Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 56
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

focus sanità

Patto pubblico-privato contro malanni e spese di un popolo di anziani

TRA 5 ANNI NEL MONDO PIÙ VECCHI CHE BAMBINI. L'ITALIA AL TOP PER DURATA MEDIA DELLA VITA. SALGONO PAURE E COSTI: SI CALCOLA CHE L'ESBORSO PER GLI OVER 65 SALIRÀ DALL'1,7% AL 4% DEL PIL. I POSSIBILI RIMEDI

Vito de Ceglia

Milano

La grande sfida che i sistemi sanitari dei Paesi occidentali e di tutto il mondo dovranno affrontare nell'immediato futuro è quello dell'invecchiamento della popolazione. Un problema non da poco considerato che oggi, per la prima volta nella storia, la maggior parte delle persone hanno un'aspettativa di vita di 60 anni e oltre.

È questo l'allarme lanciato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) in uno studio presentato lo scorso 1° ottobre che riporta un dato per certi versi già noto, ma non per questo meno inquietante: la popolazione anziana a livello globale entro 5 anni supererà quella dei bambini sotto i 5 anni e nel 2050 gli over 60 dagli attuali 900 milioni passeranno a quasi due miliardi.

Altro dato, già noto: nel ranking mondiale dei Paesi più longevi, il Giappone occupa il primo posto. L'Italia, il secondo. Non solo, stando alle statistiche dell'Istat su dati Eurostat, siamo anche al secondo posto in Europa per numero di anziani dopo la Germania. Come se non bastasse, le previsioni non lasciano per niente tranquilli perché dicono che, seguendo questo trend, nel 2030 un italiano su 3 avrà più di 65 anni e i non autosufficienti passeranno dagli attuali 2,1 milioni a 3,5 milioni. L'Istat avverte inoltre che all'allungamento della vita media si associa l'aumento delle principali patologie croniche con costi per la sanità pari a circa 6 miliardi di euro.

Alla luce di questo fenomeno, non stupisce che il 60% dei nostri connazionali sia preoccupato dei problemi legati all'invecchiamento e delle spese che esso comporta: lo segnala la nuova ricerca dell'Osservatorio Sanità di UniSalute, la compagnia del Gruppo Unipol specializzata in assistenza sanitaria, attenta alle tematiche della non autosufficienza. Nello specifico il 30% degli italiani è preoccupato della concreta possibilità che il Sistema sanitario nazionale (Ssn) non riesca più a garantire il supporto sanitario adeguato, mentre l'altro 30% teme di non essere in grado di sostenere le spese per le cure e l'assistenza di cui avrà bisogno quando sarà anziano (percentuale che sale al 36% tra le donne).

Ma quali sono i problemi di salute tipici di un'età avanzata che preoccupano di più gli italiani? Per il 40% degli intervistati, sottolinea l'Osservatorio di Unisalute, è la demenza senile (percentuale che sale al 47% tra le donne), seguita dai problemi legati alla deambulazione e al rischio di dover rimanere immobilizzati a casa (34%). Guardando alle differenze che emergono lungo lo Stivale, si nota come opposte siano le preoccupazioni tra Nord e Sud: se nel Settentrione si teme maggiormente la demenza senile (44% contro il 31% del Sud), nel Meridione a far paura è il pericolo di non potersi più muovere (39% contro 31% del Nord).

Timori legati a problematiche già presenti in molte famiglie: sono sempre più quelle che devono occuparsi direttamente dei genitori anziani. Un italiano su due (48%), infatti, è preoccupato che questo tipo di problemi possa riguardare un proprio familiare, mentre solo il 36% è preoccupato per se stesso.

Di fronte ad uno scenario di questo tipo, la spesa pubblica per Long term care (Ltc), cioè per anziani over 65, deve fare i conti con l'inevitabile evoluzione della struttura demografica del Paese. E' lecito, quindi, chiedersi cosa comporta tale longevità per la salute delle persone? E quali impatti ha sulla società e sul Ssn in termini di servizi, assistenza e costi? Due interrogativi che, secondo l'Ocse, giocoforza rendono sempre più urgente una riforma complessiva del settore Ltc la quale potrebbe prevedere anche uno sviluppo di forme di finanziamento aggiuntive/integrative rispetto a quelle pubbliche e quindi una collaborazione tra pubblico e privato.

L'Ocse stima che in Italia la spesa complessiva per anziani sottoposti a Ltc sia pari attualmente all'1,7% del Pil, ma nel 2050 tale incidenza potrebbe attestarsi al 4%, date le dinamiche socio-demografiche che caratterizzano il Paese. Inoltre, nell'area Ocse, l'Italia è il Paese con la più elevata percentuale (sulla popolazione) di familiari e amici che prestano in modo continuativo assistenza a persone disabili, con costi sociali che probabilmente potrebbero essere mitigati o del tutto eliminati attraverso un'offerta, anche da parte di operatori privati, di servizi di assistenza facilmente reperibili, caratterizzati da elevati livelli di profes-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 56
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

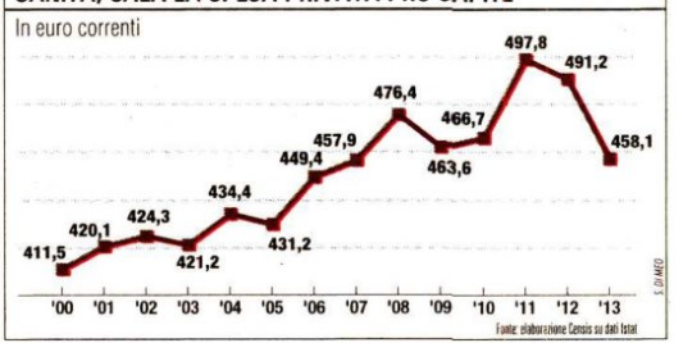
sionalità e a costi non elevati.

Se è piuttosto evidente che la sola offerta pubblica e la sola spesa pubblica non possono fare fronte a bisogni crescenti, come nel caso dell'assistenza domiciliare integrata destinata a una popolazione anziana in crescita, l'idea di un'integrazione tra offerta pubblica e strumenti assicurativi (che permettano di sottoscrivere polizze a costi accessibili per poter godere in futuro di servizi di assistenza, di cura e di Long term care) e di intermediazione organizzata e professionale di servizi, diventa quanto mai attuale.

L'Italia, inoltre, resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa out of pocket intermediata, ovvero coperta da assicurazioni di tipo integrativo o da strumenti simili, rappresenta una quota molto bassa del totale della spesa sanitaria "di tasca propria".

