



RASSEGNA STAMPA

05-05-2016

1. ANSA Tabacco: Corte respinge ricorso, valida nuova direttiva Ue
2. CORRIERE.IT Talco e cancro alle ovaie: seconda causa persa in Usa per la J&J
3. QUOTIDIANOSANITA' Fumo. Più difficile smettere se si beve troppo
4. QUOTIDIANOSANITA' Tumore pancreas. Stessa sopravvivenza per radio-chemioterapia e chemioterapia
5. SOLE 24 ORE Gli investimenti non crescono: «Sanità 2.0» avanti piano
6. ANSA Sanità digitale, crescono prenotazioni e referti on line
7. HEALTH DESK Sanità digitale tra miraggio e realtà
8. REPUBBLICA Usa, più morti per sviste dei medici che per incidenti aerei e overdose
9. REPUBBLICA Farmaci salvavita introvabili in Italia
10. REPUBBLICA.IT Se un esame costa 8 volte di più nel Ssn
11. PANORAMA Con le nuove terapie la leucemia non fa più paura
12. PANORAMA Curare il dolore è un comandamento
13. AVVENIRE Malattie rare oltre il muro del silenzio
14. REPUBBLICA USA, più morti per sviste dei medici che per overdose
15. REPUBBLICA Il chirurgo sbaglia un giorno su 4
16. QUOTIDIANO SANITA' "Nuovi" medici. Preferiscono lavorare in ospedale, amano la ricerca e la divulgazione medico-scientifica
17. REPUBBLICA.IT I giovani medici hanno sempre un lavoro: "L'86 per cento stabile e retribuito"
18. QUOTIDIANO SANITÀ Eurostat: Ictus e infarti causano la morte di 1 europeo su 5
19. AVVENIRE Nuoce gravemente alla salute

<http://www.ansa.it>

Tabacco: Corte respinge ricorso, valida nuova direttiva Ue

Confermato ok standard pacchetti, bando del mentolo e regole e-cig



Tabacco: Corte respinge ricorso, valida nuova direttiva Ue

BRUXELLES - La nuova direttiva europea sul tabacco è valida. La conferma è arrivata dalla Corte di Giustizia europea che ha respinto il ricorso della Polonia, sostenuta dalla Romania, contro la standardizzazione dei formati dei pacchetti e degli avvertimenti sulla nocività, contro il bando delle sigarette al mentolo entro il 20 maggio 2020 e sul regime specifico per le sigarette elettroniche. Per quanto riguarda le sigarette al mentolo, la Corte ha rilevato che le sigarette aromatizzate hanno "effetti sull'iniziazione al consumo di tabacco", ricordando che il mentolo "per la sua gradevolezza ha lo scopo di rendere i prodotti del tabacco più desiderabili per i consumatori e che la riduzione dell'attrattività di tali prodotti può contribuire a diminuire la diffusione del tabagismo e della dipendenza sia presso i nuovi consumatori sia presso i consumatori abituali". Piena conferma anche per le disposizioni che riguardano gli imballaggi: devono sparire le confezioni da dieci, su ogni pacchetto devono comparire messaggi e immagini dissuasivi su almeno il 65% della superficie tanto sul fronte quanto sul retro. Infine, a proposito delle sigarette elettroniche, la Corte ha - tra l'altro - rilevato che la direttiva "consente agli stati membri di impedire che le norme di conformità siano eluse".

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

Talco e cancro alle ovaie: seconda causa persa in Usa per la J&J

Maxi risarcimento a una donna malata di tumore. È la seconda volta per l'azienda che dovrà pagare 55 milioni di dollari dopo i precedenti 72 versati nel mese di febbraio

di Silvia Turin



È la seconda causa persa dalla multinazionale americana Johnson & Johnson contro una donna malata di tumore alle ovaie sviluppatosi a causa del talco usato per anni. Questa volta l'azienda dovrà risarcire 55 milioni di dollari a Gloria Ristesund, 62enne del South Dakota.

[Tumore all'ovaio: che cosa è e come difendersi](#)

[Che cosa è](#)

Il caso precedente

[È la stessa corte che nel mese di febbraio aveva emesso un altro verdetto sfavorevole alla J&J, obbligandola a sborsare 72 milioni di dollari alla famiglia di una donna dell'Alabama, Jackie Fox, deceduta in seguito allo stesso tipo di patologia.](#) La donna per 35 anni aveva utilizzato il talco "Baby Powder" per l'igiene intima. I suoi avvocati hanno sostenuto che il gruppo sapeva dei rischi legati al prodotto e avrebbe omesso di informare correttamente i consumatori, come sarebbe emerso peraltro anche da alcuni memo interni dell'azienda presentati al processo.

Più di 1000 cause pendenti

E queste cause sono le prime di una lunga serie, visto che l'azienda deve affrontare altre 1.200 cause pendenti sulla stessa tematica e altre, secondo gli esperti, potrebbero aggiungersene dopo le recenti notizie. Johnson & Johnson ha annunciato che presenterà appello per entrambe le decisioni, precisando tramite la portavoce Carol Goodrich che le sentenze sono contrarie ai risultati di decenni di ricerche le quali sostengono la sicurezza del talco. L'azienda ha ricordato come i *Centers for Disease Control and Prevention* (*Cdc*) non abbiano mai inserito la sostanza tra quelle a rischio di favorire la comparsa di un tumore alle ovaie.

Sospetto ma non ci sono prove a sufficienza

In realtà il talco è "indagato" da tempo e l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (lo Iarc di Lione) ha classificato le polveri per il corpo a base di talco come possibili cancerogeni per l'uomo nel 2006.

Possibili (insieme a centinaia di altre sostanze), non probabili e neppure certe.

L'ipotesi avanzata dai ricercatori è che la polvere di talco, contenente agenti infiammatori, si diffonda dagli organi genitali esterni a quelli interni femminili causando infiammazioni di lunga durata che, a loro volta, stimolano la formazione di un tumore. «Ad oggi, però, nonostante i numerosi studi condotti negli anni, non ci sono prove a sufficienza per stabilire un legame tra borotalco e cancro», dice Paolo Scollo, presidente della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia. La conclusione a cui giungono gli esperti quindi è che non ci sono sufficienti elementi per dimostrare un rapporto tra l'utilizzo del talco sui genitali e l'insorgere di una qualche forma di cancro.

Come si manifesta il cancro alle ovaie

«Non c'è nessun motivi per allarmarsi – conclude Scollo, che è anche direttore dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia all'ospedale Cannizzaro di Catania -, proprio perché gli studi effettuati nel corso degli anni sono stati molti e non si è arrivati ad alcuna conclusione che renda questi prodotti pericolosi. Piuttosto, visto che il cancro all'ovaio è ancora oggi un nemico assai temibile, è importante che le donne imparino a riconoscerlo ed evitare i fattori di rischio che sono invece stati assodati. Tra i possibili sintomi, purtroppo vaghi, ci sono dolori e gonfiore addominale, stitichezza o difficoltà digestive che devono destare preoccupazione se perdurano per settimane. Obesità, il fumo, assenza di esercizio fisico fanno invece aumentare il rischio di ammalarsi. E bisogna tener presente che la maggior parte dei casi viene identificata dopo l'ingresso in menopausa, tra i 50 e i 69 anni, e circa il 15 per cento dei tumori all'ovaio ha come principale fattore di rischio la familiarità: donne con madre, sorelle, figlie con tumore dell'ovaio, della mammella o dell'utero hanno maggiori probabilità di sviluppare la neoplasia».

(44%).

«Se il ruolo del Governo deve essere quindi quello di normatore e regolatore, spetta alle Regioni un ruolo di indirizzo e di promozione dell'innovazione digitale con obiettivi chiari e comuni e con l'offerta di servizi condivisi alle aziende sanitarie, per consentire di mettere in pratica i piani della Sanità digitale definiti dal Governo», conclude Mariano Corso.

«Compete, invece, ai Direttori dei Sistemi Informativi, in collaborazione con gli attori dell'offerta ICT, il ruolo di "evangelisti" del digitale in azienda, facendo comprendere alle direzioni strategiche e al personale i benefici dell'innovazione digitale, a fronte di investimenti sempre più necessari. Solo quando tutti gli attori del Sistema Sanitario saranno in grado di ricoprire in modo responsabile e coerente il proprio ruolo, dandosi obiettivi precisi e ambiziosi, la Sanità digitale potrà diventare finalmente realtà».

Cittadini digitali

Anche perché il digitale anche in sanità comincia a essere percepito come un bisogno anche dai cittadini, specie quelli tra i 35 e i 54 anni, che, se da un lato inizia ad avere la necessità di accedere ai servizi sanitari, dall'altro è abituata all'utilizzo di internet nella vita quotidiana.

È questa fascia quella che più utilizza i servizi digitali: il servizio online più utilizzato dai cittadini è l'accesso alle informazioni sulle strutture sanitarie come reparti, orari, medici, effettuato già dal 26 per cento dei cittadini. Al primo posto si trova la prenotazione online di esami e visite, utilizzata dal 24 per cento; i servizi per l'accesso e la consultazione dei documenti clinici e il pagamento delle prestazioni sanitarie sono utilizzati rispettivamente dal 15 per cento e dal 14 per cento dei pazienti.

«Emerge un sempre maggiore avvicinamento dei cittadini ai servizi digitali per interagire con le strutture sanitarie e con i medici, con benefici rilevanti in termini di costi e qualità del servizio», ha affermato Paolo Locatelli, responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità. «La sfida ora è di facilitare l'accesso a tutti i cittadini, in particolare quelli più fragili e anziani, meno abituati all'utilizzo dei canali digitali, ma al tempo stesso più bisognosi di servizi. Serve una Sanità multi-canale che consenta di migliorare e rendere più efficiente il sistema consentendo ai cittadini di accedere a informazioni e servizi sia attraverso siti web e App, sia attraverso sportelli self-service nelle strutture sanitarie, nelle farmacie e nei supermercati», ha concluso.

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Fumo. Più difficile smettere se si beve troppo

Un piccolo studio su uomini polacchi ha mostrato come le persone dipendenti dall'alcool processino rapidamente la nicotina nell'organismo: una condizione che potrebbe rendere più difficile smettere di fumare. "Non abbiamo valutato cosa succedeva quando le persone bevevano, ma dopo che avevano smesso i loro elevati tassi di metabolismo della nicotina calavano gradualmente".

(Reuters Health) "Quando il metabolismo della nicotina è più elevato, per le persone tende ad essere più difficile smettere di fumare", ha detto Noah R. Gubner del Center for tobacco Control Research and Education della University of California, San Francisco.. "Se due persone stanno provando a smettere di fumare e usano un cerotto alla nicotina, quella con un maggiore metabolismo della nicotina eliminerà la sostanza più velocemente e percepirà prima il desiderio di fumare nuovamente".

