiduciario, una persona che rappresenti il paziente per comprendere cosa avrebbe potuto decidere alla luce delle nuove conoscenze. Il rapporto di reciproca comprensione e l'alleanza tra il medico e il paziente, alla base di qualsiasi scelta non si deve interrompere, deve continuare attraverso persone di sua fiducia. Il medico non può essere tenuto a ottemperare supinamente alle indicazioni del paziente, quando queste sono contrarie alle proprie conoscenze scientifiche e alla propria coscienza professionale. Questa proposta di legge in maniera assurda e superficiale non indica quando le Dat iniziano ad acquistare efficacia,

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 137.738
Diffusione 12/2016: 120.029
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

28-MAR-2017
da pag. 3
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

non facendo i dovuti distinguo tra condizioni cliniche differenti, tra perdita di coscienza transitoria e definitiva, tra le patologie che portano inevitabilmente alla morte e quelle che, pur gravissime, possono essere curate. In assenza di sostanziali modifiche, non voteremo un testo di legge che configura le Dat come fossero incise su una pietra, che non restituisce al medico il ruolo che gli è proprio e che apre le porte all'eutanasia omissiva, interrompendo i sostegni vitali. Questo strano progresso che porta con sé un'idea di libertà assoluta che ha come unica frontiera di conquista il diritto all'anticipazione della morte, a dire il vero, non può che trovare il nostro dissenso.

Raffaele Calabrò *(Alternativa Popolare)*, **Paola Binetti** *(Udc)*, **Rocco Buttiglione** *(Udc)*, **Giovanni Falcone** *(Partito Democratico)*, **Benedetto Fucci** *(Conservatori - Riformisti)*, **Gian Luigi Gigli** *(Democrazia Solidale - Centro Democratico)*, **Domenico Menorello** *(Civici Innovatori)*, **Eugenia Roccella** *(Usei-Idea)*, **Alessandro Pagano** *(Lega Nord)*, **Antonio Palmieri** *(Forza Italia)*, **Mario Sberna** *(Democrazia Solidale - Centro Democratico)*, **Francesco Paolo Sisto** *(Forza Italia)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

Il manager dei governatori

I punteggi, i curricula, i titoli formativi, la valutazione, i tempi per la verifica. E quella fatidica "rosa". Scusateli, s'erano tanto sbagliati. E non solo per quell'inezia - diciamo così - dello scavalcamento dell'Intesa costituzionalmente prevista. E sì, perché per l'Albo (e la scelta) di lor maestà (si fa per dire) manager della Sanità pubblica, il Governo deve ricominciare. O quasi. E lo stesso Albo (d'oro?) dei dg farà tappa a ottobre. Con tutti i cambiamenti del caso. Non che tre o sei o quanti siano i mesi in più, cambieranno di chissà quanto le sorti magnifiche e progressive del Ssn. Ma certo che l'infortunio della doverosa modifica del primo schema di dlgs, andata in porto venerdì scorso in Consiglio dei ministri, la dice lunga. Dapprima perché l'infortunio Madia-Lorenzin della prima ora di bypassare l'Intesa con i governatori, è stata qualcosa in più di una gaffe. E poi perché anche la prima proposta di correzione di qualche mese fa è andata al macero. Insomma, altro che manager col timbro della trasparenza. La trasparenza, per prima cosa costituzionale, va mostrata anzitutto da chi dice di volerla fare e pretendere. (r.tu.)

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 340.745
Diffusione 09/2016: 239.605
Lettori Ed. II 2016: 2.162.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica Salute

Dir. Resp.: Mario Calabresi

28-MAR-2017
da pag. 11
foglio 1
www.datastampa.it

Associazioni

Perchè Big Pharma finanzia i pazienti. I dubbi sul conflitto d'interessi

> CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

BIG PHARMA FINANZIA I MALATI DEVONO DIRCI COME USANO I SOLDI

IL 2 MARZO 2017 sono stati pubblicati sul *Nejm* i risultati di uno studio sulle organizzazioni Usa a difesa dei malati. Tra le 104 maggiori organizzazioni, 83% ha ricevuto finanziamenti da industrie farmaceutiche o produttori di dispositivi medicali. Almeno il 39%, inoltre, ha in consiglio di amministrazione un dirigente che lavora in tali industrie o ci ha lavorato. Il 41% dei medici coinvolti nelle associazioni è stato pagato dall'industria sponsor. Il 39% delle organizzazioni ha ricevuto almeno un milione di dollari all'anno. Molte (88%) hanno pubblicato i nomi dei donatori nella relazione annuale o sul web. Queste liste, tuttavia, sono insufficienti per valutare i conflitti d'interesse, cosa che richiede la conoscenza dei diversi importi e gli usi cui sono stati destinati. La divulgazione di queste informazioni è scarsa. Più della metà (57%) delle 104 organizzazioni ha comunicato importi e donazioni ricevute, ma è stata generiche sugli usi, chiariti nel 10% dei casi. Solo il 12% ha pubblicato linee guida per la gestione dei conflitti d'interesse. In Francia sono state emanate leggi che obbligano le industrie a pubblicare i finanziamenti a favore di organizzazioni a tutela dei pazienti. In Italia Farmindustria pubblica i dati, ma non basta a capire. Le raccolte con Sms e TV non informano su quanto sia stato raccolto, come si usano i soldi, chi è pagato, quanto e per fare cosa. Quando un'organizzazione che tutela i malati destina loro il 30% della raccolta, spendendo il resto in stipendi e rimborsi, la sua credibilità è zero. Donate con attenzione e solo a chi spende l'80% almeno della raccolta per i malati per cui lavora, non per il proprio stipendio o benefit.