L'Ocse stima che in Italia l'out of pocket intermediato sia appena il 13,4% del totale, a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, 76,1% degli Stati Uniti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



[IL RAPPORTO]

Ma gli italiani pagano molto di tasca propria

L'Italia resta ancora una delle poche economie avanzate in cui la spesa out of pocket intermediata, ovvero coperta da assicurazioni di tipo integrativo o da strumenti simili, rappresenta una quota molto bassa del totale della spesa sanitaria di "tasca propria". A sostenerlo è il rapporto sul welfare di Censis-Unipol. E a confermarlo sono anche le stime dell'Ocse le quali dicono che in Italia, l'out of pocket intermediato è appena il 13,4 per cento del totale, a fronte del 43 per cento della Germania, del 65,8 per cento della Francia, 76,1 per cento degli Stati Uniti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

19-OTT-2015
da pag. 25
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ambulanze finte e pillole inutili Le truffe milionarie della sanità

di **Fiorenza Sarzanini**

Le truffe nella sanità sono costate allo Stato più di un miliardo, tra false esenzioni e prescrizioni inutili. a pagina **25**

IL DOSSIER DELLA GUARDIA DI FINANZA

Pillole a chi non ne aveva bisogno Le truffe milionarie della sanità

Le indagini

Rimborsi ad ambulanze ferme. Buco di 1,67 miliardi tra gennaio 2014 e settembre 2015

di **Fiorenza Sarzanini**

ROMA Furgoncini utilizzati come ambulanze, centinaia di migliaia di farmaci per l'ipertensione prescritti anche a chi non ne ha bisogno, dipendenti di ospedali e cliniche convenzionate che timbrano il cartellino della presenza e tornano a casa. E poi strutture costate decine di milioni di euro e mai aperte come il «Centro cuore» della Calabria, appalti truccati, Isee falsificati per ottenere l'esenzione dai ticket. Se si esamina il dettaglio delle truffe e degli abusi nel settore della sanità pubblica si comprende che molto si può fare per riuscire a risparmiare. La quantificazione del danno è stata effettuata dalla Guardia di Finanza: un miliardo e 67 milioni di euro tra il 1 gennaio 2014 e il 30 settembre 2015. A tanto ammonta il «buco» nelle casse dello Stato provocato dagli illeciti compiuti da medici, infermieri, tecnici di laboratori, ma anche da quei cittadini che lucrano sulle prestazioni per ottenere vantaggio. Non a caso le indicazioni fornite ai comandi delle Fiamme Gialle di tutta Italia invitano ad aumentare i controlli «perché l'attività a contrasto degli illeciti in materia di spesa pubblica contribuisce all'aumento del livello di *compliance* della platea di soggetti a cui spettano le misure di agevolazione assistenziale e previdenziale».

Medicine e ambulanze

Secondo le norme «la prescrizione di alcuni farmaci "anti-ipertensivi" di costo elevato e rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale deve essere preceduta da una cura con farmaci contenenti il medesimo principio attivo ma non in "associazione fissa", il cui costo è inferiore ai primi di circa un terzo». Le verifiche compiute in Puglia dai finanzieri sulle ricette emesse tra il 2012 e il 2014 hanno portato alla denuncia di «482 medici di Brindisi, Bari, Lecce e Taranto, che hanno indebitamente prescritto farmaci — ben 15.541 confezioni — arrecando un aggravio al bilancio delle Asl di 194 mila euro».

È costata invece oltre un milione e mezzo di euro la truffa contro la Asl di Brescia per la convenzione con alcune società che dovevano occuparsi del trasporto dei pazienti dializzati grazie alla presentazione di richieste di rimborso per oltre due milioni di chilometri mai percorsi e di tariffe ben più alte di quelle massime fissate dalla Regione Lombardia, ma anche facendo risultare un numero di trattamenti molto più alto di quelli effettuati e falsando il numero delle persone trasportate».

A Bergamo il meccanismo scoperto era analogo, con un'aggiunta: «anziché furgoncini, le società attestavano di utilizzare l'ambulanza e così aumentavano ulteriormente l'entità dei rimborsi».

Badge e ticket

La Finanza di Sulmona ha denunciato i dipendenti della Asl che dopo aver timbrato il cartellino «tornavano a casa oppure andavano a fare compere o la spesa». Alcuni loro colleghi non perdevano neanche il tempo di andare a strisciare il *badge*: «Non andavano in ufficio e poi presentavano comunicazione sostitutiva dichiarando di aver perso il cartellino». Per episodi analoghi dieci dipendenti della Asl di Benevento in servizio in ospedale sono stati sospesi dal servizio per ordine del giudice: avevano infatti creato un sistema di turni in modo che gli «assenti» venivano coperti dagli altri.

Tra le numerose truffe scoperte dagli specialisti delle Fiamme Gialle ci sono quelle compiute grazie alla falsificazione dell'Isee, l'indicatore della situazione economica di ogni cittadino. Nel maggio scorso a Siracusa sono state segnalate alla magistratura «162 persone che hanno presentato dichiarazioni false e in questo modo hanno ottenuto l'esenzione dal pagamento del ticket».

Non sono gli unici, visto che

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.796
Diffusione 08/2015: 307.097
Lettori Ed. II 2015: 2.477.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

19-OTT-2015
da pag. 25
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

in tutta Italia sono migliaia gli illeciti scoperti. Emblematico il caso di una signora di Genova, moglie di un ricco imprenditore, che era riuscita a risultare totalmente indigente e così non pagava nemmeno un centesimo per cure e medicine.

Indennità e ricoveri

A Piacenza è stata scoperta una clinica convenzionata che faceva risultare ricoverati pazienti in realtà curati in ambulatorio. Danno accertato: 1 milione e 200 mila euro. In Piemonte erano state allestite cliniche in un ex albergo di montagna e nell'abitazione del rappresentante di una delle società che aveva ottenuto la convenzione per il trattamento sociosanitario. Esborso previsto: 3 mila euro a paziente. A Cosenza centinaia di cittadini «beneficiari della "indennità di accompagnamento" negli anni tra il 2010 e il 2014, erano stati ricoverati presso strutture ospedaliere pubbliche o private per periodi superiori a 30 giorni, con retta a totale carico del Servizio sanitario nazionale, senza effettuare le prescritte comunicazioni all'Inps ed evitando che l'erogazione del beneficio venisse sospesa».

fsarzanini@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I casi

● Tra i casi di illeciti verificati dalla Finanza nel settore della sanità c'è la prescrizione indebita in Puglia di 15 mila farmaci. A Brescia è costata oltre un milione e mezzo una truffa alla Asl locale

● A Piacenza una clinica registrava pazienti mai ricoverati: danno, un milione e 200 mila euro. In Piemonte erano state allestite finte cliniche in ex alberghi e case private

Le cifre

I danni erariali in materia di spesa sanitaria

Anno	Numero interventi	Soggetti verbalizzati	Danni erariali accertati
2014	149	2.088	327.444.404
2015 (gen-giu)	115	237	478.797.157
TOTALE	264	2.325	806.241.561

Le truffe e gli abusi

Tipo di risultato	Gennaio-dicembre 2014	Gennaio-settembre 2015
Interventi eseguiti	8.525	2.887
Persone denunciate	1.073	556
Frode accertata	143.001.736	117.940.781

Danni erariali più truffe e abusi 2014 e 2015 **1 miliardo e 67 milioni**

d'Arco

La parola

ISEE

Nato nel 1998, l'Isee (Indicatore della situazione economica equivalente) misura, basandosi sul reddito e su altri parametri, la condizione economica delle famiglie che richiedono agevolazioni come assegni per la maternità, bonus bebè, etc.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.

Italia Oggi Sette Affari Legali

19-OTT-2015
da pag. 7
foglio 1
www.datastampa.it

Il garante privacy chiede alle regioni di muoversi per evitare ulteriori violazioni

Info sanitarie lontane dal web

Le Asl non possono spiattellare i dati sui siti delle p.a.

DI ANTONIO CICCIA MESSINA

Vietato alle Aziende sanitarie locali spiattellare sul web delle pubbliche amministrazioni i dati sanitari.

Il garante della privacy ha bloccato la diffusione di dati di disabili sui siti istituzionali di una regione e di una azienda sanitaria e ha preannunciato pesanti sanzioni amministrative con il provvedimento n. 489 del 24 settembre 2015.

Sul banco degli imputati si è trovato il portale internet dell'assessorato alla sanità di una regione.

Questo portale offre numerosi servizi per l'utenza e ospita i siti istituzionali delle aziende ospedaliere, ospedali, dipartimenti, distretti socio sanitari, poliambulatori e consultori.