Lo studio

Nel 2011 e 2012, i ricercatori hanno studiato 22 fumatori maschi bianchi ospiti di un centro polacco per la cura delle persone dipendenti dall'alcool. Gli studiosi hanno analizzato i campioni di urina dei partecipanti per misurare i livelli di nicotina e il metabolismo una, quattro e sette settimane dopo essersi disintossicati dall'alcool.

La velocità di processamento della nicotina è calata di circa la metà durante le sette settimane, anche se i soggetti fumavano lo stesso numero di sigarette al giorno. Il 14 aprile, sulla versione online di Drug and Alcohol Dependence, i ricercatori hanno riferito che il consumo elevato di alcool potrebbe scatenare l'enzima principalmente responsabile della metabolizzazione della nicotina. Inoltre, un processamento più rapido della sostanza potrebbe spiegare le basse percentuali di abbandono del fumo tra i soggetti alcolizzati.

I risultati potrebbero essere utili per aiutare gli alcolisti a smettere di fumare. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per sapere se la terapia di sostituzione della nicotina è più efficace dopo che le persone smettono di bere molto.

"Smettere di bere e smettere di fumare sono imprese complesse, e la nicotina e l'alcool potrebbero avere effetti sinergici sui meccanismi della ricompensa e del piacere".

Fonte: Drug Alcohol Depen 2016

Kathryn Doyle

(Versione italiana Quotidiano Sanità/PopularScience)

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Tumore pancreas. Stessa sopravvivenza per radio-chemioterapia e chemioterapia

I pazienti affetti da tumore del pancreas localmente avanzato, se trattati con radiochemioterapia, non vivrebbero più a lungo dei malati che si sottopongono alla sola chemioterapia. È quanto emerge dal trial clinico LAP07, che ha anche dimostrato che non c'è differenza tra le terapie con gemcitabina da sola o in associazione con erlotinib. Lo studio è stato pubblicato su JAMA.

(Reuters Health) - Alla sperimentazione clinica hanno preso parte 442 pazienti trattati con gemcitabina da sola o in combinazione con erlotinib. Dopo quattro mesi di trattamento, i pazienti senza progressione della malattia sono stati poi divisi in altri due gruppi: il primo gruppo continuava la chemioterapia mentre il secondo cominciava un trattamento combinato con radioterapia.

Dopo un follow-up medio di più di tre anni, non è stato evidenziato alcun beneficio con il trattamento combinato radio-chemioterapico rispetto alla sola chemioterapia. La sopravvivenza media dalla prima seduta di radioterapia è stata di 15,2 mesi, nel gruppo che si è sottoposto al trattamento combinato, contro 16,5 mesi del gruppo trattato con la sola chemioterapia. Inoltre, non c'è stata nessuna differenza significativa tra i due gruppi in terapia con gemcitabina e con gemcitabina in associazione con erlotinib.

I commenti

In un editoriale collegato all'articolo, Deborah Schrag del Dana Faber Cancer Institute di Boston ha dichiarato che "il razionale per cui si sceglie il trattamento combinato radiochemioterapico nel tumore del pancreas localmente avanzato risiede nella capacità di questa terapia di fermare la diffusione del tumore e rendere le neoplasie, sensibili alla radioterapia, trattabili chirurgicamente. Tuttavia, solo il 4% dei pazienti dello studio ha risposto in modo adeguato per andare poi incontro a resezione del pancreas, una percentuale che non differisce tra chi è stato trattato solo con la chemioterapia".

"I trials clinici che non trovano differenze tra le diverse terapie non ricevono lo stesso consenso delle sperimentazioni che hanno risultati positivi – ha aggiunto l'esperta– ma i dati raccolti nello studio LAP07 dimostrano che la chemioradioterapia non ha vantaggi in termini di sopravvivenza rispetto alla sola chemioterapia. Forse, in futuro, troveremo dei markers in grado di darci informazioni per predire la risposta a specifici trattamenti, inclusa la radioterapia. Ma nel frattempo la radiochemioterapia non deve essere considerata essenziale nel trattamento dei pazienti con tumore del pancreas localmente avanzato".

Fonte: Jama 2016

Reuters Staff

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

certificati di morte venga indicato, in un campo a parte, l'eventuale presenza di una complicanza prevenibile, scaturita dal percorso di cura del paziente. Oppure potrebbero essere gli ospedali ad effettuare delle indagini indipendenti per valutare il potenziale contributo dell'errore umano nei decessi avvenuti tra i ricoverati.

“Misurare le conseguenze delle cure mediche sugli esiti dei pazienti – affermano gli autori – è un importante prerequisito per creare una vera cultura dell'imparare dagli errori per quindi favorire il progresso della scienza della sicurezza. Una solida metodologia scientifica, che parta dalla valutazione del problema è un punto critico nell'affrontare qualunque rischio per la salute dei pazienti. E' necessario dunque promuovere un appropriato riconoscimento del ruolo degli errori medici nella mortalità dei pazienti per aumentarne la consapevolezza e indirizzare adeguatamente collaborazioni e investimenti di capitali in ricerca e prevenzione”.

Maria Rita Montebelli

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

OSSERVATORIO POLIMI

Gli investimenti non crescono: «Sanità 2.0» avanti piano

di **Roberto Turno**

Non è più un miraggio, ma sicuramente non è ancora realtà. Non è un sogno, ma resta una grande incompiuta. Mentre la tecnologia avanza e le imprese guardano e producono occasioni per il futuro, per la qualità della salute, e perché no, per far risparmiare soldi pubblici, la «sanità 2.0» in Italia avanza piano, non quanto potrebbe e dovrebbe. Tanto meno avanza ai livelli dei nostri partner europei di riferimento. Il racconto dello stato dell'arte nel 2015 della sanità digitale, è stato scritto dal Politecnico di Milano col suo «Osservatorio innovazione digitale in Sanità», nel rapporto presentato ieri nell'ateneo lombardo.

Un rapporto a tutto tondo, che ha investigato tutte le realtà del pianeta e-health italiano che per tanti versi resta ancora sconosciuto ma che tra tante debolezze comincia a far emergere punti di forza e di crescita. E di coscienza di quel che serve per costruire un sistema sempre più avanzato. Intanto il valore dell'investimento nel Ssn, che è in un certo senso la stella polare del possibile e del realizzabile per dare davvero carne e ossa alla sanità che guarda alle chance offerte dalla tecnologia. E le mette in pratica. Ebbene, l'anno scorso l'investimento totale è stato di 1,34 miliardi, l'1,2% dell'intera spesa sanitaria pubblica: un valore di "mantenimento" rispetto all'anno prima, anzi addirittura leggermente inferiore per 30 milioni. Come dire: la spesa non è andata indietro, ed è già qualcosa, ma sicuramente non è cresciuta. Un indizio non esattamente positivo, sebbene non può essere trascurato lo stress in sede locale, ma anche nazionale, per effetto dei tagli al Ssn anche nel 2015.

Eppure tutti - tecnici, osservatori, amministratori, medici - indicano proprio nel livello di finanziamento una delle chiavi decisive per far girare davvero la mitica «sanità 2.0». Anche se non basteranno solo dosi più o meno massicce di maggiori risorse. Mancano ancora un feeling diffuso da parte di mediche operatori, un'alfabetizzazione vera e propria, lo spirito d'iniziativa, una partecipazione più consapevole da parte dei cittadini. Sebbene, come sempre, la popolazione più anziana sia quella che difficilmente e con fatica dialoga e naviga in rete per la

sua salute. E poi manca, come sempre in sanità, un cammino omogeneo per tutte le regioni, la capacità di dialogare anche tecnologicamente, una percezione uguale e pari attività tra Nord e Sud d'Italia. Con il Sud che spesso anche per la digitalizzazione della sanità resta una specie di anatra zoppa. «La velocità d'attuazione è ancora modesta e disomogenea, inadeguata rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco. Serve una governance partecipata e responsabile a tutti i livelli», chiosa Mariano Corso, responsabile dell'Osservatorio del Politecnico.

I risultati sul campo sono d'altra parte diffusi a seconda anche delle aree specifiche della digitalizzazione. Sulla cartella clinica elettronica si investe di più (64 milioni, +10% sul 2014) e potrebbe crescere ancora quest'anno del 43% secondo le stime degli operatori. Per la telemedicina, altra possibile chiave di volta, la spesa è di 20 milioni, in crescita del 24%, con tele-consulti e tele-salute che figurano tra le soluzioni più diffuse nelle aziende sanitarie. Peccato che ancora non basta, che serve molto di più, considerata la vastissima gamma di applicazioni che potrebbe riservare a benefici dei pazienti, in primis i cronici, ma non solo.

Come non basta, anzi resta ancora per troppi nel vago, il fascicolo sanitario elettronico, quello che con un click fa conoscere a chi è abilitato lo stato di salute, il passato e il presente, anche dei consumi sanitari, di tutti noi. Peccato che appena il 5% degli italiani lo ha utilizzato, anche se il 23% sa cosa sia e l'8% ha chiesto informazioni. Intanto appena sei regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Sardegna, Valle d'Aosta e Trento) lo hanno attivato e in altre 11 è in via di sviluppo. Mentre tutto è fermo in Campania, Sicilia, Calabria e a Bolzano. Eppure il dialogo digitale tra medici di base e pazienti sembra crescere. Con il boom di WhatsApp da parte dei medici di famiglia e un crescere di scambi di sms e mail. Chissà se le code calano di conseguenza e la chiarezza migliora. Ma certo ancora non basta. Senza scordare che da due anni si attende il provvedimento sul «Patto per la salute digitale» tra ministero e regioni. Ancora tutto tace, non è dato sapere perché.