camici.pigiami@gmail.com

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1
www.datastampa.it

Il Piano Aifa e la carica dei super farmaci

Sono in arrivo nuovi farmaci di ultima generazione contro l'Epatite C, che garantiranno trattamenti ancora più rapidi ed efficaci per l'eliminazione del virus. Tanto che l'Agenzia del Farmaco ha fatto il punto in un incontro per presentare i nuovi criteri per l'accesso ai farmaci di seconda generazione, definiti dall'Aifa in accordo con le Società scientifiche. Il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, **Mario Melazzini** ha poi ribadito i passi avanti al tavolo della negoziazione per la rimborsabilità e la fissazione del prezzo del farmaco Epclusa (sofosbuvir/velpatasvir) per il trattamento di tutti i genotipi della patologia. «Sono ancora aperte le trattative con le aziende farmaceutiche per la definizione dei prezzi dei nuovi farmaci di seconda generazione per il trattamento dell'epatite C e la quasi totalità delle aziende, tranne una, ha risposto in modo positivo», ha affermato Melazzini, sottolineando come i principi alla base della negoziazione siano ricondotti alla «sostenibilità della spesa per il Servizio sanitario nazionale e al raggiungimento di prezzi etici». «Le trattative sono ancora aperte e la prossima settimana - ha spiegato Melazzini - negozieremo anche il prezzo di un nuovo farmaco pan-genotipico per il trattamento di tutti i genotipi del virus Hcv. Si parte - ha precisato - da prezzi molti più bassi rispetto a quelli dei farmaci finora in uso». I prezzi finali dei nuovi farmaci, ha concluso Melazzini, «saranno etici e sostenibili e, soprattutto, le Regioni sapranno in modo preciso quanto costerà ogni singola terapia». Attualmente, i super farmaci disponibili per il trattamento dell'epatite C sono sei: tra questi i più noti Sovaldi e Harvoni. La durata della terapia è variabile: 8, 12, 24 settimane e, in alcuni casi, 48 settimane di trattamento. Gli attuali centri abilitati alla prescrizione dei farmaci sono 226 in Italia. C'è comunque la possibilità di ampliarli a 273, in accordo con le Regioni, nel caso in cui si ritenesse necessario. L'incremento dei trattamenti, sottolinea inoltre l'Aifa, sarà facilitato dal fatto che, per curare forme meno gravi della patologia saranno disponibili cicli di trattamento più brevi (anche 8 settimane) rispetto a quelli utilizzati negli stadi più gravi. Come noto, il Piano di eradicazione prevede l'accesso ai trattamenti per 240mila pazienti in tre anni e per renderlo possibile è stato reso strutturale un fondo dedicato di 1 miliardo e mezzo di euro (500 milioni annui). L'accesso a un maggior numero di pazienti dipenderà dalla disponibilità delle aziende produttrici a contrattare prezzi più bassi per il Ssn. Per i nuovi farmaci sarà necessario che si trovi un accordo su un prezzo inferiore rispetto a quelli utilizzati finora e dal momento che alcuni di essi non dovranno essere utilizzati in associazione ad altri farmaci, ci sarà una riduzione del costo unitario dell'intero ciclo di cura. Finora sono stati avviati ai trattamenti 70.698 pazienti, sulla base di sette criteri di rimborsabilità che hanno previsto l'accesso modulato dei malati in base all'urgenza clinica. Con i nuovi 11 criteri sarà però possibile trattare tutti i pazienti per i quali è indicata e appropriata la terapia.

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 27 MARZO 2017

Da qui al 2035 serviranno 100mila sanitari in più, oltre al turn over. Soprattutto infermieri e professioni sanitarie. Troppi invece i farmacisti. Mentre per i medici 'basterà' rimpiazzare chi va in pensione. I dati del tavolo al Ministero

Conclusa la prima fase di analisi dei fabbisogni delle 30 professioni sanitarie che operano nel settore dell'assistenza. La prossima tappa è la determinazione del numero di posti a bando nelle Università per il 2017-2018, ma le proiezioni analizzano domanda e offerta fino al 2035 e mostrano un fabbisogno di circa 100mila operatori sanitari in più rispetto agli attuali, sia nel pubblico che nel privato. Ma medici e farmacisti fanno eccezione. Per i primi il turn over sarà sufficiente a garantire il fabbisogno mentre i secondi rischiano un alto numero di disoccupati se non si porrà freno agli accessi universitari.

Nei prossimi venti anni (fino al 2030-2035) al Servizio sanitario, pubblico e privato che sia, serviranno almeno 100mila professionisti in più secondo i calcoli delle Federazioni e delle associazioni che li rappresentano. Quasi tutti concentrati nelle professioni sanitarie dei cosiddetti "profili": infermieri, tecnici sanitari, della riabilitazione ecc. Ma le Regioni frenano e secondo le loro stime il numero attuale, al massimo con circa 5mila unità in più in media, va bene così.

La situazione però non è uguale per tutti. La richiesta più alta è quella degli infermieri, che rappresentano anche la professione più numerosa e che arriva a chiedere oltre la metà dei 100mila nuovi professionisti per far fronte alle necessità emergenti del territorio. I medici frenano le nuove richieste e, semmai, spingono per avere più posti nelle specialità e lo sblocco del turn over senza il quale, essendo la professione più "anziana", di qui a pochi anni rischiano un'emorragia di oltre 30mila professionisti senza sostituzioni. I farmacisti d'altro canto vorrebbero una marcia indietro: troppi laureati che fanno prevedere una disoccupazione tra venti anni di oltre 60mila unità: al massimo tra venti anni ne servirebbero 2-3000 in più mentre ora se ne laureano circa 4000 ogni anno.
E il ministero della Salute media, analizzando il rapporto offerta attuale-domanda prevista anche in base alle nuove esigenze demografiche ed epidemiologiche.

Questo, in sintesi, il quadro generale delle previsioni di fabbisogno dei professionisti sanitari e del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie per il 2017-2018, proiezioni possibili della domanda al 2030-2035 comprese, su cui è stato fatto il punto tra professioni, Regioni e ministero della Salute.

Oggi ci sono quasi 1,2 milioni di professionisti "attivi" nell'assistenza – pubblica e privata - di cui più della metà alle dipendenze del Ssn. E quasi tutte le professioni che al 2030-2035 stimano una crescita della domanda, argomento questo su cui le Regioni sono più caute tanto che per il prossimo anno accademico le richieste di posti a bando nelle Università sono quasi sempre più basse da parte da parte loro rispetto ai calcoli delle professioni, in alcuni casi con valori anche del -50% e, in pochi casi con richieste perfino maggiori da parte delle amministrazioni locali di quelle delle associazioni professionali.

Il meccanismo delle richieste.Tra le cinque professioni-pilota della Joint Action europea "Health Workforce Planning and Forecasting", il programma avviato sperimentalmente lo scorso anno, concluso a giugno con un'Accordo Stato-Regioni che lo ha recepito (e che a livello europeo ha messo in evidenza una carenza nel 2020 di circa un milione di professionisti), i medici chiedono meno iscritti ai corsi di laurea, ma più posti per

colmare il vuoto che si sta creando in alcune specializzazioni.

Gli infermieri al contrario puntano a un maggior numero di laureati per rinnovare gli organici e aprire nuovi spazi sul territorio dove per ora le strutture sono sguarnite.

I farmacisti vorrebbero invece chiudere le porte dell'Università per evitare di qui al 2030-2035 un tasso altissimo di disoccupazione. I dentisti lamentano la crescita della disoccupazione vorrebbero dare un freno alle iscrizioni ai corsi di laurea, anche contro le ipotetiche previsioni di fabbisogno formativo in aumento a livello regionale.

Le ostetriche chiedono un aumento delle iscrizioni ai corsi di laurea nella prospettiva dell'accoglimento di loro richieste sulla non dismissione tout court dei punti nascita con pochi parti che considerano articolazioni comunque importanti sul territorio e sulla possibilità che la loro figura professionale trovi maggiori spazi all'interno dei servizi con ampliamenti di compiti e funzioni sia per quanto riguarda le gravidanze, sia per il supporto alle donne in situazioni patologiche.

Questo, in sintesi, il quadro delle previsioni di fabbisogno dei professionisti sanitari e del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie per il 2017-2018, proiezioni possibili della domanda al 2030-2035 comprese, su cui è stato fatto il punto tra professioni, Regioni e ministero della Salute.

Proiezioni al 2035. Un quadro che non si ferma, come tradizionalmente accade, al prossimo anno accademico, anche se per il 2017-2018 la Salute dovrà consegnare al Miur le sue previsioni entro il mese di aprile, ma, sfruttando il lavoro svolto e in progress nell'ambito della Joint Action europea, si allarga fino ad analizzare domanda, offerta e fabbisogni nei prossimi 15-20 anni espandendo l'analisi dalle cinque professioni pilota a tutte le altre professioni sanitarie, siano esse con la regola del "3+2" (laurea triennale abilitante alla professione e biennio magistrale) siano con i corsi di laurea magistrale di almeno cinque anni (comprese quelle la cui laurea triennale non abilita subito alla professione, come ad esempio i biologi).