In particolare sul sito web istituzionale di una azienda sanitaria sono state pubblicate graduatorie ed elenchi riferite a selezioni pubbliche riservate a soggetti disabili.

Le graduatorie riportavano nome, cognome, punteggio attribuito e, in alcuni casi, la data di nascita di persone disabili, i nomi dei partecipanti non ammessi prova attitudinale, i nomi degli invalidi che non hanno superato la prova attitudinale, i nominativi delle persone appartenenti alle categorie protette.

Tra l'altro le graduatorie non schermavano i dati identificativi degli interessati ed erano immediatamente visibili in rete tramite i più diffusi motori di ricerca generalisti.

Secondo il garante la pubblicazione sul web degli elenchi ha causato un'indebita diffusione di dati idonei a rivelare lo stato di salute degli interessati, in violazione dell'articolo 22, comma 8, del codice della privacy: le graduatorie riportavano, infatti, sia la disabilità sia il nome per esteso degli interessati. Inoltre l'indicizzabilità da parte dei motori di ricerca dei dati amplifica il danno alla dignità e alla riservatezza delle persone.

Di conseguenza il garante ha vietato l'ulteriore diffusione in internet dei dati sanitari contenuti negli elenchi e ha prescritto di conformare per il futuro la pubblicazione di atti e documenti in rete alle disposizioni contenute nel codice della privacy e nel provvedimento n. 243 del 15 maggio 2014 (Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati).

Il garante si è riservato di contestare la violazione amministrativa prevista dall'articolo 162, comma 2-bis, del codice della privacy, con la possibilità di applicare la sanzione del pagamento di una somma da 10 mila a 120 mila euro.

Dalla pronuncia in esame, l'ultima di una serie di analogo tenore, è scaturita una lettera del presidente del garante, Antonello Soro, a Sergio Chiamparino, presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, per richiamare l'attenzione della Conferenza sulla preoccupante prassi di pubblicare sui siti web degli enti pubblici atti e documenti contenenti dati personali non indispensabili di cittadini e dipendenti, spesso estremamente delicati come quelli riferiti alla salute, in particolare alla disabilità.

Il Garante ha chiesto, dunque, alla Conferenza di assumere specifiche iniziative per impedire ulteriori violazioni.

© Riproduzione riservata

Sergio Chiamparino

Antonello Soro

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 56
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

focus sanità

[IL CASO]

Da "araba fenice" a pilastro si punta sulla sanità digitale

PER ANNI SE NE È PARLATO MOLTO, APPARIVA E SCOMPARIVA. ADESSO GOVERNO E REGIONI SEMBRANO AVER SBLOCCATO LA SITUAZIONE DI STALLO. DALLA TELEMEDICINA VANTAGGI E RISPARMI. MA È POCO NOTA AGLI ITALIANI

Milano

Di sanità digitale e telemedicina in Italia se ne è parlato tanto in questi anni, ma se ne è fatta poca. E' stata per lungo tempo una specie di "araba fenice" che appariva e scompariva, con dichiarazioni d'intenti che la "esaltavano", ma poi più nulla. Salvo alcune sperimentazioni a "macchia di leopardo" che duravano l'arco di un finanziamento. Almeno fino a quest'anno, quando Governo e Regioni sembrano aver finalmente sbloccato una situazione di stallo.

A dirlo sono i dati della ricerca dell'Osservatorio innovazione digitale del Politecnico di Milano che ha messo in evidenza i notevoli sforzi compiuti per dare vita ad un Patto per la 'Sanità Digitale' all'interno del più generale 'Patto della Salute'. Anche per questo, probabilmente nel 2014 la spesa per la digitalizzazione della sanità italiana ha ripreso a crescere, mostrando un +17% rispetto all'anno precedente, raggiungendo i livelli del 2010. Che risultano comunque limitati: sono pari solo all'1,3% della spesa sanitaria pubblica, circa a 23 euro per ciascun abitante.

La ricerca conferma, però, la volontà da parte delle Regioni di proseguire con azioni di digitalizzazione della sanità. L'obiettivo è di mettere in moto tutti quei sistemi e strumenti elettronici, informatici, telematici che consentono di monitorare a distanza lo stato di salute di un paziente. E di intervenire in tempo reale, quando si riscontrino dati critici. Con vantaggi evidenti per i malati, che possono starsene a casa, evitando spostamenti e lunghe attese davanti ai laboratori clinici; per i familiari delle persone in cura, rassicurati da questi servizi di assistenza a domicilio; per le strutture sanitarie, che riducono tempi e costi di ricovero.

Secondo una ricerca dell'Osservatorio Netics, la digitalizzazione della sanità e la telemedicina potrebbe valere in termini di risparmi per la Ssn un paio di manovre finanziare, 6,9 miliardi di euro l'anno. La ricerca sottolinea inoltre che 2,5 miliardi di risparmi arriverebbero dotando gli ospedali di strumenti a supporto delle decisioni terapeutiche, basati su sistemi di 'evidence based medicine' (Ebm) L'integrazione tra ospedale e territorio attraverso la telemedicina può essere veicolo di risparmi pari a circa 1,4 miliardi l'anno. La massima parte di questa ottimizzazione di costo deriverebbe dalla riduzione del 5% delle giornate di ricovero dei pazienti acuti in ospedale e del 10% in strutture di lungodegenza

Sempre secondo lo studio i Cup, i centri unici per le prenotazioni, devono trasformarsi in strutture capaci di relazionarsi in maniera più efficiente e interattiva con il paziente, 7 giorni su 7. Oltre a migliorare la qualità della relazione con gli assistiti. Questo intervento — riporta la ricerca — può generare, nel lungo periodo, una riduzione dei costi di gestione dei Cup pari a 100-150 milioni di euro. Infine, con l'introduzione su scala regionale di sistemi informativi di tipo 'enterprise resource planning' e attraverso la centralizzazione degli acquisti è possibile ridurre i costi di 3 miliardi di euro l'anno.

Una brutta notizia però arriva dal sondaggio 'La ricerca sull'opinione e la conoscenza degli italiani sulla telemedicina', che ha coinvolto 4.500 persone con un'età media di 53 anni e con un livello di istruzione medio-alto (65%). Dalle risposte si evince che gli italiani hanno un livello "scarso" di conoscenza della telemedicina. Il 26,7% non "l'ha mai sentita nominare". La percezione del suo utilizzo nella popolazione "è assente", ma sussiste "un interesse diffuso". In generale, "la percezione è che con l'uso della telemedicina si possono risparmiare tempi e costi soprattutto nell'ambito delle malattie cardiache e respiratorie".