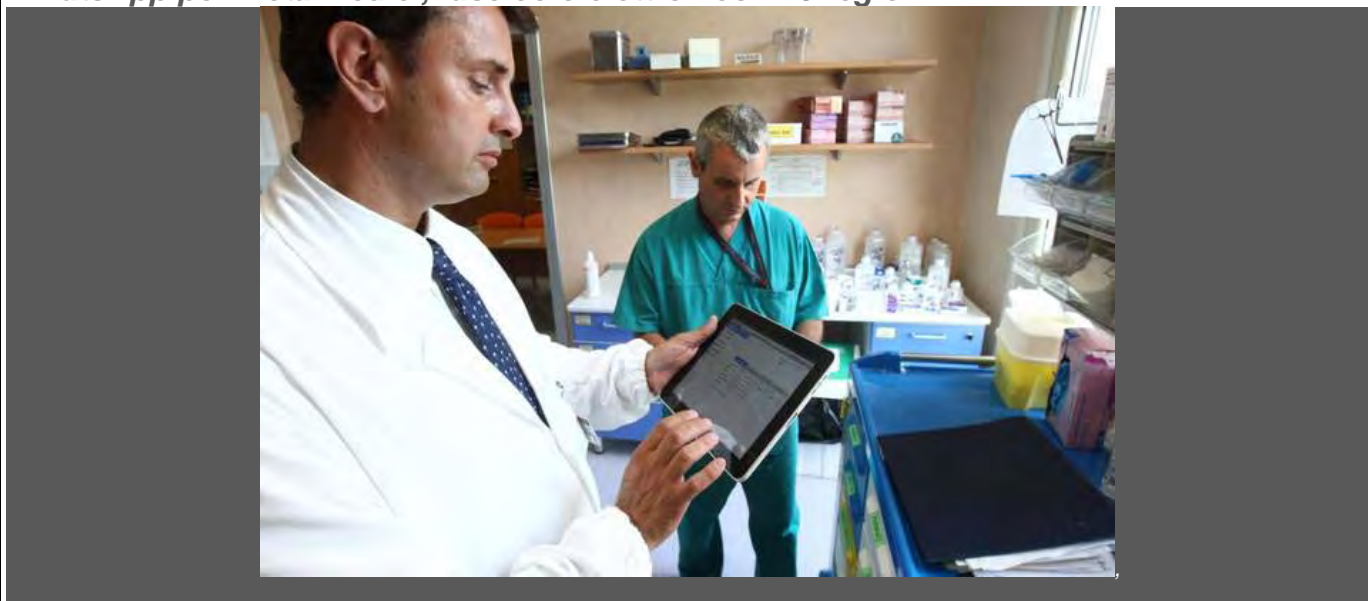
© RIPRODUZIONE RISERVATA



<http://www.ansa.it>

Sanità digitale, crescono prenotazioni e referti online

WhatsApp per metà medici, fascicolo elettronico in 6 regioni



ROMA - Cresce la sanità digitale: il 24% degli utenti prenota online visite ed esami, il 15% consulta documenti clinici. Le ricette dematerializzate sono ormai sette su dieci. E oltre la metà dei medici di Medicina Generale usa WhatsApp per comunicare con i pazienti. Sono alcuni dei risultati della ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, presentata a Milano.

In un contesto che vede una spesa sanitaria tra le più basse d'Europa (3.077 dollari per abitante contro i 3.453 della media europea, a pari capacità di spesa) e un costo reale destinato a crescere nel futuro, gli investimenti per la digitalizzazione della Sanità italiana nel 2015 si attestano a 1,34 miliardi di euro, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, circa 22 euro per abitante, mostrando una sostanziale stabilità rispetto al 2014 (1,37 miliardi di euro).

Nel dettaglio, 930 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie, 320 milioni dalle Regioni, 70 milioni dai 47mila Medici di medicina Generale e 18 milioni direttamente dal Ministero della Salute. Nel 2015 è stato dematerializzato il 40% dei referti e il 9% delle cartelle cliniche. Il 16% dei referti è stata consegnata online al cittadino mentre le prenotazioni e i pagamenti effettuati via web sono rispettivamente, il 12% e l'8% del totale. Segnali positivi arrivano dai cittadini, che hanno incrementato l'utilizzo di servizi sanitari online rispetto a quanto rilevato lo scorso anno.

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

INNOVAZIONE

Sanità digitale tra miraggio e realtà

Aumenta l'uso del digitale nel nostro Paese, ma la rivoluzione è lontana. Se cresce infatti la cultura del digitale, mancano però le risorse con cui sostenerlo



Il fascicolo sanitario elettronico? Un italiano su tre sa cos'è, ma in pochi lo hanno visto. La cartella clinica elettronica? Si comincia ad affermare. La ricetta dematerializzata? Dopo tante preoccupazioni, gli italiani la utilizzano in tre casi su quattro.

Sono soltanto alcuni - i più visibili - degli ambiti dell'applicazione del digitale in Sanità nel nostro Paese.

Un settore che è riconosciuto come strategico, ma che stenta a decollare. Qualche miglioramento, però, si comincia a vedere, come mostra una ricerca dell'**Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità** della School of Management del Politecnico di Milano appena presentata.

È vero infatti che la spesa per la digitalizzazione in sanità nel 2015, con 1,34 miliardi di euro, ha registrato una lieve flessione rispetto all'anno precedente (30 milioni in meno), ma i progressivi investimenti cominciano a dare frutti e quello che fino a qualche anno fa

appariva come una chimera oggi è spesso una realtà.

«I primi risultati della “Strategia per la crescita digitale 2014-2020” mostrano come la Sanità digitale in Italia non sia più un miraggio, ma un piano perseguibile che dà frutti concreti», ha affermato il responsabile scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità Mariano Corso.

Aziende sanitarie motore dell'innovazione

Vediamoli dunque questi risultati. Tanto per cominciare, dei 1.340 milioni spesi lo scorso anno per la digitalizzazione, 930 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie, 320 milioni dalle Regioni, 70 milioni dai 47 mila medici di medicina generale e 18 milioni direttamente dal ministero della Salute.

E sono proprio le aziende sanitarie le strutture in cui il digitale sta facendo più breccia: il principale ambito su cui hanno investito è cartella clinica elettronica, con una spesa di 64 milioni di euro (+10% rispetto al 2014), valore che nel 2016 dovrebbe aumentare per il 43 per cento delle aziende del campione. Seguono i sistemi di front-end (61 milioni di euro budget), il disaster recovery e continuità operativa (48 milioni), la gestione amministrativa delle risorse umane (39 milioni), la gestione informatizzata dei farmaci (26 milioni).

Rilevante è anche l'ambito dei sistemi di gestione documentale e di conservazione a norma.

Nonostante questo, ci sono resistenze a uno sviluppo organico di queste soluzioni e sono risultati scarsi gli investimenti in servizi digitali al cittadino (appena 19 milioni nel 2015).

Il mito del Fascicolo sanitario elettronico

È da anni il cavallo di battaglia di tutti gli innovatori: il fascicolo sanitario elettronico, uno spazio digitale attraverso cui accedere a tutte le informazioni sanitarie dei cittadini. A forza di parlarne, il fascicolo sanitario elettronico sta cominciando a diventare familiare ai cittadini italiani che in un caso su tre dicono di averne sentito parlare (è il doppio rispetto a un anno fa). Tuttavia, se la disposizione dei cittadini verso il servizio sembra buona, sono in pochi ad averlo utilizzato: appena il 5 per cento, secondo un'indagine Doxa.

Non stupisce: infatti, ad aprile 2016 solo 6 Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Sardegna, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento) lo hanno adottato, in altre 11 è in via di implementazione, mentre Campania, Calabria e Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano al momento non hanno avviato alcun progetto.

La telemedicina langue

Altro punto dolente emerso dallo studio è la carenza di investimenti in un'area strategica per il prossimo futuro: la telemedicina (20 milioni di euro nel 2015).

Le tecnologie digitali sono infatti cruciali oggi per riorganizzare la rete assistenziale e sebbene le strutture abbiano aumentato gli investimenti in soluzioni ICT a supporto dell'assistenza domiciliare e la medicina sul territorio, siamo ancora lontani dai livelli ottimali.

Le soluzioni di telemedicina più diffuse nelle strutture sanitarie sono il Tele-consulto, presente nel 34% delle aziende, le soluzioni di Tele-salute (14%).

Il più digitale: il medico di famiglia

Per chi è avvezzo a frequentare lo studio del proprio medico di medicina generale non sarà una sorpresa: dal ritratto realizzato dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità è il medico di famiglia la figura con il maggior tasso di digitalizzazione. Un'indagine svolta dall'Osservatorio in collaborazione con Fimmg e Doxapharma su un campione di 656 medici di medicina generale ha mostrato che oltre a email (utilizzata 83% dei medici) e sms (70%), il 53% dei medici di base utilizza WhatsApp (+33% rispetto al 2015), soprattutto perché «consente uno scambio efficace di dati, immagini e informazioni, permettendo di evitare una visita».

Inoltre, secondo Federfarma, ormai il 72 per cento delle ricette mediche è dematerializzato.

Il nodo delle risorse

Questi i passi verso il digitale nel nostro Paese, la cui velocità di attuazione, però, avverte Corso, «è ancora modesta e disomogenea, inadeguata rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco».

A frenare la transizione digitale secondo le direzioni strategiche delle strutture sanitarie, la barriera più rilevante all'innovazione digitale in sanità è costituita dalla scarsa disponibilità di risorse economiche (68%), poi dalla resistenza del personale a tecnologie che richiedano cambiamenti organizzativi e processi (50%) e dalla scarsa cultura digitale degli operatori sanitari (32%). Anche per i medici di medicina generale ritengono che la principale barriera siano le risorse economiche (54%), seguita dalla scarsa conoscenza delle potenzialità offerte dagli strumenti digitali nello svolgimento della professione (48%) e dalla scarsa cultura digitale dei medici stessi (45%).

Per questa ragione, la principale azione che il 64% delle direzioni si aspetta dal Governo è il sostegno nell'accesso ai finanziamenti, a cui segue la richiesta di definire standard (53%) e di semplificare le normative sulla gestione della privacy (52%). Alle Regioni, si chiedono risorse economiche (67%) e che vengano definiti obiettivi comuni e convergenti (39%) e linee guida (39%). Le direzioni sono consapevoli che uno dei principali fattori trainanti sia la cultura digitale del personale (56%) e la familiarità nell'utilizzo delle soluzioni digitali

Dir. Resp.: Mario Calabresi

I farmaci salvavita introvabili in Italia

Giacinto Nardi
Medico di base, Catanzaro

“Questo farmaco non si trova, questo farmaco non arriva più, questo farmaco forse non lo fanno più”, sono queste le frasi pronunciate dai farmacisti e riportate a me, medico di famiglia, dagli assistiti. Sì, perché ci sono periodi in cui alcune decine di farmaci salvavita e spesso senza possibilità di sostituzione non si trovano nelle farmacie. Il motivo è che vengono “dirottati” verso paesi dove il prezzo è molto più alto che in Italia e il guadagno è quindi maggiore. È questo un fenomeno che dura ormai da anni e che è a conoscenza di tutti, dal ministro della salute in giù. E al quale, anche la ministra [Lorenzin](#), non ha saputo e/o voluto e/o potuto porre rimedio. Eppure i farmaci non sono merce qualsiasi di cui è difficile individuare il percorso della filiera, dalla produzione alla distribuzione, e quindi identificare chi li sottrae per speculazione ai malati italiani. Non so quanti morti ci sono stati a causa di questa mancanza di farmaci in Italia, ma se ce ne fosse stato anche uno soltanto ciò squalificherebbe il governo che permette questa macabra speculazione, cioè di anteporre il profitto alla vita umana.





Medicina

Home

Alimentazione

Forma & Bellezza

Medicina

Prevenzione

Ricerca

Benessere donna

Video

Se un esame costa 8 volte di più nel Ssn. La protesta dei pazienti contro il superticket

La mobilitazione #hannorottoilpatto" in 110 città in occasione della Giornata europea dei diritti del malato. Sotto accusa la mancata applicazione del Patto per la salute 2014-2016

di VALERIA PINI

04 maggio 2016



La protesta contro il super ticket in occasione della Giornata europea dei diritti del malato

UN ESAME in convenzione con il Servizio sanitario nazionale può costare otto volte di più che nel privato. La mamma di Aurora, 8 anni, per il controllo delle urine di sua figlia ha speso 16,17 euro, mentre nel privato il prezzo era di 2,17 euro. Non le è andata meglio per l'emocromo costato 20,89 con il Ssn. Nel privato la avrebbe speso la metà: 9,89 euro. E' l'effetto superticket che ha suscitato la protesta di molti pazienti. La storia di Aurora è una delle tante che hanno scatenato la mobilitazione #hannorottoilpatto

organizzata oggi in 110 città italiane dal Tribunale per i diritti del malato e delle associazioni aderenti al CnAMC (Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici) di Cittadinanzattiva, per denunciare la mancata applicazione del Patto per la salute 2014-2016.