L'analisi e il confronto si sono articolati quindi a partire dall'accordo Stato-Regioni di giugno 2016, su trenta professioni, partendo dal versante dell'offerta per proiettare anche in base all'epidemiologia e alla demografia i fabbisogni sulla reale domanda di qui ai prossimi quindici-venti anni: aumenta la popolazione anziana che passa dai 13,2 milioni del 2015 ai 18,3 nel 20135, scende quella pediatrica da 8,6 milioni nel 2015 a 7,9 nel 2035.

E per alcune professioni – come le ostetriche ad esempio – si è analizzato anche il trend della popolazione di genere, con un aumento tra il 2015 e il 2035 della popolazione femminile da 31,7 a 32,8 milioni di unità, ma la riduzione delle donne in età fertile da 14,1 a 12,4 milioni.

La popolazione in assoluto varierà in dieci anni (tra il 2020 e il 2030) con aumenti del 6% circa in Emilia Romagna, Trento e Bolzano, del 4% circa Umbria, Lombardia, Veneto, Marche, Lazio, del 2% in Abruzzo e dell'1% in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Piemonte e riduzioni fino al 5% in Basilicata del -3% in Calabria, Molise, Puglia e Campania, del -2% in Sardegna e Sicilia e del -1% in Liguria.

L'iter del programma. Dai dati raccolti nell'analisi l'equilibrio in realtà non c'è attualmente per nessuna professione e anche il punto di vista delle professioni è diverso molto spesso da quello delle Regioni a cui spetta la programmazione.
Ma il lavoro svolto dalla direzione generale delle professioni del ministero della Salute non ha sicuramente precedenti e per la prima volta si è giunti a un quadro completo della forza lavoro del Ssn e delle sue possibilità di sviluppo futuro in funzione della domanda.

L'iter prevede ora che il ministero della Salute delinei una bozza di accordo Stato-Regioni per il 2017-2018 e che il ministro della Salute lo invii alla Conferenza per l'intesa, ma la traccia del prossimo anno accademico e le indicazioni emerse dall'analisi dei dati sul rapporto domanda/offerta dovrebbe essere quella da seguire anche gli anni successivi.

Per comprendere meglio il meccanismo, si possono analizzare nel dettaglio le motivazioni e gli andamenti delle tre professioni attualmente più numerose – nell'ordine infermieri, medici e farmacisti – da cui emergono ragioni diverse per le richieste e per il rapporto domanda-offerta.

L'esempio dei medici. Per i medici le considerazioni partono dalla riduzione di organici legata al blocco del turn over e alla revisione della rete ospedaliera e dalle stime sulla disoccupazione che tra dipendenti e

convenzionati si aggirano tra le 10mila e le 16mila unità. Il problema è anche che i neolaureati devono anche fare i conti con posti di specializzazioni che a fronte di 13.800 domande lo scorso anno hanno avuto 6.300 posti disponibili.

La richiesta della FnomCeO tiene poi in considerazione la domanda futura in base alla popolazione residente, lo sviluppo demografico e quello epidemiologico, l'influenza di altri fattori come i Lea, il possibile trasferimento di competenze ad altre professioni sanitarie, lo sviluppo scientifico e tecnologico, che potranno modificare il fabbisogno medico qualitativamente e quantitativamente. Per questo la richiesta è di un fabbisogno formativo per il 2017/2018 di 8.400 accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia, in riduzione rispetto all'anno precedente.

Secondo le proiezioni, a fronte di un numero di professionisti attivi nel 2015 di circa 297mila unità, la richiesta della Federazione ridurrebbe il totale a poco più di 269mila, ma, come detto, questo avverrebbe per lasciare spazio a una maggiore disponibilità nelle scuole di specializzazione.

L'esempio degli infermieri. La Federazione Ipasvi ad esempio prevede un aumento nei prossimi 13 anni della domanda di infermieri da 370 mila a 440 mila nei servizi pubblici, ma non solo, legato ai maggiori bisogni sul territorio dovuti all'innalzamento dell'età, alla sempre maggiore incidenza della non autosufficienza e delle cronicità, alla richiesta in crescita di assistenza domiciliare anche per dare continuità assistenziale alle fasi post ricovero.

Per questo ha chiesto per l'anno accademico 2017-2018 iscrizioni per 18.516 posti a bando nei corsi di laurea, considerando non solo i professionisti dipendenti dal Ssn, ma i liberi professionisti e chi lavora nelle strutture private. In assenza di misure di revisione degli organici però, secondo le proiezioni sui servizi pubblici un incremento di posti a bando di questo tipo porterebbe nel 2025-2030 a un esubero di circa 45-50.000 infermieri. E per questo, anche a fronte della richiesta delle Regioni – comunque in aumento –, molto probabilmente ci si assesterà per il 2017-2018 tra i 12mila e i 14mila nuovi iscritti.

L'esempio dei farmacisti. Diverso approccio quello dei farmacisti. La Fofi considera che dieci anni fa si aveva una media di 1.600 laureati l'anno, mentre nel 2014 si raggiungevano già i 4.000. Secondo la Fofi il fabbisogno reale è addirittuta pari a "0", mentre per le Regioni si dovrebbe assestare intorno agli 800. Da qui la decisone del ministero di approfondire la questione ai fini dell'esatta valutazione del fabbisogno per i farmacisti.

Proiettando la stima a venti anni, nel 2040 si avrebbero oltre 60mila disoccupati e anche se per il 2017-2018 si prevedessero zero accessi ai corsi di laurea, nel 2035 gli esuberi (disoccupati) sarebbero almeno 8.000 e nel 2040 oltre mille. Inoltre la Federazione ragiona sull'età media dei farmacisti, molto bassa rispetto alle altre professioni - circa 43,9 anni – con poche fuoriuscite quindi dal sistema nei prossimi dieci anni come accadrà ad esempio per i medici che hanno un'età media di almeno dieci anni (anche di più) più alta.

Attualmente i professionisti attivi sono circa 69.600 e secondo la Federazione le nuove esigenze epidemiologiche e demografiche ne potrebbero assorbire al massimo altri 2-3000 (fino a 72mila) di qui a venti anni. Troppi quindi gli attuali 4.000 laureati l'anno in più.

Chi non ha il numero chiuso. Le altre professioni con gli accessi a numero chiuso seguono lo stesso meccanismo previsto per quelle della sperimentazione della Joint Action europea, mentre per quelle che il numero chiuso non ce l'hanno (ad esempio biologi, chimici, fisici, psicologi) la situazione è diversa. Primo perché non c'è un parametro precedente di confronto. Poi perché in alcuni casi (i chimici ad esempio) si analizza solo la quota di professionisti che hanno a che fare con la materia sanitaria. Ma anche perché quasi per tutte queste professioni, si presenta un alto numero di disoccupati e molto spesso le lauree non corrispondono poi a un'effettiva attività nel settore specifico.