Sta di fatto che la sanità digitale e la telemedicina rappresentano oggi uno strumento imprescindibile per rispondere in modo efficiente alla crescente richiesta di assistenza privata da parte degli anziani, molti dei quali sono disabili. In Italia gli anziani sottoposti ad assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200.000 nei primi anni 2000 ad oltre 532.000 rilevati nel 2012 (Fonte: Istat). Si è passati, in sostanza, dal 2,1% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre) al 4,3%. L'Ocse stima che in Italia la spesa complessiva per anziani sottoposti a long term care sia pari attualmente all'1,7% del Pil, ma nel 2050 tale incidenza potrebbe attestarsi al 4%, date le dinamiche socio-demografiche che caratterizzano il Paese. ***(v.d.c.)***

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Patto pubblico-privato contro malanni e spese di un popolo di anziani

"Servono fondi doc e regole certe per poter estendere l'assistenza"

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 39
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

DOSSIER
INVESTIMENTI

Wall Street, c'è spazio per salute e hi-tech

LA BORSA AMERICANA È AL SESTO ANNO DI RIALZO CONSECUTIVO E TRA GLI OPERATORI PREDOMINA UN SENSO DI PRUDENZA NEL PRENDERE NUOVE POSIZIONI. MA LE AZIENDE HANNO BILANCI SOLIDI E LIQUIDITÀ IN CASSA

Marco Frojo

Milano

Giunta al sesto anno consecutivo di rialzi, durata che ha pochi precedenti nella storia, la corsa di Wall Street preoccupa non poco gli investitori. Se si aggiunge il fatto che le valutazioni sono tutt'altro che basse e che negli ultimi mesi si è registrata una forte volatilità si può facilmente comprendere il perché della cautela di chi esita a prendere posizione sul principale mercato azionario al mondo. Per Mark DeVaul, gestore del Nordea 1 – North American Value Fund, si tratta di timori più che giustificati supportati da fondate motivazioni ma che non tengono conto di quelli che sono gli elementi a favore di un investimento sull'azionario americano.

«Le aziende statunitensi hanno bilanci molto solidi e soprattutto molta liquidità in cassa – spiega il gestore di Nordea – Inoltre l'economia a stelle e strisce è in buona salute». Si tratta di due fattori di fondamentale importanza perché la liquidità dà ampio margine alle aziende di aumentare il dividendo, mentre il buon andamento della congiuntura dovrebbe garantire il proseguimento della crescita degli utili. Quindi è vero che l'attuale rapporto fra prezzi e utili è storicamente alto ma senza impreviste frenate della congiuntura dovrebbe scendere, mentre il cosiddetto dividend yield, ovvero il rendimento garantito dividendo, è al 2% (un valore in linea con la media storica) ed è destinato a salire; senza contare il fatto che il payout ratio, cioè la quota di utili usata per pagare i dividendi, è su valori molto bassi: il 36% contro una media storica del 49%.

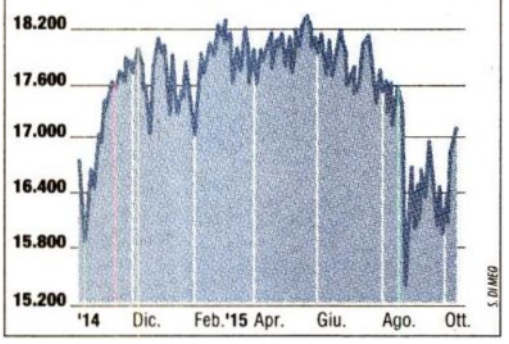
Inoltre, il probabile aumento dei tassi da parte della Federal Reserve, che da molti è visto come uno spauracchio, non dovrebbe sostanzialmente cambiare questa situazione: «Sono convinto che la Fed alzerà in maniera molto moderata i tassi e che il processo sarà molto lento; questo è positivo per gli investitori e il costo dei finanziamenti per le aziende non dovrebbe cambiare molto. Oggi molte riescono ad emettere obbligazioni decennali a un tasso del 4%». Per scegliere i titoli su cui investire a Wall Street, DeVaul si attiene ad alcune semplici regole. Prima di tutto cerca società con un business molto stabile e lascia da parte quelli con grandi potenzialità ma anche grandi rischi; in secondo luogo osserva attentamente le mosse del management: «Piuttosto che gli annunci a noi interessano le azioni concrete; inoltre prestiamo molta attenzione all'insider activity, ovvero all'acquisto di azioni della propria società da parte del management. Da ultimo analizziamo i piani di incentivi per la dirigenza».

DeVaul sostiene di essere poco interessato ai multipli di mercato: «Il rapporto fra prezzo e utili non lo guardiamo perché spesso è fuorviante; prestiamo invece una maggiore attenzione al rapporto fra enterprise value ed Ebitda, che racconta molte più cose sullo stato di salute di un'azienda. Fondamentalmente però noi siamo interessati al business perché non siamo alla ricerca di società sottovalutate ma di buone società da tenere a lungo in portafoglio». Secondo il gestore statunitense alcuni buoni titoli li si trova oggi nel settore dell'healthcare, del consumer discretionary e dell'alta tecnologia. In quest'ultimo comparto la scelta non ricade però su Facebook o su Google come molti potrebbero pensare bensì su un nome storico dell'high tech a stelle e strisce, Microsoft. «Il produttore di Windows ha un business molto stabile grazie al sistema operativo per Pc e una montagna di cash da 50 miliardi di dollari – spiega DeVaul – Facebook ha sicuramente potenzialità maggiori ma presenta anche un profilo di rischio estremamente più alto; io però voglio poco rischio. La nostra filosofia di investimento guarda al lungo periodo e, se da un lato non ci permette i cogliere i rialzi più clamorosi, dall'altra garantisce performance solide anche nei periodi di ribasso dei mercati». Sempre all'interno dell'high tech, DeVaul segnali i nomi di Corning e di Cisco, due produttori di infrastrutture hardware, e di Visa, il circuito per i pagamenti elettronici.

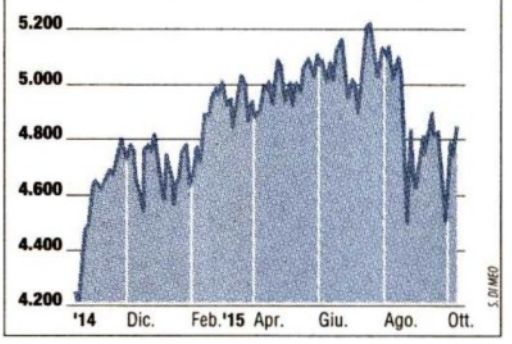
Fra le dieci più importanti posizioni del fondo gestito da DeVaul ci sono anche Carmax (una catena di concessionari d'auto), Berkshire Hathaway (il fondo d'investimento di Warren Buffett), Carnival (la compagnia crocieristica) ed Eli Lilly (la casa farmaceutica).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UN ANNO DI DOW JONES



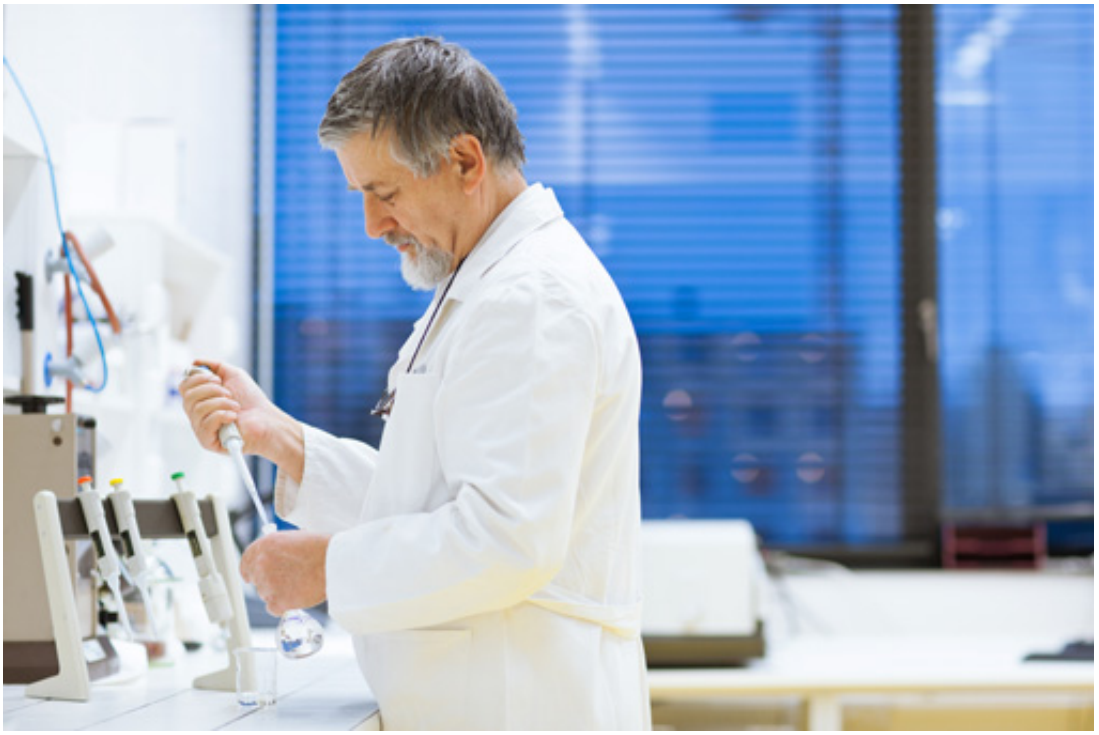
IL NASDAQ



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Voriconazolo post-trapianto aumenta il rischio di carcinoma squamocellulare