#hannorottoilpatto. L'iniziativa che si tiene oggi in occasione della Giornata europea dei diritti del malato di [Cittadinanzattiva](#). Oltre 110 le iniziative svolte a Roma e in altre città in Italia dai volontari e dalle sedi regionali dell'associazione (l'elenco è disponibile sul sito di [Cittadinanzattiva](#)), mentre a Bruxelles è stata avviata la campagna di informazione rivolta ai cittadini sulla Carta europea dei diritti del malato.

Le storie. Sono pazienti che aspettano da mesi servizi e prestazioni che non arrivano. Le storie riguardano la salute delle persone e sono centinaia. Francesco, 30 anni, a causa di un incidente ha subito lesioni alla colonna vertebrale e ora è bloccato su una sedia a rotelle. Avrebbe bisogno di un letto articolato, ma anche di una carrozzina. Ma la Asl gli ha chiesto di scegliere fra una cosa o l'altra. Andrea, 60 anni, convive da anni con il Parkinson. Gli hanno ridotto le ore di fisioterapia gratuita da 90 a 30 ore l'anno. Racconti vissuti in prima persona per una mobilitazione che porta anche a Roma. "Una serie di impegni e scadenze disattesi, da governo e Regioni, che hanno danneggiato i cittadini, in particolare quelli con malattie croniche e rare, e stanno minando alla base le garanzie di equità ed accesso alle cure del nostro Servizio Sanitario Nazionale", denunciano le associazioni.



I PIÙ I PIÙ
LETTI CONDIVISI

Fortuna, amichetta della vittima accusa: "Titò le stava addosso. Lei lo ha preso a calci e poi lui l'ha gettata giù"

Terrorismo, sei arresti in Lombardia. I pm: "Tra gli obiettivi Vaticano e ambasciata Israele a Roma"

Alibaba vuole comprare il Milan, Berlusconi pronto a cedere

Sicurezza, nomine al Cdm: Pansa al Dis, Parente all'Aisi. Gabrielli diventa capo della Polizia

Manchester United-Leicester 1-1, Ranieri fa un altro passo verso il trionfo

Fortuna, il palazzo delle bugie

Barriera al Brennero, ecco come sarà. Renzi: "Una sfacciata violazione delle regole Ue"

Calcio, tra serie A e Premier. La Juve batte il Carpi. Leicester, festa rimandata. Lazio batte Inter

Milano, la volante azzarda il sorpasso davanti alla Scala: schiacciata tra due tram

Fortuna, amichetta della vittima accusa: "Titò le stava addosso. Lei lo ha preso a calci e poi lui l'ha gettata giù"

Le domande dei romani ai milanesi: 'Perché avete inventato l'apericena?'

Napoli, svolta nelle indagini per la morte della piccola Fortuna, finita nella rete del pedofilo

Il primo compleanno di Charlotte: gli scatti di mamma Kate

Atterraggio d'emergenza a Catania, paura a Fontanarossa (Video-Foto)

La rivoluzione dei contadini siciliani, 3.000 ettari di grani antichi contro le multinazionali

Appalti, arrestato sindaco Pd di Lodi: "Piloto bando delle piscine comunali per avere consenso politico"

la Repubblica



Seguici su

STASERA IN TV

HiQPdf Evaluation 05/04/2016

La raccolta di firme. Nel corso della mobilitazione nazionale verranno anche raccolte firme per l'abolizione del superticket di 10 euro. Sarà possibile firmare anche on line con la petizione su Change. "Denunciamo il mancato rispetto da parte di governo e Regioni del Patto per la salute dei cittadini. Questo ha effetti diretti sull'accesso alle cure, sui diritti dei malati, sull'aspettativa di vita e sulle disuguaglianze - - attacca Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato - . Non capiamo proprio come il Def 2016 possa riportare nero su bianco che il Patto per la salute non solo è stato già implementato, ma persino rafforzato. L'assurdo è che già si sta lavorando al nuovo Patto. E' il momento di passare a fatti concreti, non dichiarazioni che restano solo intenti sulla carta".

Le liste d'attesa. Secondo Cittadinanzattiva, un cittadino su quattro non riesce ad accedere a servizi e prestazioni sanitarie, a causa di liste di attesa e ticket (Pit Salute-Cittadinanzattiva, 2015); solo 8 Regioni garantiscono il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Ministero della salute, 2014); il 41% delle famiglie ha rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria nel corso dell'anno (Censis, 2015); quasi 4 i miliardi di euro sborsati privatamente dagli italiani per ticket e prestazioni in intramoenia (Corte dei Conti, 2016).

Le criticità. Secondo le associazioni, il Patto per la salute 2014-2016 avrebbe dovuto offrire soluzioni concrete a molti dei problemi vissuti dai cittadini, ma non è accaduto. Secondo Cittadinanzattiva sono molti i punti disattesi: non sono stati stanziati i 116 miliardi di euro per il Fondo sanitario nazionale promessi dal Patto per la salute nel 2016 e sono stati tagliati 4 miliardi; non è stato aggiornato l'elenco delle malattie croniche e rare esenti dal ticket e quello di protesi ed ausili; né l'elenco delle prestazioni sanitarie essenziali per i cittadini (LEA); non è stato varato il Piano nazionale delle Cronicità; non si è provveduto alla revisione dei ticket e infine non è stata varata la normativa per le cure domiciliari.

[cittadinanzattiva](#) [Diritti del malato](#) [ssn](#) [sanità](#) [ticket](#) [super ticket](#)

© Riproduzione riservata

04 maggio 2016

I COMMENTI DEI LETTORI

 21:20 - 23:35
Velvet - Stagione 3 - Ep. 9

 21:15 - 00:15 72/100
The Voice of Italy - Stagione 4 - Ep. 11

 21:10 - 23:30
Fuoco amico TF45 - Eroe per amore - Stagione 1 - Ep. 6

 21:10 - 00:00
Pirati dei Caraibi - Oltre i confini del mare

[Guida Tv completa »](#)

CLASSIFICA TVZAP SOCIALSCORE



1. Isola dei famosi

84/100 Mi piace

ILMIOLIBRO

EBOOK

Altri articoli dalla categoria »



Hiv: la campagna per guardare oltre, perché la sfida è invecchiare bene



Se un esame costa 8 volte di più nel Ssn. La protesta dei pazienti contro



Talco sotto accusa, Johnson&Johnson dovrà

Fai di Repubblica la tua homepage

Mappa del sito

Redazione

Scriveteci

Per inviare foto e video

Servizio Clienti

Pubblicità

Privacy

Divisione Stampa Nazionale — Gruppo Editoriale L'Espresso Spa - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CIR SpA

Dir. Resp.: Giorgio Mulè

**CON LE NUOVE
TERAPIE
LA LEUCEMIA
NON FA PIÙ PAURA**

Dopo esser cresciuta nel settore dei farmaci generici, l'industria israeliana Teva (19,7 miliardi di dollari nel 2015) si allarga alla ricerca e alla cura delle malattie rare. Lo ha annunciato la società israeliana nel convegno organizzato a Milano sulla leucemia acuta promielocitica, che colpisce circa 150 persone in Italia e dalla quale «ora si può guarire». Il messaggio di fiducia è stato lanciato da ematologi italiani come Francesco Lo Coco del dipartimento di biomedicina all'Università Tor Vergata di Roma, Felicitò Ferrara, direttore dell'Unità operativa complessa di ematologia al Cardarelli di Napoli e Giuseppe Rossi, direttore della Struttura complessa di ematologia e Dipartimento di oncologia clinica dell'Asst Spedali civili di Brescia. «Esistono strumenti per una diagnosi rapida e sicura» hanno spiegato gli esperti. E una diagnosi tempestiva unita a farmaci di nuova generazione permetterà una guarigione «anche nel 90 per cento dei casi». (A.B.)

SCENARI FRONTIERE

Curare il dolore è un comando

Un decalogo per prevenire e alleviare le sofferenze fisiche (e psicologiche) dei propri pazienti: è il nuovo giuramento dei

Devo curare il dolore: è il «comandamento» principale del decalogo stilato da 44 medici di altrettanti centri d'eccellenza in Italia specializzati nella terapia del dolore. Il documento li impegna ad alleviare le sofferenze dei propri pazienti, e a farsene carico. Una vera dichiarazione di guerra al dolore, ma anche un nuovo giuramento di Ippocrate da rispettare.

Il decalogo, controfirmato da 200 tra i più riconosciuti terapisti del dolore e reso possibile da un grant di Grünenthal Italia, farmaceutica specializzata nelle terapie antalgiche, è stato depositato all'Assemblea generale delle Nazioni Unite da Guido Fanelli, primario di anestesia e ordinario dell'Università di Parma, nonché direttore scientifico Biogenap del Cnr e della Fondazione Ant. Non solo: una copia del manifesto è stata consegnata nelle mani di Papa Bergoglio a Roma.

«Una forte operazione a sfondo etico che vuole risvegliare le coscienze e far prendere atto che non dobbiamo accettare supinamente il dolore come sintomo inevitabile. La sofferenza è sempre inutile» afferma Fanelli, «padre» della legge 38 del 2010, quella che tutela il diritto del cittadino ad accedere



Guido Fanelli, primario di anestesia e professore ordinario all'Università di Parma.

Antonio Corcione consegna a Papa Francesco l'impegno contro il dolore dei medici italiani.



alle cure palliative e alla terapia del dolore. «La legge 38 non è ancora attuata in tutte le realtà ospedaliere, e viene applicata in modo diverso da ogni regione, con colossali disparità: c'è un 30 per cento della popolazione che non accede al sistema perché le Regioni sono inadempienti» continua Fanelli. Inoltre il 40 per cento dei pazienti non riceve un adeguato trattamento del controllo del dolore.

Il decalogo, oltre a ricordare ai cittadini che è un loro diritto non soffrire, è un monito rivolto ai medici per ribadire che il giuramento che hanno fatto li obbliga a stare vicini ai pazienti. «Non è giustificato soffrire dopo un intervento chirurgico, abbiamo il dovere di prevenire il dolore, con una terapia idonea da modificare in base alla risposta del soggetto» precisa Antonio Corcione, direttore anestesia e rianimazione all'ospedale Monaldi di Napoli e presidente della Siaarti, società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (è stato lui a presentare al papa il documento). «Nel post operatorio l'unico parametro da segnare in cartella dovrebbe essere l'intensità del dolore e come si è intervenuti per curarlo: ci sono farmaci e trattamenti per evitarlo, ma persiste un problema culturale contro gli oppioidi a favore degli antinfiammatori fans che funzionano meno e danno più complicanze» sostiene Corcione. I derivati della morfina in Italia, nonostante la legge 38, sono infatti ancora demonizzati: il consumo di farmaci oppioidi è di 1,70 euro per abitante contro i dieci della Germania e i cinque della Francia, mentre siamo il secondo consumatore mondiale di fans.