L'esempio sono gli psicologi: Iscritti all'ordine sono 100mila circa, attivi nella professione circa 40mila, i disoccupati almeno 20mila con proiezioni fino a 40mila. E vista l'età giovane (la maggior parte degli attivi è tra i 35 e i 45 anni) e l'età avanzata di pensionamento (i liberi professionisti lavorano in gran parte fino a 70-75 anni) non ci saranno prossime uscite consistenti dal mercato del lavoro.

Per queste professioni spesso – biologi e chimici ad esempio - la richiesta è di giocare la carta delle specializzazioni che consentirebbero ai professionisti di essere utilizzati secondo percorsi specifici e che sono ormai ferme da svariati anni, ma che comunque non rappresentano una necessità – come per i medici - per chiedere maggiori accessi ai corsi di laurea.

Professioni sanitarie: le forti differenze regionali. Le professioni sanitarie propriamente dette invece (le altre 21 oltre gli infermieri) scontano una fortissima diversità di organizzazione regionale dell'assistenza. Tanto che se per alcune di esse ci sono Regioni che chiedono aumenti di iscritti ai corsi di laurea a volte superiori perfino del 100% rispetto all'anno precedente, altre per la stessa professione chiedono una riduzione degli accessi. Ad esempio per i terapisti occupazionali il Trentino chiede aumenti del 296%.

Ovviamente tutto è commisurato alle unità di professionisti presenti sul territorio: se ce ne fosse una e se ne chiedessero tre l'aumento sarebbe comunque del 300 per cento. La Basilicata invece prevede una riduzione del 12 per cento. O ancora per i fisioterapisti (quarta professione come presenza numerica) le Marche ne chiedono il 12% in più, la Basilicata il 5% in meno; undici Regioni chiedono più professionisti, sei ne vorrebbero meno, per le altre va bene la situazione attuale.

Scelte e programmazione a lungo termine. L'ultima parola spetta ora al ministero della Salute e a quello dell'Università. La mappa dei fabbisogni che quest'anno sarà approvata in Stato-Regioni non rappresenterà più un semplice calcolo degli accessi ai corsi di laurea in base alle disponibilità didattiche – che restano comunque un paletto fermo nella determinazione dei posti a bando – ma per la prima volta potrà seguire un criterio di scelta ad ampio raggio e proiettato nel tempo, basato sul rapporto domanda-offerta e, quindi, in prospettiva, sul reale fabbisogno.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 12
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Proposte al rialzo da Fnomceo e Ipasvi per l'anno accademico 2017-18: trattative in corso sulle professioni

Medici, fabbisogni sulla graticola

Medicina e chirurgia: richiesti 8.400 posti - Per infermieristica 18.516 nuove iscrizioni

Fervono le trattative tra ministero della Salute, Miur, Regioni e categorie sui fabbisogni formativi delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2017-18 e sia per medici che per infermieri sono tutte al rialzo le proposte basate sul modello previsionale utilizzato già lo scorso anno nell'ambito del progetto Ue della «Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting». Per Medicina e chirurgia Fnomceo propone 8.400 accessi al corso di laurea. Un pugno di matricole in più rispetto allo scorso anno, con l'obiettivo di mantenere elevati standard di cura. Mentre l'Ipasvi segnala la necessità di 18.516 iscrizioni da parte di aspiranti infermieri. Calcoli legati al necessario potenziamento dell'assistenza sul territorio, delle cure domiciliari e della sfida cronicità. Sullo sfondo, per tutti, gli impatti dell'applicazione della direttiva Ue su orario di lavoro e riposi, che spingerebbe verso l'alto le stime sui fabbisogni presenti e futuri.

A PAG. 12-13

MEDICI/ La proposta sui fabbisogni formativi 2017-18 per il corso di laurea in Medicina e chirurgia

Fnomceo: servono 8.400 matricole

Le stime basate sul modello Joint action on Health workforce planning and forecasting

La stima del fabbisogno formativo per l'Aa 2017-2018, relativamente alla professione medica è pari a 8.400 accessi al cdl in Medicina e chirurgia.

Per definire la nostra stima abbiamo utilizzato il modello previsionale proposto già lo scorso anno dallo Steering commette nell'ambito del progetto pilota della Joint action on Health workforce planning and forecasting.

Tale modello si basa su un algoritmo che prende in considerazione dati condivisi presenti in alcune banche dati e utilizza parametri modificabili relativi a domanda e offerta di popolazione medica attiva. In base alle ipotesi di modifiche di tali variabili è possibile calcolare il n. di accessi necessario ai cdl in medicina e chirurgia capaci di assicurare un numero di laureati in grado di rispondere alla futura domanda.

In particolare ci è stato chiesto di valutare e apportare eventuali modifiche a due variabili presenti nel modello:

a) la variabile 2 relativa alla stima della domanda attuale e futura;

b) la variabile 8 relativa alla stima dei medici attivabili (medici già formati ma non ancora attivi).

Per quanto riguarda la stima della domanda (variabile 2) si ritiene opportuno fare in premessa alcune considerazioni.

■ Uno degli assunti del modello è che offerta e domanda attuali siano in equilibrio, per cui considerando l'attuale offerta di medici attivi, l'indicatore relativo alla domanda sarebbe attualmente pari a 480 medici per 100.000 abitanti residenti. Nell'ipotesi di una domanda definita da tale parametro anche nei prossimi anni, 2025-2030-2035,per avere un'offerta in equilibrio con la domanda attesa, sarebbe necessario un numero elevatissimo (e insostenibile per il nostro sistema universitario) di nuovi accessi al cdl magistrale in medicina. Solo a titolo di esempio per avere un equilibrio tra domanda e offerta nel 2025 sarebbe necessaria una popolazione medica attiva pari a 302.790: tenendo presente che gli inflow e gli out flow condizionanti l'offerta non sono modificabili sino al 2022, per avere un'offerta nel 2025 in grado di soddisfare la domanda attesa (a parametro 480) ci vorrebbero decine di migliaia di neo laureati da sfornare negli Aa 2023 e 2024!

■ L'attuale offerta di medici attivi, risultante dai dati del Cogeaps è, a nostro parere, di gran lunga eccedente la domanda reale per il nostro Sistema sanitario. Il numero dei medici professionalmente attivi secondo la banca dati Enpam per l'anno 2014 (che comprendeva tutti i medici professionalmente attivi sia nel settore pubblico che in quello privato) si attestava su circa 262.000 (pari a circa 425 medici per 100.000 abitanti).

■ Secondo gli ultimi dati dell'Oecd recentemente pubblicati (www.infodata.ilsole24ore.com), il tasso di popolazione medica attiva in Italia nel 2015 è pari a 3,9 medici per 1.000 abitanti: in Europa il nostro Paese è al 5° posto per densità di medici attivi dopo Grecia (6,29), Austria (4,9), Germania (4,05) e Svizzera (4,04), mentre la media dei Paesi dell'area euro è pari a 3,7.

■ Lo stock di popolazione medica attiva, per quanto riguarda il Ssn si sta progressivamente riducendo: secondo gli ultimi dati del conto economico del personale del Ssn, recentemente diramati dal Mef, indicano che nel solo 2015 c'è stata una riduzione di circa 1.900 dirigenti medici rispetto all'anno precedente, a causa del blocco dei turnover che ha determinato un notevole squilibrio tra cessazioni e nuove assunzioni; una certa riduzione si è avuta in parte anche nell'area del convenzionamento, laddove i medici andati in quiescenza non sono adeguatamente sostituiti.