16 ottobre 2015

Voriconazolo, un antifungino triazolico utilizzato comunemente per prevenire e trattare le infezioni fungine nei pazienti sottoposi a un trapianto di polmone, aumenta in modo significativo il rischio di sviluppare un carcinoma a cellule squamose in questa popolazione. Lo evidenzia uno studio pubblicato di recente sull'American Journal of Transplantation.

Tuttavia, l'esposizione a voriconazolo ha mostrato di ridurre significativamente il rischio di colonizzazione da parte di Aspergillus e la mortalità dovuta a qualunque causa di tra i pazienti che avevano sviluppato una colonizzazione da Aspergillus.

Il cancro della pelle è il tumore maligno più frequente nei destinatari di trapianto di organo solido, per lo più a causa dell'immunosoppressione. In particolare, questi soggetti hanno un rischio di sviluppare un carcinoma cutaneo a cellule squamose superiore di 65 volte rispetto alla popolazione generale. La particolare suscettibilità a questo tumore è legata all'età al momento del trapianto e all'intensa immunosoppressione alla quale sono sottoposti. Inoltre, questi pazienti sono caratterizzati da un'alta incidenza di infezioni fungine dopo il trapianto, che possono portare a una morbidità e una mortalità significative.

Voriconazolo è stato approvato nel 2002 per la prima volta per la prevenzione e il trattamento delle infezioni fungine invasive, come quelle causate dai funghi del genere Aspergillus, specialmente nei pazienti con sistema immunitario compromesso, come a seguito di un trapianto di polmone o di altro organo. Questi microrganismi possono causare aspergillosi, diverse malattie che spesso si verificano in persone non immunocompromesse, ma con una malattia di base, come la tubercolosi o la malattia polmonare ostruttiva cronica.

Nei pazienti trapiantati di polmone, il carcinoma cutaneo a cellule squamose è un grave effetto collaterale di voriconazolo.

Nonostante l'ampio uso del farmaco, non esistono chiare linee guida che indichino regimi di profilassi ottimali per bilanciare il rischio e il beneficio, spiegano nell'introduzione gli autori, guidati da Matthew D. Mansh, della

Stanford University, in California.

Per approfondire l'argomento, Mansh e i colleghi hanno effettuato uno studio retrospettivo analizzando 455 pazienti che erano stati sottoposti a trapianto di polmone (singolo, doppio o combinato cuore-polmone) presso l'Università della California di San Francisco tra il 1991 e il 2012. In questo campione hanno analizzato l'esposizione al voriconazolo e il suo impatto sull'incidenza del carcinoma cutaneo squamocellulare, la colonizzazione da Aspergillus, l'aspergillosi invasiva e la mortalità dovuta a una qualsiasi causa.

Per la prevenzione della colonizzazione da Aspergillus e delle infezioni fungine invasive, dal 1991 fino al 2002 si è utilizzata amfotericina per via inalatoria; voriconazolo è stato introdotto nel 2002 e nel 2005 ha sostituito amfotericina.

Analizzando i dati, i ricercatori hanno visto che l'esposizione a voriconazolo si traduceva in un aumento del 73% del rischio di sviluppare un carcinoma a cellule squamose (HR 1,73; IC al 95% 1,04-2,88; P = 0,03) e che tale rischio aumentava del 3% ogni 30 giorni aggiuntivi di trattamento con l'anrifungino allo stesso dosaggio (HR 1,03; IC al 95% 1,02-1,04; P < 0,001).

Tuttavia, il farmaco ha ridotto del 50% il rischio di colonizzazione da Aspergillus (HR 0,5; IC al 95% 0,34-0,72; P < 0,001), specie nel primo anno dopo il trapianto. Inoltre, ha ridotto in modo significativo il rischio di mortalità per qualsiasi causa tra i pazienti che erano stati colonizzati da Aspergillus dopo il trapianto (HR 0,34; IC al 95% 0,13-0,91; P = 0,03), mentre non ha avuto alcun impatto in quelli non colonizzati dal fungo.

"Questi risultati hanno importanti implicazioni per la cura dei pazienti che sono stati sottoposti a trapianto di polmone. Nei trapiantati d'organo, i carcinomi a cellule squamose si comportano in modo aggressivo e possono provocare una riduzione significativa della qualità della vita, dare origine a metastasi e causare un aumento della mortalità" scrivono Mansh e i colleghi. "È importante che i medici siano consapevoli dell'impatto di voriconazolo su questi outcome".

Infine, sottolineano i ricercatori, "nei pazienti trapiantati di polmone che presentano fattori di rischio per carcinoma cutaneo squamocellulare (tra cui l'età avanzata, il sesso maschile e la razza bianca) o in quelli in cui la somministrazione prolungata di voriconazolo potrebbe non avere chiari benefici, i trapiantologi dovrebbero considerare la possibilità di limitare l'esposizione ad alte dosi di voriconazolo o utilizzare opzioni farmacologiche alternative che non sono gravate dallo stesso aumento del rischio di carcinoma cutaneo squamocellulare".

Alessandra Terzaghi

M. Mansh, et al. Voriconazole Exposure and Risk of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma, Aspergillus Colonization, Invasive Aspergillosis and Death in Lung Transplant Recipients. Am J Transplant. 2015; doi:10.1111/ajt.13431.
leggi

[chiudi questa finestra]

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Ca al seno, chemioneoadiuvante non aumenta le complicanze post-intervento

16 ottobre 2015

Nelle pazienti con carcinoma mammario, l'impiego della chemioterapia neoadiuvante non aumenta il rischio di complicanze chirurgiche postoperatorie. Lo evidenzia un ampio studio osservazionale presentato di recente a San Francisco al Breast Cancer Symposium organizzato dall'American Society of Clinical Oncology (ASCO).

Uno studio recente ha confermato che negli ultimi 10 anni l'uso della chemioterapia neoadiuvante è aumentato, ha spiegato Erin Cordeiro, della University of Toronto, presentando la ricerca. "Come chirurghi, la maggior parte di noi è un po' preoccupata per la chemioterapia citotossica e teme un possibile aumento delle complicanze postoperatorie quando le pazienti sono state sottoposte alla chemioterapia neoadiuvante" ha affermato l'autrice. Di conseguenza, ha aggiunto, alcuni chirurghi aspettano da 4 a 6 settimane dopo la chemio prima di fare l'intervento.