Il dolore ha tre aspetti fondamentali: origine, intensità e durata. Quello acuto corrisponde a un danno dei tessuti, limitato nel tempo, quello cronico, che dura da più di tre mesi, diventa malattia. Nel 95 per cento dei casi è di tipo articolare, il restante è causato dal cancro. In questo caso il sollievo ha anche un forte supporto psicologico: «Un malato di tumore se non ha dolore accetta meglio la malattia e le cure» dice Fanelli. Aspetti etici dunque ma anche economici: il 20 per cento della popolazione italiana ha dolore cronico (12 per cento artrosi), con una spesa di 3,2 miliardi per la cura e un grande impatto per la produttività.

damento

medici, presentato anche a Papa Bergoglio.

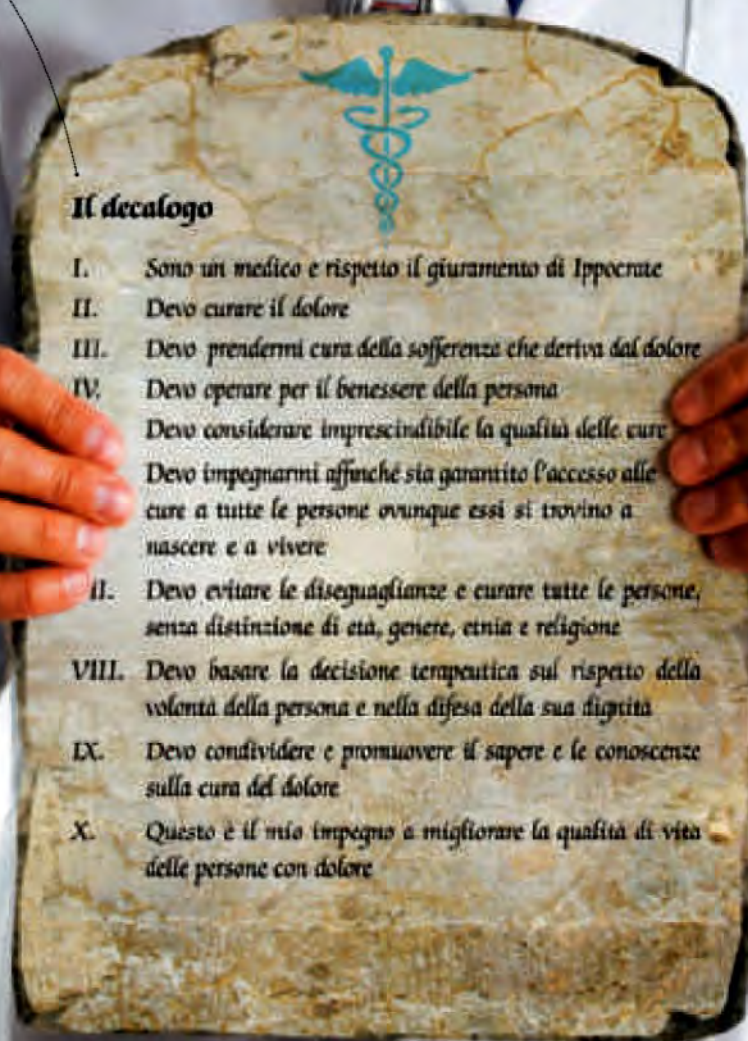
Il documento dei medici contro il dolore è stato consegnato anche all'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

Ma perché coinvolgere il Papa? «Il decalogo si rifà alle parole dette da Francesco in Bolivia: bisogna ascoltare le persone che soffrono, è fondamentale dedicare loro attenzione, farle sentire più serene; essere partecipi al loro dolore, che non è una espiazione dei propri peccati» risponde Corcione.

«La nostra azienda, specializzata nelle terapie antalgiche, da anni porta avanti una battaglia culturale per il diritto a non soffrire» dice Thilo Stadler, general manager South Europe and Nordics di Grünenthal. «È una sfida che trascende la dimensione clinica e terapeutica e assume una valenza etica. La consegna al Papa e alle Nazioni Unite rappresenta la materializzazione di questo sforzo comune, al quale siamo orgogliosi di aver potuto contribuire».

«Inoltre» aggiunge Fanelli «volevamo sfatare la falsa leggenda che la Chiesa osteggia la terapia del dolore e gli oppioidi: già papa Wojtyła raccomandava di assistere e garantire la dignità della persona fino in fondo. Adesso vorremmo che il decalogo ricevesse l'endorsement anche delle altre confessioni religiose». (Angelo Piemontese)

© RIPRODUZIONE RISERVATA





501

Giovedì,
5 maggio
2016

vita@avvenire.it

Malattie rare oltre il muro del silenzio

*Le parole
del Papa
al congresso
di medicina
rigenerativa
danno speranza
a famiglie
e ricercatori*
di Laura Angelini

Un richiamo forte. All'impegno, alla coerenza nella ricerca. A non lasciare soli i "malati rari". Il mondo delle associazioni e della ricerca rilegge le parole del Papa pronunciate venerdì scorso in Vaticano al Congresso internazionale di medicina rigenerativa, rivolte espressamente alla promozione di una cultura che non consideri questo tipo di persone al pari di uno scarto. E trova una spinta per continuare l'impegno di ogni giorno.

«Siamo chiamati – ha detto il Papa – a rendere noto il problema delle malattie rare su scala mondiale, a investire nella formazione più adeguata, a incrementare le risorse per la ricerca, a promuovere l'adeguamento legislativo e il cambio del paradigma economico, affinché sia privilegiata la persona umana». E ha richiamato all'azione comune: «Grazie all'impegno coordinato a vari livelli e in diversi settori – sono ancora parole di Francesco – diventa possibile trovare non solo le soluzioni alle sofferenze che affliggono

i nostri fratelli ammalati, ma anche assicurare loro l'accesso alle cure». Il direttore generale di Telethon **Francesca Pasinelli** ha accolto il discorso come un spinta importante: «Papa Francesco – commenta – ha pronunciato parole illuminanti per chiunque svolga la propria opera nell'ambito della ricerca e della sanità e ha invitato tutti a una riflessione seria sull'equità e l'accesso alla cura, intesa nel senso più completo e profondo di questa parola, in particolare per quanto riguarda l'ambito delle malattie rare». Per Pasinelli «a questa esortazione si possono, e si debbono, ricondurre tutte le azioni intraprese dai soggetti governativi e non, profit e non profit, che sono chiamati a una presa di responsabilità nei confronti del tema delle malattie rare, da affrontare a livello globale».

Anche per **Nicola Spinelli**, presidente di Uniamo – la Federazione delle malattie rare –, la questione è da affrontare a livello mondiale: «Da una parte – dice – ci troviamo di fronte a un nuovo modello di welfare in Italia e in Europa per le persone che soffrono; dall'altra le nuove frontiere dello sviluppo tecnologico a livello farmaceutico stanno disegnando un futuro di aspettative per i malati rari che non possono essere disattese».

La consapevolezza che traspare nelle parole del Papa è la stessa di chi sta lottando in prima persona per trovare una cura per le malattie rare: «Sappiamo che talvolta non è possibile trovare soluzioni rapide a

patologie complesse – ha detto Francesco – ma sempre si può rispondere con sollecitudine a queste persone, che spesso si sentono abbandonate e trascurate». **Daniela Lauro** è presidente di Famiglie Sma, associazione che, dopo essersi distinta per una ferma opposizione al "metodo Stamina" (alcuni dei bambini trattati col discusso sistema soffrivano proprio di questa terribile malattia) oggi guarda al futuro con rinnovata speranza: «È importante che il Papa abbia illuminato le malattie rare – dice Lauro –, ha incontrato tanti nostri bambini alle udienze generali. Ed è importante che dentro e fuori la Chiesa si prenda coscienza dell'esistenza di malattie che la ricerca purtroppo trascura». Alcuni bambini di Famiglie Sma stanno partecipando ai *trial* internazionali condotti in Italia da Eugenio Mercuri, dell'Università Cattolica di Roma: «Noi da sempre finanziamo ricerca – dice ancora Lauro –, l'associazione, che è fatta di genitori, ha sempre cercato di raccogliere fondi da spendere per il miglioramento della qualità della vita dei nostri figli, perché possano ave-



re una cura. Cosa che oggi ci sembra essere abbastanza vicina, grazie al lavoro dei ricercatori italiani che stanno partecipando a studi di respiro mondiale.

Malati rari e famiglie devono però fare i conti con le lacune del sistema sanitario. È il punto su cui insiste **Claudio Giustozzi**, segretario dell'Associazione Dossetti: «L'intervento del Papa – dice – ha toccato un argomento su cui la politica sanitaria e il sistema sanitario nazionale sono particolarmente deboli e deficitari. Infatti, oltre agli abituali proclami ministeriali, ben poco si sta facendo affinché sia davvero garantito l'accesso alle cure di chi è colpito da patologie rare, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione». Per Giustozzi occorre andare oltre una visione strettamente economicistica della sanità: «Tornando a considerare la salute un valore da perseguire strenuamente – dice –, invece che un costo o, peggio, la causa del rosso nel bilancio». Le parole di papa Francesco «devono indirizzare tutti coloro che possono da subito agire politicamente per abbattere le folli divisioni territoriali e regionali che fanno sì che esistano diversi sistemi e modelli di cura e assistenza in tutte le regioni italiane».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DA SAPERE

6mila patologie censite, 600 «aiutate»: una terra di nessuno ancora da scoprire

Tra i 600mila e il milione e 200 mila soggetti coinvolti. In mezzo, la difficoltà di censire i malati rari. Ma l'ultimo report sulle malattie rare dell'Istituto superiore di sanità (Iss) parla chiaro: le patologie sono molto numerose. L'Iss ha raccolto dati su 275 malattie individuali divise in 47 gruppi: solo per queste sono stati segnalati – fino al dicembre 2015 – circa 195.492 casi. Il Registro nazionale delle malattie rare dal 2016 offre anche il supporto per individuare i centri di eccellenza che in base a una recente direttiva europea entreranno a far parte degli «European reference networks», reti di eccellenza europee per diagnosi e cura. Le malattie rare più frequenti sono le patologie ematologiche (15% delle segnalazioni) seguite dalle malformazioni e dalle patologie dello sviluppo con disabilità intellettuale (13%). Al terzo posto le patologie dell'occhio (10%). Nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, di cui si attende a breve la revisione dal Ministero della salute (gli ultimi sono del 2001), sono 600 le malattie inserite. Quelle riconosciute però sono 6.000. E alla Camera sono fermi alcuni disegni di legge sulle malattie rare, tra cui quello di Paola Binetti (Area popolare). (L.Ang.)