■ La domanda futura, posta principalmente in relazione alla popolazione residente (in base allo sviluppo demografico e a quello epidemiologico), sarà comunque influenzata da diversi fattori: i Lea, i livelli essenziali organizzativi in grado di assicurare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale efficienza efficacia e sicurezza delle cure, il possibile trasferimento di competenze ad altre professioni sanitarie (task shift), lo sviluppo scientifico e tecnologico, fattori che potranno modificare il futuro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 12
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

fabbisogno medico sia sotto l'aspetto quantitativo che qualitativo. Risulta pertanto oltremodo difficile fare delle previsioni, anche se il trend attuale lascerebbe ipotizzare che, almeno per quanto riguarda il Ssn pubblico, si andrà incontro a una riduzione della domanda futura rispetto all'offerta di personale medico.

■ È pur vero che in una programmazione del sistema sanitario, non solo pubblico ma anche privato, occorre tener conto dei possibili sbocchi occupazionali rappresentati dalla libera professione: tuttavia nell'attuale situazione socio economica e nel quadro giuridico legislativo vigente, la libera professione sta diventando sempre meno appetibile per i giovani medici, ancor più in mancanza di un titolo di specializzazione.Rischia pertanto di avere poco senso aumentare costantemente il numero di accessi ai cdl in medicina (e quindi il numero dei futuri neolaureati) se parallelamente non si aumenta la disponibilità di posti nella formazione post laurea (rischio del cosiddetto imbuto formativo).

In base a tali premesse la stima relativa alla variabile 2 va modificata e il parametro della domanda attuale e futura diventa pari a 420 medici per 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda i mediciattivabili (variabile 8) la stima pari a 10.405, proposta lo scorso anno (relativa al 31 dicembre 2014!) nell'ambito del modello del progetto pilota, ci sembra notevolmente inferiore a quella reale: stiamo parlando di medici già formati e abilitati (in parte anche specializzati) che non sono ancora inseriti nel mondo del lavoro!

Non abbiamo né dati circa specifiche indagini regionali né dati che ci consentano di effettuare il confronto tra i professionisti laureati per ciascun anno solare suddivisi per anno di nascita e il numero di professionisti attivi altrettanto suddivisi per anno di nascita.

In un'altra comunicazione però viene suggerito di calcolare come possibile numero dei medici attivabili la differenza tra il totale dei medici abilitati con età a 40 aa (78.234 - dato Ced Fnomceo) e totale dei medici attivi con età a 40 aa (52.372 - dato Cogeaps). Secondo questa modalità di calcolo il totale di medici attivabiliè pari a 25.862

Anche in questo caso la stima relativa alla variabile 8va modificata e il numero dei professionisti medici già formati ma non ancora attivi diventa pari a 25.862.

Il nostro modello previsionale per il fabbisogno dei medici, tenendo conto delle modifiche proposte relative alle variabili 2 e 8 individua un fabbisogno formativo per l'Aa 2017-2018 pari a 8.400 accessi al cdl in medicina e chirurgia.Con tale numero di accessi, prevedibilmente sarà garantita anche negli anni futuri (2025, 2030 e 2035) un'offerta in grado di rispondere alla domanda attesa.

Ezio Casale
Comitato centrale Fnomceo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Lunedì 27 MARZO 2017

Ocse. Consultazione online sull'accesso sostenibile alle terapie innovative

Le proposte possono essere inviare fino al primo maggio compilando un form sul sito dell'Organizzazione. Sono incoraggiati a farsi avanti sia i singoli, sia le organizzazioni: le idee presentate saranno usate per preparare le raccomandazioni per i Paesi membri dell'Ocse.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) invita tutti gli stakeholder a trasmettere le proprie esperienze e a proporre idee per migliorare l'accesso dei pazienti alle terapie innovative assicurando la sostenibilità della spesa sanitaria. L'input arriva dal ministro della Salute francese, che ha chiesto all'Ocse di fungere da segretariato per promuovere un dialogo internazionale di alto livello tra le parti interessate all'accesso ai farmaci innovativi e alla sostenibilità della spesa farmaceutica. L'iniziativa è stata approvata dai Paesi membri dell'Ocse e dai ministri della Salute al G7 sulla Salute che si è tenuto a Kobe nel settembre 2016.

L'Ocse, oltre a sollecitare nuove idee, sta quindi organizzando una serie di consultazioni per identificare i problemi del sistema corrente, capire quali sono i temi di maggiore importanza per i portatori di interesse e quali le loro visioni. Le idee presentate saranno usate per preparare le raccomandazioni per i Governi dei Paesi membri dell'Ocse. Possono arrivare contributi da tutti i settori e da tutte le parti interessate. Sono incoraggiati a farsi avanti sia i singoli, sia le organizzazioni: i contributi possono riferirsi a un Paese specifico, a una regione o avere una prospettiva internazionale. L'Organizzazione chiarisce che tutte o parte delle comunicazioni scritte, inclusi i nomi dei proponenti, possono essere pubblicati sul sito dell'Ocse, a meno che specificato diversamente da chi avanza una proposta. Si può accedere alla consultazione da questo indirizzo web.

I contributi

L'Ocse cerca contributi che rispondano a una o più di queste domande:
1) Riflettendo sugli ultimi 5-10 anni, quali pensa siano stati i maggiori cambiamenti che interessano l'accesso ai farmaci?
2) Quali sono i tre principali problemi che devono essere affrontati per garantire l'accesso ai farmaci innovativi, pur mantenendo la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari?
3) Perché pensa che ci siano problemi nel garantire l'accesso ai farmaci innovativi, pur mantenendo la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari?
4) Quali cambiamenti vorrebbe accadessero per migliorare l'accesso alle terapie innovative?

Le proposte, che devono avere un massimo di mille parole ed essere scritte in inglese o in francese, devono essere inviate entro il 1° maggio.

DIRE
agenzia di stampa nazionale

27-03-2017

http://www.dire.IT

Internet, arriva il decalogo per informarsi online sulla salute

ROMA – Dieci regole per orientarsi in rete e informarsi correttamente sul tema della salute. È l'iniziativa di Sanofi per aiutare gli internauti a dare fiducia ai soggetti giusti, sfruttando al meglio le informazioni del world wide web. Verificare le fonti, confrontare i risultati, leggere con occhio critico le storie dei pazienti raccontate su blog e forum, verificare che una notizia sia recente. Questi solo alcuni dei consigli contenuti nel decalogo #MeetSanofi, che ha ospitato nella speciale edizione 'Social Health, istruzioni per l'uso' la storia di Laura Rossi, una 35enne genovese dottoranda in radiologia, che dopo la diagnosi di linfoma di Hodgkin ha utilizzato la rete per aiutare chi si trovava nella sua stessa condizione. E lo ha fatto creando H-**Maps, un'app per orientare i pazienti oncologici** nel percorso di cure, creata con la consulenza del reparto di ematologia dell'Ospedale San Martino di Genova e il supporto del crowdfunding.