Per il loro studio, la Cordeiro e i colleghi hanno analizzato il database NSQIP dell'American College of Surgeon, che contiene informazioni fornite da centinaia di ospedali situati negli Stati Uniti, in Canada e in Europa. Il database definisce la chemioterapia neoadiuvante come qualsiasi chemioterapia somministrata entro 30 giorni prima dell'intervento.

La coorte studiata comprendeva pazienti che erano state sottoposte a un intervento chirurgico per un carcinoma mammario invasivo tra il 2005 e il 2012 e aveva escluso varie pazienti ad alto rischio.

La coorte finale comprendeva 67.685 donne, 3624 delle quali erano state sottoposte a una chemioterapia neoadiuvante prima dell'intervento. Queste pazienti erano più giovani e avevano in misura minore comorbidità tra cui il diabete, una storia di malattia polmonare ostruttiva cronica e ipertensione; tuttavia, erano state sottoposte in percentuale maggiore a una radioterapia neoadiuvante e a un intervento chirurgico bilaterale.

La percentuale del campione sottoposta alla chemioterapia neoadiuvante è salita dal 5,5% al 10,2%

nell’intervallo di tempo considerato nello studio

Nell'analisi non aggiustata, la chemioterapia neoadiuvante è sembrata provocata da più complicazioni. Infatti, il tasso di morbilità complessivo a 30 giorni è stato del 4,9% nel gruppo sottoposto a questo trattamento contro il 3,7% nel gruppo non trattato con la chemio preoperatoria (P = 0,0003). La differenza è dipesa in gran parte da un tasso più elevato di complicanze infettive e di sanguinamenti nel primo caso.

Tuttavia, dopo che gli autori hanno eseguito un’analisi aggiustata in base agli score di propensione, la differenza non è più risultata statisticamente significativa (OR di complicanze postoperatorie nelle pazienti con chemioterapia neoadiuvante 1,16; IC al 95% 0,98-1,36).

"La chemioterapia neoadiuvante non è risultata essere un fattore predittivo indipendente di complicanze postoperatorie" ha detto la Cordeiro.

Charles E. Geyer, del Virginia Commonwealth University Massey Cancer Center, incaricato di commentare lo studio, ha sottolineato che il database NSQIP è gestito in modo molto accurato, il che è una garanzia della validità dei risultati presentati. "Credo davvero che questi dati dovrebbero mettere a tacere le preoccupazioni dei chirurghi sulla chemioterapia neoadiuvante” ha concluso l’esperto.

E. Cordeiro. The effect of neoadjuvant chemotherapy on short-term outcomes in breast surgery: A propensity score adjusted analysis of NSQIP data. BCS 2015; abstract 115. J Clin Oncol 33, 2015 (suppl 28S; abstr 115).
leggi

[chiudi questa finestra]

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Dolore post-operatorio: non trattato bene può portare allo sviluppo di dolore cronico

17 ottobre 2015

Un non adeguato trattamento del dolore post operatorio può avere numerosi effetti negativi: dalle conseguenze psicologiche all'aumento delle secrezioni gastrointestinali; dalla ritenzione urinaria alle complicanze polmonari.

Ne abbiamo parlato in questa lunga intervista con **Antonio Corcione**, neo presidente SIAARTI e direttore Anestesia e Rianimazione all' ospedale Monaldi di Napoli.

GUARDA IL VIDEO

Professore quali sono i principali vantaggi e rischi di un controllo del dolore postoperatorio a domicilio?
"I vantaggi del controllo del dolore postoperatorio a domicilio consistono nella possibilità di ridurre l'incidenza di ospedalizzazione protratta o superflua; garantire un precoce rientro del paziente al proprio domicilio; prevenire il verificarsi di complicanze post-chirurgiche connesse al mancato controllo di quest'ultimo; è ormai, infatti acclarato in letteratura che numerosi sono i possibili effetti negativi di un non adeguato trattamento del dolore postoperatorio severo. Un trattamento inadeguato del dolore rappresenta un'importante causa di sviluppo di complicanze postoperatorie di qualsiasi genere, dalla complicanza cardiovascolare a quella respiratoria. Nelle popolazioni speciali di pazienti, quali ad esempio anziani, o pazienti affetti da comorbidità, può essere causa di protratto allettamento, mancata riabilitazione o ancor peggio di accesso imprevisto in ospedale. Viceversa, i rischi di un sovra-trattamento sono strettamente connessi alla comparsa di eventi avversi da farmaco".

In quale percentuale oggi i pazienti sottoposti a day surgery riferiscono di sentire ancora dolore dopo la dimissione. Quali sono i principali trattamenti e consigli?
"Tale dato ha subito numerose oscillazioni nel corso del tempo; in passato Chung et al .(" Postoperative pain in ambulatory surgery. Anesth Analg 1997,85:808-816) riportavano che una percentuale compresa tra il 40% e il 70% dei pazienti sottoposti a Day Surgery riferisse dolore severo dopo la dimissione, ed in tal merito altri Autori riportavano come la causa principale di ritardata dimissione o di ricovero imprevisto potesse essere attribuibile ad un inadeguato controllo del dolore postoperatorio (Pavil DJ et all. Factor affeting discharge time in adult

outpatients. Anesth Analg 1998;87:816-826).

In tempi più recenti, La British Association of Day Surgery ha riportato uno studio, effettuato da Lemos et Al (Patient satisfaction following day surgery" Journal of Clinical Anaesthesia, 2009), dove le percentuali di soddisfazione riferiti erano pari al 95%. Il 5% di " insoddisfatti" lamentava due aspetti fondamentali: la problematica delle liste d'attesa e un inadeguato controllo del dolore postoperatorio. Questi dati statistici sono stati in gran parte confermati da studi successivi, lasciando forse intendere che dopo circa dieci anni, il passaggio da un dato "aleatorio" in una percentuale estremamente variabile, come riportata da Chung et al, ad un dato più " stabile", e ad una percentuale più bassa di insoddisfazione, ha fatto sì che la tematica del dolore postoperatorio in day surgery abbia acquisito una propria dignità scientifica che sia oggi oggetto di numerose dissertazioni nonché di proposte terapeutiche innovative ed indubbiamente più efficaci rispetto al passato.

L'aspetto che è spesso sottovalutato è quello della gestione del dolore postoperatorio in funzione dell'Algogenicità. E' raccomandabile che vengano predisposti strumenti e modalità di rilevazione del dolore e protocolli contesto-sensibili di trattamento antalgico postoperatorio, evitando di sottostimare l'entità del dolore atteso sulla base della presunzione che trattasi di chirurgia minore; modalità che favoriscano l'approvvigionamento degli antidolorifici da utilizzarsi a domicilio, quali la consegna diretta dei farmaci alla dimissione; idonee modalità d'informazione sia scritta che orale.

Inoltre i trattamenti considerati sono molteplici, da circa cinque anni sono disponibili (con i dovuti limiti connessi alla necessità di continuo aggiornamento e revisione dei dati acquisiti) Linee Guida di numerose Società Scientifiche volte a coadiuvare in maniera univoca, e previa divulgazione di protocolli, il controllo del dolore postoperatorio in day surgery, avvalendosi di tecniche di analgesia periferica, che sono in grado di garantire un importante sparing dei farmaci ed una significativa riduzione degli eventi avversi farmaco-relati, e una maggior sicurezza alla dimissione a domicilio".

Perché è così importante trattare il dolore post operatorio in day surgery?
"Il dolore postoperatorio è una complicanza dell'intervento chirurgico (al pari delle infezioni, degli squilibri idroelettrolitici, ecc..) e come tale va trattato o meglio prevenuto in funzione dell'algogenicità dell'intervento subito. È da segnalare inoltre che la Legge 38/2010, in tal senso, promuove la rilevazione e la registrazione in cartella clinica del parametro dolore."