Usa, più morti per sviste dei medici che per incidenti aerei e overdose

Diagnosi approssimative, farmaci inappropriati e distrazioni dei chirurghi hanno ucciso 250 mila persone nel 2013 diventando la terza causa di decesso

I NUMERI

2.413

OPERAZIONI SBAGLIATE

Tra il 1990 e il 2010, gli interventi fatti nella parte sbagliata del corpo

4.857

OGGETTI DIMENTICATI

Soprattutto spugnette, nelle pance dei malati dopo le operazioni

27

INTERVENTI INUTILI

I casi in cui sono stati operati pazienti che non ne avevano bisogno

Il team che ha condotto la ricerca: oltre 50 mila vittime soltanto dalle piaghe da decubito

L'ALLARME
ARTURO ZAMPAGLIONE

NEW YORK. Gli errori più vistosi sono quelli dei chirurghi: tra il 1990 e il 2010 hanno operato 2413 pazienti nella parte sbagliata del corpo, hanno dimenticato 4857 oggetti (soprattutto spugnette) nelle pance dei malati e in 27 casi hanno infilato il bisturi nel corpo di un paziente che non aveva bisogno di quella operazione. Ma la maggioranza dei 251.454 americani morti nel 2013 per gli sbagli dei medici è stata vittima di circostanze molto più banali: sviste, farmaci non idonei o in quantità eccessive, analisi di laboratorio approssimative, piaghe di decubito sottovalutate. Quel che è sicuro, comunque, è che gli errori sanitari sono diventati la terza causa di mortalità negli Stati Uniti dopo le malattie cardiovascolari e il cancro. Nel complesso uccidono più persone dell'Aids, il cancro al seno, gli incidenti aerei e le overdose calcolati tutti insieme.

«È un'emergenza che va affrontata e superata», dice Martin "Marty" Makary, il chirurgo dell'ospedale universitario John Hopkins di Baltimora che ha guidato il team di ricerca sugli errori medici. I cui risultati, pubblicati ora su *The Bmj*, il prestigioso ex *Bri-*

tish medical journal, hanno inevitabilmente sollevato grandi polemiche al di là dell'Atlantico, anche perché i medici americani si considerano, con una certa presunzione, i migliori del mondo. Qualcuno ritiene che le cifre siano esagerate: sono più del doppio delle stime che circolavano prima dell'ultima ricerca. Ma Martin Makary e i suoi collaboratori sono convinti dell'accuratezza dello studio, anche se sottolineano per primi l'importanza di cambiare i sistemi di registrazione delle "morti per cause evitabili", come vengono chiamati gli errori medici.

Adesso i certificati di morte compilati da medici e ospedali, i cui dati poi confluiscono nel Cdc (Centers for disease control), l'istituto federale di Atlanta, devono riportare (anche per fini assicurativi) il motivo per cui il paziente è stato ricoverato in clinica o ha chiesto l'intervento delle strutture sanitarie. Così, però, se per caso il paziente aveva una polmonite al momento del ricovero, sarà quest'ultima a figurare come la causa del decesso e non, ad esempio, l'eventuale piaga da decubito o un farmaco somministrato in modo sbagliato.

Le autorità americane dicono che questo è l'approccio usato anche a livello internazionale. Il difetto? Che non permette un'attenta valutazione degli errori e quindi dei metodi per porvi rimedio. Di qui l'ipotesi di Makary e del suo collega Michael Daniel: i certificati dovrebbero specificare se la morte poteva essere evitata. Così i dati sarebbero più precisi e si farebbe di più per combattere il fenomeno della malasanità.

In particolare, dicono ancora i ricercatori del John Hopkins, alcune criticità verrebbero alla luce: a cominciare dalle piaghe da decubito che sono all'origine di mezzo milione di ricoveri all'anno, di cui circa 50mila sfociano nel decesso dei pazienti, per lo più anziani e malati di mente.

Certo, il bilancio complessivo degli errori fa paura. Si sapeva che la prima e la seconda causa di morte negli Stati Uniti erano rispettivamente i problemi al cuore, che nel 2013 hanno portato a 611 mila i morti negli Usa per questa causa, e il cancro (585mila decessi). Ma è stata una sorpresa che il numero dei morti per un errore superasse le 250mila unità: cioè molto più dei suicidi (41mila), delle malattie respiratorie come la polmonite (149mila), degli incidenti d'auto (34mila) o delle morti per armi da fuoco (34mila).

Qualcuno insinua che sarebbero proprio i medici a fare resistenza, opponendosi a un nuovo sistema per registrare gli errori nel timore che possa danneggiare molte carriere. Ma secondo Makary dovrebbero essere i primi a rallegrarsi: perché responsabilità e problemi gestionali diventerebbero più chiari, a beneficio di tutti.

REPRODUZIONE RISERVATA



L'INCHIESTA/OGNI ANNO 80 PAZIENTI OPERATI ALL'ORGANO SANO

Il chirurgo sbaglia un giorno su 4

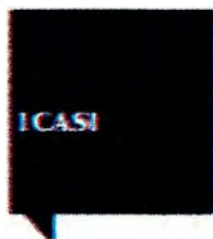
MICHELE BOCCI

A VOLTE basterebbe un pennarello nero. Nell'era della medicina super tecnologica, avrebbe senso fare un segno di inchiostro sul corpo del paziente prima di entrare in sala operatoria. Si eviterebbe di intervenire sul ginocchio sbagliato, insomma, di commettere uno degli 80 gravi "errori di lato" registrati ogni anno in Italia.

A PAGINA 22 CON ARTICOLI
DI DEL BELLO E ZAMPAGLIONE

Malasanità. Dall'inchiostro per cerchiare il punto esatto sul quale intervenire alla verifica dell'identità del paziente. Ecco la check-list salvavita in sala operatoria

Ottanta operazioni all'anno su organi e arti sbagliati "Ma per evitare gli errori può bastare un pennarello"



LUCCA

Il 14 aprile nell'ospedale cittadino viene asportato il rene sano a un paziente 60enne, che dovrà essere rioperato a quello con il cancro

MILANO

Il 28 aprile una donna incinta di due gemelli muore alla Mangiagalli. La procura indaga 4 persone. I medici hanno cercato inutilmente di far nascere i bambini

CATANIA

Due medici dell'ospedale Garibaldi sono stati rinviati a giudizio a fine aprile per aver operato un paziente al ginocchio sbagliato, il sinistro

MICHELE BOCCI

ROMA. A volte basterebbe un pennarello nero. Lo dicono anche gli esperti: nell'era della medicina super tecnologica, dei macchinari sofisticati e delle procedure blindate, avrebbe senso ricordarsi di fare un segno di inchiostro sul corpo del paziente prima di entrare in sala operatoria. Si eviterebbe così di intervenire sul ginocchio sbagliato, di passare il bisturi sul fianco del rene sano, di prepara-

re la protesi per la spalla che funziona, insomma di commettere uno degli 80 gravi "errori di lato" registrati ogni anno in Italia su 8 milioni di interventi tra quelli in regime di ricovero e quelli ambulatoriali.

Il linguaggio burocratico degli ospedali li chiama proprio così, "errori di lato". Sono figli delle simmetrie del nostro corpo, assai meno rari di quello che si potrebbe pensare. Quanti ne avvengono? Quando si entra nel campo degli sbagli del sistema

sanitario i dati ballano. Colpa della scarsa voglia di segnalare i sinistri da parte dei medici e degli ospedali. Comunque, secon-



do le ricerche internazionali, capitano più o meno una volta ogni 100mila interventi. In Italia significa appunto almeno 80 pazienti l'anno operati nel posto sbagliato, uno ogni quattro giorni. Casi dai quali originano processi, sospensioni, cause di risarcimento. Lo sanno bene all'ospedale di Lucca dove a metà aprile un urologo ha asportato a un paziente il rene sano e lasciato intatto quello malato di cancro.

Gli errori chirurgici rappresentano circa un terzo di quelli che avvengono negli ospedali. Secondo una ricerca condotta in alcune delle più grandi strutture italiane qualche anno fa, ma i cui risultati sono ritenuti ancora validi, danneggerebbero circa 150mila dei 4 milioni sottoposti a intervento. Ovviamente molto spesso si tratta di problemi banali, che magari si risolvono in qualche giorno, ma talvolta invece il malato muore. Uno degli sbagli più diffusi ha a che fare con "strumenti o altri materiali lasciati all'interno del sito chirurgico", secondo la dicitura del ministero. È circa sei volte più frequente dell'errore di lato.

La signora Anna Maria Casadei ha intuito già molto tempo fa l'importanza di fare un segno sulla parte del corpo da operare. «Nel 1994 ho fatto un intervento a un seno e prima di entrare in sala ci ho disegnato sopra una margherita — racconta — Poi nel 2008 ho fatto la stessa cosa per l'operazione all'anca. Così il chirurgo non poteva sbagliare». Certamente non lo sapeva, ma la signora Casadei ha anticipato

un protocollo medico. Per evitare gli errori in sala, ormai molti ospedali chiedono che i chirurghi prima dell'inizio dell'intervento compilino una "check list", fatta propria anche dal ministero della Salute. Si tratta di verificare il compimento, spuntandole su un foglio, di una serie di operazioni. Tra queste c'è la somministrazione di terapie antibiotiche e anti coagulanti, il controllo delle lastre ma anche dell'identità del paziente, e la descrizione dell'intervento. Ma c'è anche, appunto, l'accertamento "che il sito chirurgico sia stato marcato".

Come spiega Riccardo Tartaglia, coordinatore del Comitato delle Regioni per la sicurezza delle cure, «negli Usa ci sono campagne pubblicitarie dove si mostra il chirurgo che, talvolta anche insieme al paziente, traccia un segno sulla zona da operare». Una precauzione che sembra banale, ma che viene presa molto sul serio e purtroppo non sempre è rispettata. Un po' come il lavaggio delle mani degli operatori sanitari per evitare infezioni nei malati.

La cultura della segnalazione dell'errore non è ancora sviluppata nel nostro Paese. E infatti dal 2005 al 2012 sono stati comunicati al ministero soltanto 1.900 eventi sentinella, tra i quali gli errori di lato sono appena 26. Del resto ci sono Regioni che non inviano i dati degli errori in corsia. «Da noi non si dice di aver sbagliato per paura di perdere la reputazione con i colleghi, per timore delle conseguen-

ze legali, per la poca disponibilità a discutere dei pochi sbagli», dice sempre Tartaglia, che fa anche parte della task force istituita dal ministro Beatrice Lorenzin dopo il caso della piccola Nicole, la neonata morta a Catania nel febbraio 2015. Si tratta di un gruppo di esperti che interviene sui casi, sospetti di errore grave. L'intento è quello di trovare cosa non ha funzionato nelle procedure e raccogliere informazioni per evitare che eventi del genere si ripetano. «Qual è la prima giustificazione che adduce chi ha sbagliato? Che nella sua carriera una cosa del genere non era mai successa», racconta Tartaglia. Anche Gianluigi Melotti, presidente onorario dell'Accoi, associazione dei chirurghi ospedalieri, sottolinea come «la raccolta dei dati non funziona. Gli errori di lato segnalati sono meno di quelli che avvengono. Anche perché non hanno sempre a che fare con organi o grandi articolazioni, ma anche con varici o ernie». Su un punto gli esperti sono tutti d'accordo. Non basta lo sbaglio di un solo medico per provocare il disastro. «Quasi sempre è un fatto che riguarda più professionisti — dice Andrea Pietrabissa, chirurgo di Pavia con alle spalle 5mila interventi — Ormai lavoriamo per procedure, ci sono controlli multipli per ciascun paziente. Servono a ridurre il rischio di qualcosa che continuerà a succedere ma che dobbiamo rendere meno probabile». In certi casi anche grazie a un pennarello.