Laura è stata ospite, insieme a Eugenio Santoro, responsabile del Laboratorio di Informatica medica dell'Istituto di ricerche farmacologiche 'Mario Negri' e autore di 'Web 2.0 e social media in medicina' per 'Il Pensiero Scientifico Editore', e a Lella Mazzoli, direttore dell'Istituto per la Formazione al Giornalismo di Urbino e autrice di 'e-Health' per FrancoAngeli. Nel corso dell'incontro, in diretta web da Riccione in occasione del **meeting 'Home of Therapies'** che ha riunito oltre 350 infermieri, è stato lanciato il decalogo ed analizzato, attraverso dati e storie, l'uso che gli italiani fanno della rete per informarsi sulla propria salute. Il talk è disponibile on demand sul canale YouTube Sanofi Italia al link

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 7
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

EPIDEMIOLOGIA&PREVENZIONE

"Vaccinazioni-manìa" quando la paura prevale sulla realtà

DI MASSIMO GALLI *

Apprensione: è quanto, al minimo, la ripetuta, tambureggiante segnalazione di casi di meningite ha suscitato in molti, nonostante le altrettanto reiterate rassicurazioni delle autorità sanitarie e degli esperti. Le malattie infettive hanno da sempre uno straordinario potere di evocare paure profonde e reazioni irrazionali, e di questo va tenuto conto, rispettando sia i timori, sia l'esigenza di informazione delle persone.

Ma, in questo caso, cosa sta in effetti succedendo? In estrema sintesi, nulla di nuovo in Italia in generale, mentre qualcosa di strano è accaduto in Toscana. Veniamo ai numeri: in base alle segnalazioni ufficiali nel 2015 si sono verificati in Italia 196 casi di malattia invasiva da meningococco, in tutto quindi 0,32 casi per 100.000 abitanti (o, se si vuole un riferimento più facilmente comprensibile ai non addetti ai lavori, 3,2 casi per ogni milione di Italiani). Rispetto agli anni precedenti si è osservato un lieve aumento dell'incidenza, che è stata di 2,3 casi per milione di abitanti nel 2012, di 2,9 nel 2013 e di 2,7 nel 2014.

Tranne che in Toscana, nella maggior parte delle Regioni l'andamento è pressoché stabile o presenta minime oscillazioni non significative. Per avere un riferimento con quanto accade altrove, i casi registrati in Gran Bretagna nel 2014 (dati riportati all'European centre for disease prevention and control - Ecdc) sono stati 758, pari a 12 casi per milione di abitanti e quelli registrati in Francia sono stati 426, cioè 6 per milione.

In Germania, con 275 casi (circa 3 per milione), la situazione è più o meno come la nostra. I 2.760 casi segnalati in Europa nel 2014, pari a 5 per milione di abitanti, dimostrano che i casi registrati in Italia sono nettamente al di sotto della media europea.

Ma allora perché, mi è stato chiesto, quasi ogni giorno i giornali riportano un caso? La risposta è semplice: se i casi attesi ogni anno sono tra i 150 e i 200, ci si deve aspettare un caso ogni 2 giorni circa, tra l'altro con una maggior concentrazione in inverno e all'inizio della primavera, perche la malattia tende ad avere un andamento stagionale. L'aumentata attenzione mediatica ne porta la maggior parte sui giornali, a differenza di quanto accadeva in passato.

La strategia del meningococco consiste nel 'colonizzare' la mucosa naso-faringea del suo ospite, che è esclusivamente rappresentato dalla nostra specie, e nel passare da una persona all'altra mediante aerosol di quelle che, in termine tecnico, si definiscono "large droplets" di secrezioni respiratorie. Circa il 10% (in realtà, in base ai dati disponibili, dal 5 al 25%) delle persone sane può, in ogni momento, essere portatore di N. meningitidis nelle vie respiratorie superiori ed è probabile che ciascuno di noi durante la sua vita 'ospiti' N.meningitis almeno per un periodo.

Questo fenomeno è noto come carriage (stato di portatore). I tassi di trasmissione e di carriage sono maggiori nelle comunità, soprattutto di giovani (caserme, collegi) e nei contatti dei casi di malattia meningococcica.

Nei Paesi ad alto reddito il carriage è più frequente negli adolescenti e nei giovani (prevalentemente tra gli 11 e i 20 anni) ed è favorito da infezioni respiratorie concomitanti, dal fumo di sigarette, da condizioni di sovraffollamento, dal bacio intimo. La condizione di carrier può prolungarsi per molti mesi, o essere intermittente o transitoria e induce, entro poche settimane, una risposta anticorpale cui è attribuito un possibile ruolo protettivo.

Ciò spiegherebbe il perché la probabilità di sviluppare una malattia meningococcica invasiva decresce con l'età. Comunque, solo meno di uno su mille portatori sviluppa una malattia meningococcica invasiva. È probabile che questo accada solo in persone in condizioni particolari o geneticamente predisposte. È noto, ad esempio, che le persone portatrici di un difetto genetico a carico delle ultime frazioni del sistema complementare (un insieme di proteine che ricoprono un ruolo importante nella risposta immunitaria) presentano un rischio molto maggiore di sviluppare meningiti. Come si è già detto, ad essere più colpiti sono gli infanti al di sotto dell'anno (nel 2014 in Europa 101 casi per milione in questa fascia d'età), seguiti dai bambini di 1-4 anni (25 casi per milione). Questo vale anche per l'Italia. La maggioranza dei casi invasivi in Europa è causata da meningococchi di sierogruppo B (64% nel 2014), che sono i responsabili della grande maggioranza dei casi nei bambini piccoli.

L'indicazione della vaccinazione dei piccoli con il vaccino contro il sierogruppo B, prevista nel piano nazionale di prevenzione vaccinale del 2017, risponde quindi a un'esigenza fondata su chiari dati epidemiologici e per la stessa ragione la somministrazione delle 3 dosi iniziali del vaccino anti-meningococco B deve essere effettuata nel primo anno di vita.

Vista la sua recente introduzione, l'utilizzo di questa vaccinazione è stato ritenuto prioritario nell'età in cui è massimo l'impatto della malattia, la prima infanzia.

Tuttavia, il piano vaccinale prevede in prospettiva l'offerta attiva della vaccinazione per il meningococco B anche nella popolazione adolescente. La vaccinazione contro il meningococco C o contro i quattro tipi di meningococco ACYW135 è raccomandata tra 13° e 15° mese di vita. L'efficacia del vaccino monovalente anti meningococco C è risultata ≥ 95% e la durata della protezione è stimata in circa 5-10 anni. I dati disponibili sull'argomento sono però ancora limitati.

Dei casi di malattia meningococcica invasiva registrati in Italia nel 2011, il 64% era stato causato da meningococchi di sierogruppo B e il 17% da meningococchi C. Nel 2015 la situazione era 36% B e 44% C, con i casi della Toscana, causati da meningococchi C appartenenti al complesso clonale 11 (cc11) responsabili dello spostamento degli equilibri.

Dal gennaio 2015 al gennaio 2017, la Toscana ha riportato 62 casi, tutti causati da meningococchi C appartenenti al cc-11. L'area centrale, più densamente popolata della Toscana, è stata la più colpita, con un'incidenza complessiva di 12,8 casi per milione di abitanti, mentre nel resto della Toscana l'incidenza è stata solo di poco superiore alla media nazionale.