Quali sono gli effetti negativi di un non adeguato trattamento del dolore post operatorio?
"In precedenza numerosi Autori, tra cui Virdia (La gestione del dolore post-operatorio in Day Surgery. La presa in carico a domicilio aspetti clinici ed organizzativi. 2007), hanno segnalato l'importanza degli effetti di un non adeguato trattamento del dolore sul decorso postoperatorio del paziente.

La gestione inadeguata del dolore postoperatorio, oltre a creare insoddisfazione dei pazienti, può causare dannose conseguenze psicologiche e fisiologiche, causate dalle risposte infiammatorie endocrine e metaboliche, che portano a una significativa morbilità, possono ritardare il recupero e il ritorno alla vita quotidiana.

Questa risposta allo stress attiva il sistema nervoso autonomo, che può avere effetti negativi sui sistemi diversi apparati. La stimolazione della via somatica causata da una lesione chirurgica aumenta la secrezione di ormoni da parte dell'ipotalamo, che a sua volta stimola la secrezione della ghiandola pituitaria anteriore e posteriore.

Di conseguenza l'iperattività del sistema nervoso autonomo si traduce in un aumento della frequenza cardiaca e delle resistenze vascolari periferiche, in un aumento della pressione arteriosa e della contrattilità del miocardio, che culminano in un aumento del consumo di ossigeno del miocardio e in un maggiore lavoro cardiaco. Inoltre, l'intensa stimolazione simpatica può anche produrre vasocostrizione coronarica così come rottura della placca aterosclerotica e, successivamente, diminuire la fornitura di ossigeno al miocardio.

La combinazione di una maggiore richiesta di ossigeno del miocardio e di minor disponibilità di ossigeno può essere dannosa nei pazienti con malattia coronarica e può portare a ischemia del miocardico, dolore anginoso, e infarto del miocardio. Un inadeguato controllo del dolore, in particolare in chirurgia toracica e addominale superiore, può causare disfunzione diaframmatica con complicazioni polmonari post-operatorie.

L'aumentata attività simpatica indotta dal dolore acuto aumenta le secrezioni gastrointestinali, interferisce con la muscolatura liscia intestinale e l'attività sfinterica riducendo la motilità peristaltica dell'intestino. Possono conseguire sovradistensione gastrica e intestinale ed ileo paralitico. Un deficit del sistema nervoso autonomo indotto dal dolore può anche contribuire alla ritenzione urinaria postoperatoria. La risposta metabolica allo stress chirurgico comporta anche uno stato di ipercoagulabilità, stasi venosa, e aumento del rischio di trombosi venosa profonda e di tromboembolia, che può essere ulteriormente accentuata dall'attività fisica ridotta per la presenza del dolore. Inoltre, anche la funzione immunitaria può essere ridotta, determinando un aumento

dell'incidenza di infezioni.

La limitazione del movimento causato dal dolore può causare una marcata compromissione del metabolismo muscolare, atrofia muscolare, debolezza muscolare, e la ritardata ripresa per la funzione muscolare normale.

Il dolore grave è uno dei fattori che contribuisce anche ad una risposta ormonale catabolica esagerata: ritenzione di sodio e di acqua da parte dell'aumentata secrezione di aldosterone e ormone antidiuretico, iperglicemia dovuta ad aumentata secrezione di cortisolo e adrenalina. Il bilancio azotato negativo nel periodo post operatorio può essere prolungato ed esagerato quando il dolore non è trattato efficacemente tanto da causare immobilità, perdita di appetito e ridotto apporto calorico.
Un forte dolore causa cambiamenti comportamentali individuali, tra cui una maggiore sensibilità agli stimoli esterni come la luce e il suono, il rifiuto di contatti interpersonali, e un maggiore egoismo ed auto-preoccupazione.
Ancora più importante, il dolore post-operatorio non adeguatamente trattato può portare allo sviluppo di dolore cronico.

Cosa c'è di nuovo nei parametri ospedalieri per la dimissione di un paziente in day surgery?
"Parkers et al hanno definito il piano di dimissione come "Quel processo individualizzato che si sviluppa in ospedale, atto a identificare e preparare il paziente ad affrontare i suoi bisogni di salute una volta recatosi a domicilio, in seguito all'ospedalizzazione".

Il dolore è stato definito allo stato attuale un indice predittivo di dimissibilità da una unità operativa di day surgery. Infatti gli scores di dimissione comunemente adoperati nella pratica clinica, e periodicamente revisionati, sottolineano l'importanza della quali- e quantificazione del dolore e la creazione di un "vademecum" che consenta di trattare a domicilio in funzione dell' algogenicità. Basti pensare, ad esempio, all'evoluzione degli scores adoperati negli ultimi anni dallo score di Aldrete sino al MPADSS, il Modified Postanaesthetic Discharge Scoring System, che contempla, tra i parametri stimati, i segni vitali, la deambulazione, la nausea/vomito (come del resto già proponevano gli scores più datati), il dolore, il sanguinamento chirurgico (anche quest'ultimo un dato già in precedenza rilevato)."

Quando e quanto deve essere misurato il dolore in day surgery?
"La letteratura ci segnala l'esigenza di adottare metodi di valutazione dell'intensità e della qualità del dolore più sofisticati del VAS (Visual Analogue Scale) e della Scala Semantica Semplice , come la nuova versione (SFQ-2) del Questionario di Melzack , che contiene elementi che possono fornirci informazioni sull'eventuale rischio di cronicizzazione del dolore acuto. Tale annotazione necessita un monitoraggio costante in tutto il percorso che accompagna il paziente dall'esecuzione dell'analgesia intraoperatoria al regime analgesico postoperatorio, sino alla dimissione e all'assistenza al domicilio".

Perché nonostante il controllo del dolore postchirurgico i pazienti spesso continuano a sentire grande sofferenza? In quale direzione va la ricerca?
"Nonostante una significativa sensibilizzazione, un elevato numero di pazienti ancora sperimenta un notevole dolore postoperatorio. A tal proposito, i percorsi di risk management hanno l'obiettivo di ridurre gli eventi avversi prevenibili, derivanti dalla procedure mediche, mediante la precoce identificazione di eventi sentinella (red flags) premonitori degli eventi avversi, che a loro volta possono essere conseguenza o meno di errori medici. I tipi di errori più comuni in medicina del dolore possono essere classificati come "errori di valutazione e di documentazione", "errori nel trattamento e nel controllo", e"errori di educazione" del paziente. In uno qualsiasi di questi momenti possiamo riconoscere indubbiamente eventi critici in grado di spiegare ancora il fenomeno della persistenza del dolore postoperatorio. In ciascuna di queste categorie gli errori possono essere "basati sull'abilità", "basati sulle regole", "basati sulla conoscenza".

Gli errori basati sull'abilità sono dovuti a scarsa attenzione: per problemi di compliance del paziente, di dialogo con il paziente per esempio per problemi di lingua, o perché non viene registrato il livello del dolore dopo la somministrazione del medicamento.

Gli errori basati sulle regole sono frutto di applicazione di regole sbagliate, per esempio la somministrazione di farmaci antidolorifici ad orari rigidi o il trattamento inadeguato con oppioidi a dosi troppo basse in pazienti potenzialmente addicted (consumatori cronici di oppioidi).

cattiva applicazione di regole buone, per esempio preferire la somministrazione im a quella orale, quando possibile; in tale categoria potremmo inserire ad esempio una tecnica sbagliata; ove possibile è sempre preferibile un'analgesia perineurale e/o periferica alla via di somministrazione sistemica;
Gli errori basati sulla conoscenza sono conseguenti a inadeguata conoscenza: la soddisfazione del paziente è una buona misura dell'adeguato controllo del dolore in tutti i contesti operativi ed è una buona misura dell'efficacia del trattamento indipendente dal VAS (Visual Analogue Scale) (i pazienti preferiscono la PCA, Analgesia Controllata dal Paziente, rispetto agli altri regimi terapeutici).