GIORNALISMO RISERVATA

L'INTERVISTA / LA CONFESSIONE DI UN MEDICO

“Una carriera lunga 20 anni bruciata con un intervento su una parte del corpo sana”

IL TRAUMA

Ho parlato
subito
ai parenti
del malato
e mi sono
preso
tutte le colpe

ROMA. «Quando succede, ti crolla il mondo addosso. Il tuo passato improvvisamente vale zero. E sai che domani sarai massacrato». Anche guardando dalla prospettiva del chirurgo, l'errore medico è disperazione e angoscia. A raccontare come ci si sente, è un dottore che ha operato un paziente all'organo sbagliato e chiede di restare anonimo.

Quando si è reso conto di ciò che era successo?

«Durante l'intervento. Appena ho capito, mi è crollato il mondo addosso. Tutto quello che puoi aver fatto per vent'anni di carriera, le migliaia di persone che hai visitato, la stima dei colleghi: finisce tutto».

Che cosa è successo in sala?

«Hanno perso tutti la rotta. Mi sono sentito come il comandante di una nave che stava affondando. Ho provato a tranquillizzare gli altri dicendo che la responsabilità era solo mia e me la sarei presa».

Ha parlato con i parenti del paziente?

«Dormiva ancora quando sono uscito dalla sala per spiegare ai familiari cosa era successo, senza omettere niente. Non sapevo cosa mi aspettava, magari un pugno in faccia. Mi sono scusato e loro alla fine hanno capito».

E dopo?

«Il giorno dopo è pure peggio. Sono nato per salvare le persone e invece ho fatto un casino. Sapevo che un uomo stava male per colpa mia. E questo è peggio del percorso giudiziario da affrontare».

Ha ripreso subito a operare?

«Sì, se ci si ferma è peggio. Ma tutte le mattine, quando entro in sala, prima penso a quel paziente. Ormai fa parte della mia vita».

(mi.bo.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA.2 / FRANCESCO CORCIONE, SOCIETÀ DI CHIRURGIA

“Impossibile azzerare i rischi ma l'ansia da prestazione rende tutto più complicato”

I CONTROLLI

Non sono
gli errori
a essere
cresciuti, ma
l'attenzione
sul nostro
lavoro

GIUSEPPE DEL BELLO

NAPOLI. Francesco Corcione è presidente della Società italiana di chirurgia e primario dell'Azienda ospedaliera Monaldi di Napoli. E mette le mani avanti: «Bisogna distinguere. Tra errore, come dimenticare una garza o una pinza in addome che comporta un danno al paziente, e complicità, la conseguenza di una fatalità imprevedibile che può sopravvenire anche dopo avere eseguito un intervento tecnicamente perfetto».

Perché i chirurghi sbagliano?

«Ci sono meno errori che in passato. Ma oggi c'è grande attenzione anche mediatica. Va detto però chiaramente che gli errori sono parte del nostro lavoro, una componente ineludibile. Noi chirurghi possiamo mirare a ridurre al minimo il rischio di sbagliare, ma mai potremo avere la presunzione di azzerarlo».

Insomma, gli errori sono giustificabili?

«No, chi sbaglia, sbaglia. Ma oggi anche in sala operatoria a inizio e fine intervento si fa la check-list, l'elenco di ferri e presidi utilizzati. E dobbiamo identificare col paziente la patologia da cui è affetto e il lato da trattare».

Tutto bene, allora?

«No, ci danneggiano i continui solleciti a produrre. Così come pesa la riduzione di fondi. Se sei costretto a lavorare in modo frettoloso e angosciante perché a fine anno devi fornire la dimostrazione numerica di quanto hai fatto, le conseguenze si sentono. E poi serve una migliore comunicazione tra i componenti dell'équipe, l'informatizzazione della cartella clinica e delle procedure da eseguire, fino alla prescrizione di farmaci».

UN'IMMAGINE RISERVATA



quotidianosanita.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

L'identikit dei "nuovi" medici. Preferiscono lavorare in ospedale, amano la ricerca e la divulgazione medico-scientifica. Ma entrare nel mondo del lavoro resta difficile

L'89% dei giovani medici intervistati manifesta la necessità di ricevere orientamento e formazione in materia di etica e di deontologia professionale. Nell'ultimo anno il 20,9% ha lavorato presso un ambulatorio privato, il 17,5% ha fatto sostituzioni di medicina generale, il 19,2% è un ospedaliero del Ssn, il 16,5% ha lavorato in una clinica privata e l'11% è un medico ospedaliero in una struttura convenzionata. [L'INDAGINE DELL'OIS](#)

Anche in condizioni di instabilità occupazionale e di discontinuità, i giovani medici rappresentano spesso, per inclinazione ai valori, capacità di dialogo con i pazienti, entusiasmo e dedizione, punti di riferimento significativi nelle comunità nelle quali sono inseriti. È il quadro che emerge dall'indagine sui camici bianchi under 40 'Chi ci curerà nel 2020?' realizzata da OIS (Osservatorio Internazionale della Salute) in collaborazione con OMCeO Roma insieme a FIMMG Roma, Cimo e Consulcesi.

La ricerca, presentata oggi presso il Ministero della Salute, è stata condotta attraverso un questionario online autosomministrato che è stato inviato a tutti i medici tra i 25 e i 40 anni. Il disegno della rilevazione ha previsto l'estrazione di un campione di circa 800 rispondenti (corrispondente a una frazione sondata pari a circa il 10%). L'indagine è stata concentrata su sei aree tematiche: la condizione professionale e retributiva dell'ultimo anno; le aspirazioni per il futuro; le esperienze di volontariato; la domanda formativa sui temi etici e deontologici; la tutela professionale e gli strumenti di sostegno finanziario alla professione.

Il profilo tipo che emerge utilizzando modelli statistici avanzati è quello di un giovane medico che inizia a lavorare prima dei 28 anni, aspira ad entrare in una struttura ospedaliera o in una clinica, oppure a svolgere attività di divulgazione medica e scientifica. Un altro aspetto che caratterizza questi giovani medici è rappresentato dall'impegno sociale, espresso attraverso l'attività di volontariato che svolgono o hanno svolto in passato.

Il dato sull'inserimento lavorativo è molto positivo rispetto ad altre professioni (l'85,1% degli intervistati svolge attività medica retribuita), ma si segnala una grande frammentarietà con il 32,1% che ha fatto almeno due attività diverse nel corso dell'ultimo anno. Nell'indagine si confermano alcuni dei mali cronici del mercato del lavoro italiano: così ci sono ben tre punti percentuali di scarto tra gli uomini e le donne occupate (86% a 83%) e oltre 4 punti rispetto alla quota di medici che sperimenta un ingresso precoce nel mercato del lavoro: il 59,9% delle donne comincia a lavorare entro i 28 anni, contro il 64,3% dei colleghi dell'altro sesso.

Da segnalare, inoltre, che l'89% dei giovani medici intervistati manifesta la necessità di ricevere orientamento e formazione in materia di etica e di deontologia professionale. Questa sensibilità è particolarmente accentuata fra le donne (92,6%), fra i più anziani (fra gli over 36, si raggiunge il 91%), fra i residenti nelle regioni del Nord (95,6%).

Per quanto riguarda le strutture in cui sono impiegati, nell'ultimo anno il 20,9% ha lavorato presso un ambulatorio privato; il 17,5% ha fatto sostituzioni di medicina generale; il 19,2% è un ospedaliero del Ssn; il 16,5% ha lavorato in una clinica privata; l'11% è un medico ospedaliero in una struttura convenzionata; l'8,7% ha avuto incarichi di guardia medica; l'8,9% ha svolto attività medica sul territorio per il Ssn. Infine, il 4,7% dei medici ha lavorato all'estero.

I giovani medici manifestano anche una buona propensione alla ricerca scientifica e alla divulgazione medica: indicano queste inclinazioni rispettivamente il 50,8% e il 40,5% degli intervistati. Gradirebbero svolgere attività di ricerca scientifica il 52,6% delle donne, e i medici più giovani (56,4%). La divulgazione medica è una preferenza espressa maggiormente dagli uomini, il 43%, mentre è meno sentita dagli over 35, tra i quali la indicano il 36,7% degli intervistati. I medici residenti del Mezzogiorno sono i più interessati alla medicina divulgativa: scelgono infatti questa attività il 43,1% di coloro che risiedono al Sud.

Molto diffusa tra i giovani medici la copertura assicurativa. È infatti l'87,5% la quota di coloro che l'ha sottoscritta. Tale percentuale raggiunge il 90% tra gli over 30, il 91,2% nelle regioni del Nord, mentre in quelle del Mezzogiorno si attesta all'84,7%. Il 4,9% dei medici assicurati ha dovuto ricorrere all'assistenza per la copertura di un danno. In generale, il 69,2% degli intervistati si sono dichiarati interessati a un programma di sostegno finanziato agevolato per l'avviamento della propria attività professionale. Si tratta, in particolare del 72,6% delle donne, l'85,2% dei medici più giovani (under 30), il 75,2% dei medici residenti nelle regioni del Centro e il 96,8% degli intervistati non specializzati e l'82,1% degli odontoiatri.

Le differenze territoriali si riflettono nettamente sui livelli di occupazione. È occupato il 92% dei medici residenti nelle regioni del Nord. Il valore scende all'83,8% al Centro e si abbassa ancora di più nel Sud, raggiungendo il 76,4%. I medici residenti al Nord e nel Mezzogiorno lavorano più frequentemente in un ospedale del SSN (35,4% e 30,6% rispettivamente), quelli del Centro presso ambulatori privati (23,4%). La maggior parte dei medici comincia a lavorare entro i 28 anni, ma in proporzione diversa a seconda della geografia: il 70,9% di quelli del Nord e il 56,1% di quelli del Centro, mentre solo il 40% di quelli del Mezzogiorno hanno avuto questa possibilità.