Tra le anomalie più evidenti, il 32,5% dei casi in persone di più di 40 anni e il 21% dei casi (13) in soggetti già vaccinati per meningococco C (tutti con una sola dose,in cinque casi oltre 5 anni prima, in 2 meno di un mese prima). La letalità complessiva è stata del 21 per cento. Più della metà dei deceduti aveva più di 50 anni.

Tra il marzo 2015 e il dicembre 2016 oltre 770.000 persone sono state vaccinate in Toscana, a seguito di un'offerta vaccinale progressivamente estesa dalla Regione.

Finora non è stata data notizia di connessioni tra i casi osservati. La ristretta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

area in cui questo meningococco C è circolato fa pensare tuttavia a una modalità di diffusione peculiare, suggerita anche dall'assenza di un carriage significativo di questo particolare ceppo tra la popolazione sana nell'area interessata.

In un recente studio, infatti, il tampone faringeo di solo quattro su 1.087 ragazzi sani di età compresa tra i 9 e i 19 anni e di nessuna delle 1.200 persone di età compresa tra i 20 e i 44 anni che hanno partecipato allo studio è risultato positivo per meningococco C, il che sembra escludere un carriage significativo nella popolazione generale.

In conclusione, i dati epidemiologici non giustificano in Italia la necessità di una vaccinazione generalizzata all'intera popolazione. Le opportunità offerte dalla vaccinazione consentono tuttavia di prospettare in futuro una radicale riduzione della malattia meningococcica invasiva. Una partita che si vince vaccinando i bambini e gli adolescenti.

** vicepresidente Simit*
professore ordinario di Malattie Infettive
Università di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 12/2015: 18.791
Lettori Ed. I 2016: 77.000
Quotidiano - Ed. Milano

IL GIORNO MILANO

Dir. Resp.: Sandro Neri

28-MAR-2017
da pag. 8
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

AGENZIA DEL FARMACO

Il governo vuole il Pirellone ma nella Lega c'è la spaccatura

CONSENTI ■ A pagina 8

Ema, il Governo incalza Maroni: la sede al Pirellone

Incontro a Roma, Lega contraria

L'ITER
SERVE INDICARE UN PALAZZO PER PRESENTARE LA CANDIDATURA UFFICIALE

MASSIMILIANO ROMEO
«SONO MOLTO PERPLESSO IL SIMBOLO LOMBARDO ALLA BUROCRAZIA EUROPEA?»

SCADENZA
Uso temporaneo di tre anni in attesa del nuovo palazzo in costruzione in zona ex Fiera

di STEFANIA CONSENTI

– MILANO –

GOVERNO IN PRESSING sulla Regione Lombardia per risolvere il rebus della sede per Ema, l'Agenzia europea del farmaco. Ieri il premier Gentiloni, in occasione dell'incontro con i presidenti delle Regioni e delle province autonome, a Palazzo Chigi, non si è lasciato sfuggire l'occasione con il governatore Roberto Maroni. Perchè a questo punto le condizioni per avere a Milano Ema ci sono - al dossier di candidatura manca solo l'indicazione della sede - ma serve in fretta una risposta su dove sistemarla. E così il presidente Maroni, consapevole dell'importanza della posta in gioco, ha ripreso la strada del ritorno e convocato una «riunione urgentissima» dei capigruppo di maggioranza e minoranza. E spiegare lo stato dell'arte. Ma le prime reazioni negative arrivano proprio dalla Lega. «Ema al Pirellone? Non voglio nascondere che nutro forti perplessità - ha ammesso Massimiliano Romeo, capogruppo del Carroccio - nel veder ceduto il simbolo della Lombardia all'economia e alla burocrazia europea. Palazzo Pirelli non è solo la sede del Consiglio regionale, ma è il simbolo della Lombardia nel mondo. Possibile che a Milano non vi siano altri palazzi disponibili?». Forza Italia, invece, è favorevole all'uso temporaneo del Pirellone, durerebbe tre anni. Nel frattempo è in costruzione un nuovo palazzo nella zona dell'ex Fiera che potrebbe poi ospitare i circa mille dipendenti dell'Agenzia del farmaco.

A PALAZZO Lombardia, è stato fatto notare nella riunione, c'è spazio per sistemare gli uffici dei gruppi dei gruppi a patto, questa la richiesta, che si preservi l'attività dell'Aula lasciandola al Pirelli. «Opportunità da non perdere, le ricadute economiche ed occupazionali sono rilevanti per il territorio», afferma il capogruppo di Forza Italia Claudio Pedrazzini. Anche per il capogruppo d'opposizione (Pd) Enrico Brambilla «portare l'Ema a Milano è un obiettivo prioritario ma ovviamente occorre trovare spazi adeguati per il Consiglio regionale e per i gruppi consiliari». Così, mentre Maroni valuta le opportunità dell'Europa e rinvia alla tarda serata di oggi «la resa dei conti» (sarà poi domani con Sala e una delegazione del Governo a Londra a illustrare il Piano di Milano), la Lega in Consiglio presenta 19 emendamenti «per uscire dall'euro, per smantellare l'Europa, ri ere Schenghen» nella discussione sulla Risoluzione europea. Documento (la Lega non partecipò al voto in commissione) nel quale si sottolinea «l'importanza di trasferire in Lombardia le sedi dell'Agenzia europea del farmaco (Ema), dell'Autorità bancaria europea (Eba) e della Divisione locale della Corte europea dei brevetti». «Non essere uniti e compatti su questo tema significa indebolire la Lombardia», dice Angelo Capelli, capogruppo di Lombardia Popolare. Concetto ribadito anche dal presidente del Consiglio regionale Raffaele Cattaneo.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2016: 40.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE Sanità

Dir. Resp.: Guido Gentili

28-MAR-2017
da pag. 15
foglio 1
www.datastampa.it

TAR PIEMONTE

Equivalenti, la Regione non può scavalcare Aifa

Il Tribunale amministrativo regionale del Piemonte, con la sentenza 382/2017, ha accolto il ricorso di AstraZeneca, azienda biofarmaceutica globale, ad adiuvandum con Fimmg (Federazione Italiana Medici di medicina generale), e annulla la deliberazione della Giunta regionale del Piemonte contenente indicazioni sugli obiettivi economico-gestionali ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali.

Per l'azienda ricorrente, la Regione, al di fuori delle sue competenze, aveva espresso nella delibera regionale 30-3307 del 16 maggio 2016 un concetto del tutto analogo a quello di equivalenza terapeutica, mentre solo «all'Aifa, quale organismo nazionale, è tributata la competenza esclusiva in materia di valutazione circa la effettiva equivalenza/sovrapponibilità terapeutica di farmaci».

Da Regioni sì a indicazioni ma non obblighi. La sentenza afferma che è corretto che la Regione fornisca indicazioni di massima volte a privilegiare l'uso del farmaco meno costoso, «ma tali indicazioni non possono essere vincolanti, dovendo rimanere in capo al medico, ove lo ritenga necessario, la possibilità di prescrivere un diverso farmaco, anche per i pazienti naive e a maggior ragione per i pazienti necessitanti di continuità di cura». A questo si aggiunge anche la mancanza nella delibera di «ipotesi di motivata deroga al raggiungimento degli obiettivi di risparmio, sinanche per i casi in cui il trattamento di secondo livello si riveli come il più consigliato in ragione della particolare criticità delle condizioni del paziente, [...] che consiglino il mantenimento del trattamento farmacologico in essere».

L'allegato A della citata delibera regionale prevedeva espressamente «che il mancato conseguimento dello stesso» obiettivo sarebbe stato «qualificato alla stregua di un grave inadempimento contrattuale» e avrebbe comportato «la decadenza automatica dei direttori generali».

Pertanto i giudici rilevano che «la determinazione regionale implica un forte vincolo di cui i direttori generali delle Asl e, loro tramite, i medici curanti operanti sotto le direttive delle rispettive Asl, devono ben tener conto, limitandone di fatto la piena libertà prescrittiva attraverso meccanismi sanzionatori o premiali, oltre che di monitoraggio delle prescrizioni e dei trattamenti terapeutici, in grado di indurli a conformare la prescrizione dei farmaci agli obiettivi prioritari di risparmio». E in aggiunta la sentenza precisa che la delibera, pur non vincolando direttamente la libertà prescrittiva dei medici curanti, pare «certamente in grado di ingenerare nei destinatari (e nel personale medico operante sotto le direttive delle rispettive Asl) una propensione ad uniformarvisi, facendo così prevalere logiche di risparmio a discapito del parametro dell'appropriatezza della cura».

Nella parte finale della sentenza «il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte [...] ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa».

Red.San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

28-MAR-2017
da pag. 6
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Droga a scuola, allarme rosso per lo spaccio Cresce il consumo degli spinelli

PASSERI ■ Alle pagine 6 e 7

CNR SEICENTOMILA CONSUMANO CANNABIS

Il rapporto choc Boom dello spaccio tra gli studenti

IL TREND

Il consumo degli spinelli aumenta in tutti gli istituti Il ministro: più prevenzione

Veronica Passeri
ROMA

DROGA a scuola. Spacciata a ragazzini poco più che bambini da altri giovanissimi. Cannabis scovata in classe e nei bagni da un blitz della polizia con cani antidroga a Pontedera. Minorenni segnalati nel corso di un servizio di controllo davanti a una scuola di Terni. Succede ovunque, ed è storia degli ultimi giorni, accade ad Avellino, Frosinone, Lambrate, Trento, Milano e molte altre città e scuole. E sono i dati a confermare la cronaca: l'uso della droga tra gli studenti c'è ed è forte. Uno studio recente del Cnr-Ifc racconta percentuali sconcertanti: l'anno scorso nel giro di un mese il 18% dei maschi e l'11% delle femmine ha usato marijuana. Negli ultimi 12 mesi il 28% degli studenti ha riferito di aver utilizzato una sostanza illecita almeno una volta nella vita.

NEL PASSATO anno scolastico sono 600mila gli adolescenti che hanno consumato cannabis, 60 mila cocaina, 27mila eroina e circa 60mila allucinogeni e stimolanti. Inoltre 54mila studenti delle scuole superiori hanno assunto sostanze psicotrope senza sapere cosa fossero. Come emerge dalle statistiche la sostanza illecita più diffusa in Italia è la cannabis, 27% contro il 16% in Europa, in netto aumento rispetto al 2011 (21%). Sono circa 90 mila i ragazzi che hanno provato allucinogeni (LSD, francobolli, funghi allucinogeni) nella vita e 60 mila nell'ultimo anno.

Il trend degli ultimi due anni conferma l'aumento dei consumatori di cannabis in tutte le regioni e in tutte le scuole considerate, dai licei agli istituti tecnici e professionali. Da studi recenti e da un rapporto della Commissione europea risulta che l'età del primo 'spinello' è mediamente intorno ai 15 anni in Italia e in diversi altri paesi europei. Senza distinzione tra maschi e femmine.

IL MINISTRO dell'Istruzione Valeria Fedeli ha annunciato l'arrivo a breve di un piano educativo per la prevenzione delle dipendenze. «Proprio sulla prevenzione si incentra l'azione di contrasto che il sistema formativo può mettere in atto – ha spiegato la Fedeli –. Occorre interagire con le famiglie e con le altre istituzioni e amministrazioni a ciò deputate per fornire modelli educativi e stili di vita e, soprattutto, per far acquisire ai nostri ragazzi la consapevolezza dei danni che derivano da queste sostanze e dalla dipendenza da esse». Insomma, si spiega dagli uffici di viale Trastevere, «la scuola c'è, sta affrontando il problema in maniera seria e decisa ma non può vincere da sola que-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 12/2016: 301.987
Diffusione 12/2016: 223.463
Lettori Ed. II 2016: 1.965.000
Quotidiano - Ed. nazionale

NAZIONE - Carlino - GIORNO

Dir. Resp.: Andrea Cangini

28-MAR-2017
da pag. 6
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

sta battaglia».

COME per il consumo di cannabis, i consumatori di cocaina e/o crack aumentano con il crescere dell'età: gli studenti che hanno riferito un consumo negli ultimi 12 mesi passano dallo 0,8% dei 15enni all'1,2% dei 16enni, dall'1,7% dei 17enni all'1,9% dei 18enni, fino ad arrivare al 2,5% dei 19enni. Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha evidenziato un lieve aumento dei consumi di queste sostanze nell'ultimo periodo, in particolare per le femmine. Infine il 2,2% della popolazione scolastica tra i 15 e i 19 anni riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita.

% I numeri

Allucinogeni

Nell'anno scolastico passato 600mila adolescenti hanno consumato cannabis, 60 mila cocaina, 27mila eroina e circa 60mila allucinogeni e stimolanti

Canapa al 27%

La sostanza illecita più diffusa in Italia è la cannabis, (27%, 16% in Europa). Sono 90mila i ragazzi che hanno provato allucinogeni nella vita, 60mila nell'ultimo anno

Marijuana per il 18%

L'anno scorso in un mese il 18% dei maschi e l'11% delle femmine ha usato la marijuana. Nell'ultimo anno il 28% degli studenti dice di aver usato sostanze illecite

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Annuncio ad Atene

Quella tecnica (da verificare) antimenopausa

Donne in menopausa capaci di concepire figli con i loro stessi ovuli, senza ricorrere all'ovodonazione. Come? La ricetta, quasi magica, consiste nell'iniettare nelle ovaie un concentrato di piastrine ottenute dal loro stesso sangue (le piastrine sono cellule della coagulazione, ricche di fattori di crescita, capaci di stimolare i tessuti a rigenerarsi *ndr*): questo intervento sarebbe in grado di rendere di nuovo fertili persone in menopausa precoce (non oltre i 52 anni). La tecnica è proposta da Kostantinos Sfakianoudis che, ad Atene, lavora in una clinica privata, la Genesis Athens Clinic e ne parla sul *New Scientist*. L'idea di usare concentrati piastrinici per ringiovanire l'organismo è di moda, ma la momento non ha molti supporti scientifici: è una sorta di panacea proposta per curare di tutto, dai traumi sportivi alle malattie delle articolazioni e dei muscoli e persino per far ricrescere i capelli. Ma tutte queste indicazioni non hanno ancora ricevuto una seria conferma. E anche l'utilizzo nel campo della riproduzione, interessante, ha bisogno di verifiche.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.