"La finalità di questo tipo di indagini è proporre soluzioni – conclude Giuseppe Petrella, Presidente del Comitato Scientifico di OIS – facendo, dunque, seguire l'azione alla ricerca. In tal senso una risposta all'esigenza di superare le difficoltà causate dal blocco del turnover del Servizio sanitario nazionale, è costituita da forme innovative di economia sociale, come le startup di giovani medici. Tali startup, senza inficiare compiti e funzioni del Ssn, potrebbero avere natura low-profit e realizzare progetti di medicina preventiva (campagne di educazione sanitaria, screening, sensibilizzazione su tematiche di attualità) per conto di Enti pubblici o privati; iniziative e servizi innovativi a sostegno dei pazienti con patologie croniche; attività di medicina divulgativa (blog, siti web, giornali, WebTV).

Queste startup, aggiunge Petrella, "potrebbero orientarsi all'assistenza primaria ambulatoriale, all'assistenza domiciliare integrata e alla creazione di comunità assistenziali. I risultati suggeriscono però anche di estendere al maggior numero possibile di giovani professionisti, attraverso un coordinamento ad esempio con le Onlus e con le realtà del terzo settore, l'opportunità di dedicarsi alla pratica sanitaria nell'ambito del mondo del volontariato, che possano offrire ai giovani medici una occasione di crescita culturale, sociale e professionale. Inoltre sarebbe auspicabile creare pacchetti previdenziali integrativi dedicati ai giovani professionisti e programmi di sostegno finanziario, da destinare a chi avvia l'attività professionale, finalizzati a specifiche iniziative".

<http://la.repubblica.it/salute>

I giovani medici hanno sempre un lavoro: "L'86 per cento stabile e retribuito"

I dati dell'inchiesta "Chi ci curerà nel 2020?" dell'Osservatorio internazionale della salute. Il 64,3 per cento dei maschi inizia entro i 28 anni, un terzo ha fatto volontariato. Meno del 5 per cento ha realizzato esperienze all'estero



Secondo lo studio c'è più domanda di camici bianchi in corsia che offerta L'INDAGINE sui giovani medici "[Chi ci curerà nel 2020?](#)" dice che c'è più domanda – camici bianchi in corsia – che offerta. Dice che le strozzature delle università italiane, all'altezza delle scuole di specializzazione, non portano agli ospedali il numero dei medici necessari oggi e per il futuro prossimo. Già, la professione del medico è un lavoro richiesto. Chi arriva in fondo alla laurea e alla specializzazione non resta disoccupato. I giovani medici occupati (qui si prende in esame la fascia d'età tra i 25 e i 40 anni) sono l'86 per cento, le donne arrivano all'83 per cento. Il 64,3 per cento dei maschi inizia a lavorare entro i 28 anni.

Al Nord sono il 92%. Al Nord i giovani medici con un lavoro stabile retribuito sono addirittura il 92 per cento, il 76,4 per cento al Sud (dove l'occupazione entro i 28 anni crolla, però, al 40 per cento). Prima di trovare un'occupazione certa un terzo ha già fatto almeno due lavori a tempo determinato: ambulatori privati, cliniche, guardie mediche. Tra i giovani medici non esiste fuga dei cervelli: quasi nessuno ha lavorato all'estero (il 4,7 per cento) e oltre il 37 per cento ha fatto esperienze mediche di volontariato (anche all'estero, temporanee). Si sono cimentati con il Terzo settore soprattutto, in questo caso, i clinici del Sud.

Un buon rapporto con i pazienti. I giovani medici, che hanno già introiettato esperienze ricche e articolate, si scoprono poco conflittuali con i loro pazienti: solo il 4,5 per cento ricorre alle assicurazioni per il risarcimento di un danno anche se l'87,5 per cento possiede una copertura (nel Nord si supera il 91 per cento). Soprattutto, il camice bianco di domani predilige il lavoro in ospedale: è il 77,1%. Il quadro dell'inchiesta [dell'Osservatorio internazionale della salute](#) (800 intervistati, il 10 per cento degli ottomila giovani medici sul territorio a cui vanno aggiunti seimila specializzandi), presentata oggi al ministero della Salute, è sorprendente.

Il blocco del turnover. Nel 2016 si avvista un giovane medico che cerca di superare il blocco turnover con iniziative proprie. Sette su dieci, per farlo, chiedono un sostegno finanziario agevolato. Spiega il professor Giuseppe Petrella, presidente del comitato scientifico di Ois: "I medici under 40 cercano forme innovative di economia sociale, a volte avviano startup di natura low-profit per realizzare progetti di medicina preventiva per conto di enti pubblici o privati, iniziative a sostegno dei pazienti con patologie croniche, attività di medicina divulgativa attraverso blog, siti web, giornali, webtv". Le startup, che sono la vera novità di questa fase clinica e nascono soprattutto nel Centro Italia, potrebbero orientarsi all'assistenza primaria ambulatoriale, all'assistenza

domiciliare integrata, alla creazione di comunità assistenziali. L'esperienza nel volontariato, da questo punto di vista, aiuta. Un coordinamento con le Onlus e le realtà del Terzo settore potrebbe creare nuove realtà mediche parallele al Servizio sanitario nazionale.

quotidianosanita.it

Mercoledì 04 MAGGIO 2016

Eurostat: Ictus e infarti causano la morte di 1 europeo su 5. Ogni anno 1,1 mln di decessi. Ma rispetto a 10 anni fa si muore di meno. Italia nella media Ue

La quota più alta di morti dovuti ad attacchi di cuore si registra in Lituania (36,7%), mentre la Francia è il Paese dove causa meno morti (6%). Per quanto riguarda l'ictus la mortalità più alta è in Bulgaria (19,7%) la minore ancora in Francia (5,7%). In ogni caso in media tra ictus e infarti rispetto a 10 anni fa si muore di meno. [IL FOCUS](#)

Nell'Unione europea nel 2013, gli attacchi di cuore (circa 644.000 decessi) e l'ictus (circa 433.000 decessi) sono stati la causa della morte per quasi 1,1 milioni di persone, pari al poco più di 1 a 5 decessi (21,6%). Dal 2000 tuttavia, la quota di infarti e ictus mortali è diminuito costantemente: rispettivamente dal 16,6% (infarti) e il 11,5% (ictus) di tutti i decessi nel 2000 si è passati al 12,9% (infarti) e 8,7% (ictus) nel 2013. A pubblicare i numeri è Eurostat in un suo report dove ricorda anche come "il rischio di morire di un attacco di cuore o ictus aumenta chiaramente con l'età, con gli attacchi di cuore e ictus che sono responsabili di meno del 10% di tutti i decessi tra le persone con meno di 40 anni in Europa, tra il 10% e il 20% per quelli di età compresa tra 40-69 anni e per oltre il 20% per i più anziani".

I numeri negli Stati. La Francia il Paese dove si muore di meno. Italia in media. La quota più alta nella Ue di morti dovuti ad attacchi di cuore si registra in Lituania (36,7%), seguita dalla Lettonia (28,9%), Slovacchia (27,9%), Repubblica Ceca (25,7%) e Ungheria (25,3%). Al contrario, gli attacchi di cuore hanno rappresentato meno del 10% di tutte le cause di morte in Francia (6,0%), seguita da Portogallo (6,5%), Paesi Bassi (6,6%), Belgio (7,6%), Danimarca (7,9%), la Spagna (8,6%) e Lussemburgo (9,7%). Nella UE, i decessi a causa di attacchi di cuore rappresentato il 12,9% di tutti i decessi. L'Italia è poco sotto la media con l'11,9%, pari a 71mila morti l'anno.

Per quanto riguarda le morti causate da ictus, le percentuali maggiori sono state registrate in Bulgaria (19,7%), in Romania (18,7%) e Lettonia (17,0%), seguita da Croazia e Lituania (entrambi 14,3%), così come la Grecia (13,4%). All'estremo opposto della scala, la Francia (5,7%), Danimarca (6,4%), il Belgio e la Germania (entrambi 6,5%), Irlanda, Lussemburgo e Austria (tutte 6,6%) e Paesi Bassi (6,7%) hanno registrato azioni sotto del 7%. A livello UE, colpi sono stati responsabili per il 8,7% di tutti i decessi nel 2013. L'Italia in questo caso è sopra la media con il 9,7%, pari a 58mila decessi.

Ma negli ultimi 10 anni si registra un calo della mortalità sia per ictus che per infarto. Rispetto al 2000, la percentuale di decessi a causa di attacchi di cuore è scesa nella maggior parte degli Stati membri, nonostante una popolazione complessiva che si è invecchiata. Tra questi, le più notevoli diminuzioni sono state registrate in Estonia (dal 32,3% nel 2000 al 23,0% nel 2010, -9,3 punti percentuali), in Danimarca (-8,0 pp), il Regno Unito (-7,7 pp), e Svezia (-6,9 pp). Incrementi sono stati osservati invece in Lituania (+4,3 pp), Repubblica Ceca (+4,2 pp), Ungheria (+3,3 pp) e Croazia (+2,9 pp). Per quanto riguarda l'Italia c'è stato un calo dell'1,2%.

Una tendenza simile al ribasso vale per le morti per ictus. Il più grande calo della quota di decessi tra il 2000 e il 2013 è stato registrato in Portogallo (dal 19,8% al 11,5%, o -8,4 pp), in vista di Estonia (-7,9 pp), la Repubblica Ceca (-6,4 pp), l'Austria (-5,0 pp) e Lussemburgo (-4,9 pp). Gli unici aumenti sono stati in Lituania (+1,7 Pp), Bulgaria e Slovacchia (entrambi +0,9 pp). L'Italia ha visto un calo del 2,3 punti percentuali.

Nuoce gravemente alla salute

Fa male alla salute ma anche alle casse dello Stato. Che, poi, siamo tutti noi. L'azzardo, ogni anno, produce in giro d'affari di circa 90 miliardi (si scrive 9 seguito da dieci zeri), una cifra colossale che, però finisce quasi tutta nelle tasche delle grandi aziende che producono le macchinette. Di questa montagna di soldi, lo Stato incassa, attraverso le tasse, circa 8 miliardi. E ne spende più di 6 e mezzo per curare le 900mila persone che si ammalano passando ore e ore a tentare la fortuna. Messe tutte insieme, queste persone costituirebbero la popolazione di una città grande come Napoli. L'azzardo fa male anche alla legalità. Accanto al gioco "legale", sorvegliato dallo Stato, prolifera un canale parallelo completamente nascosto alle leggi e al Fisco. Un "mercato" governato da una cinquantina di clan mafiosi che si spartiscono, ogni anno, quindici miliardi. Altri soldi sottratti alla collettività, che si potrebbero impiegare per costruire scuole, ospedali, parchi pubblici e luoghi di ritrovo per i giovani. Che, invece, sempre di più sono attirati dalle slot. Vietate ai minorenni dalla legge. Ma tanto nessuno controlla.... Così, secondo la Società italiana di Pediatria, almeno il 13% dei giovanissimi trascorre gran parte del proprio tempo giocando d'azzardo, soprattutto online. Ragazzi che spesso passano anche tutta la notte cercando di vincere qualche soldo. Che non farà la loro fortuna ma gli rovinerà la vita. Fare in modo che smettano prima che sia troppo tardi, è responsabilità di tutti. Anche dei compagni di classe.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