La ricerca oggi volge nella direzione della individuazione dei meccanismi patogenetici del dolore cronico post-operatorio; le ipotesi più accreditate sono: trasformazione del dolore acuto da transitorio a dolore persistente e patologico per fenomeni di sensibilizzazione centrale e plasticità neuronale innescati da esagerata e amplificata attivazione dei segnali dolorosi.

Genesi neuropatica: l'atto chirurgico può determinare un danno diretto alle strutture nervose, anche non evidente come nel caso della formazione di un neuroma. Predisposizione genetica allo sviluppo di dolore cronico post-operatorio, alterazioni genetiche, differenze inter-individuali nella percezione del dolore, alterazioni geniche della regolazione enzimatica legata al gene della GTP ciclo-idrolasi (GCH1).

Il trattamento farmacologico di questa ampia problematica è, dunque, ancora poco efficace, tanto da far affermare che il migliore strumento per controllare l'insorgenza della cronicizzazione del dolore post-operatorio sia rappresentato dalla prevenzione. Quest'ultima strategia di trattamento può essere sintetizzata con l'individuazione dei pazienti a rischio (pazienti depressi, fibromialgici, ipervigilanti, ansiosi); la ricerca di eventuali fattori predisponenti (presenza di dolore preoperatorio da almeno un mese, entità del danno chirurgico, procedura chirurgica, intensità dolore acuto post-operatorio) ; messa in opera di processi di prevenzione primaria ovvero prima che insorga il dolore (controllo dolore preoperatorio, tecniche chirurgiche mininvasive, evitare traumatismi nervosi, gestione anestesiologica adeguata); prevenzione secondaria tramite l'identificazione precoce dei fattori che contribuiscono allo sviluppo di dolore post operatorio e dei fenomeni di sensibilizzazione centrale, contrastandone e minimizzandone gli effetti (controllo del dolore acuto post operatorio, preemptive analgesia (la somministrazione "preventiva" di farmaci che blocchino il processo di sensibilizzazione), analgesia multimodale contesto sensibile).

In conclusione, il dolore postoperatorio in Day Surgery rappresenta un problema sanitario da non sottovalutare, in termini d'incidenza e di costi sanitari; è pertanto mandatorio che tutti i professionisti implicati (anestesisti, chirurghi, algologi, infermieri) nel controllo di tale parametro ne prendano piena coscienza. Le direttive future sembrano convergere sul ruolo sempre più importante del monitoraggio di tale complessità clinica".

[chiudi questa finestra]

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 57
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

focus sanità

[L'ANALISI]

"Servono fondi doc e regole certe per poter estendere l'assistenza"

FIAMMETTA FABRIS (UNISALUTE): "CI SONO STRUMENTI COLLETTIVI A BASE MUTUALISTICA-SOLIDALE PER INTEGRARE L'ASSISTENZA IN CAMPI COME ODONTOIATRIA E AUSILIO ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI. OCCORRONO PERÒ NORME CHE STIMOLINO AD ACCANTONARE LE RISORSE"

Milano

Se è vero che la spesa sanitaria per anziani e disabili nel nostro Paese ha registrato negli ultimi anni un incremento costante sia in termini complessivi che pro-capite, è altrettanto vero che l'Italia detiene nell'area Ocse la più elevata percentuale (sulla popolazione) di familiari e amici che prestano in modo continuativo assistenza a persone disabili e della terza età.

Probabilmente bisogna partire da qui per capire che l'intero sistema dell'assistenza pubblica stenta a reggere il peso della domanda dei cittadini. E che l'unica soluzione possibile per ovviare a questa situazione, diventata insostenibile dopo la progressiva diminuzione delle risorse destinate al Fondo per le non autosufficienza, resta quella di favorire lo sviluppo di forme di assistenza integrative rispetto a quelle pubbliche.

«L'obiettivo che stiamo perseguendo, attraverso un confronto costruttivo con la PA, è quello di riuscire a creare "Fondi doc" collettivi che, avvalendosi di strumenti a base mutualistica e solidale, sono in grado di generare una più estesa capacità di accesso a forme integrative di assistenza da parte dei cittadini e di accrescere il loro potere negoziale di acquisto», esordisce Fiammetta Fabris, direttore generale di UniSalute, la più importante compagnia di assicurazione per numero di clienti gestiti (5,3 milioni) e la prima nel ramo malattia ad offrire ai propri assicurati polizze collettive con coperture specifiche per la non autosufficienza. Oggi gli assistiti sono circa 800.000.

«I fondi integrativi nazionali, legati al mondo del lavoro, rappresentano una risposta essenziale e indispensabile. Ma le coperture durano fino a che il lavoratore è in servizio, poi più nulla. Per altri soggetti (lavoratori autonomi, precari e semplici cittadini), non c'è invece alcuna possibilità di avvicinarsi alla sanità integrativa se non realizzando strumenti specifici, anche in ambito locale, che abbiano nel territorio il proprio punto di forza», puntualizza Fabris.

In questo senso, una soluzione potrebbe arrivare dalla creazione, da parte di enti pubblici territoriali e interlocutori privati virtuosi, di Fondi territoriali presidiati dal soggetto pubblico ma garantiti dalla protezione assicurativa che assicura sostenibilità nel lungo periodo e capacità gestionale, specificamente indirizzati alle prestazioni non fornite dal sistema pubblico (i Fondi Doc).

In realtà, al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle garantite dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), l'art. 9 del decreto legislativo 502/92, disposizione contenuta anche nel dlgs 252/2005, riconosce già la facoltà ai soggetti pubblici e privati di istituire fondi integrativi sanitari, appunto i Fondi Doc.

Questi ultimi devono garantire prestazioni sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza (come l'odontoiatria), quelle erogate dal Ssn per la quota a carico dell'assistito, e prestazioni socio-sanitarie come quelle dedicate alla gestione delle persone non autosufficienti. L'adesione al Fondo Doc consentirebbe di avvalersi delle agevolazioni fiscali riconosciute a questi strumenti, risparmiare sul costo delle prestazioni, per esempio odontoiatriche, e intanto accantonare una parte dei contributi versati per le eventuali future prestazioni legate alla non autosufficienza.

«Ma non basta — obietta Fabris — È ora necessario avviare un serio ragionamento sulla definizione di una politica sociale che incentivi l'accantonamento privato di risorse in forma collettiva. Per riuscirci però, bisogna innanzitutto produrre gli atti normativi utili a sostenere la più ampia ed efficace diffusione di strumenti di sanità integrativa in grado di amplificare la capacità di risposta ai bisogni della salute».

In che modo? «Collegando due grandi settori: quello sanitario e il complesso mondo del socio-sanitario, che comprende la non autosufficienza e le disabilità», risponde il direttore. Che aggiunge: «L'obiettivo generale deve essere, quindi, quello dell'integrazione e della collaborazione tra i Fondi sanitari integrativi e le realtà istituzionali del territorio (Regioni, Comuni, Asl e altri enti territoriali), nell'ottica di dare all'offerta territoriale la maggiore articolazione possibile tra servizi sanitari, socio assistenziali, psicologici e di sostegno alla persona».

Tra i problemi sul tappeto c'è anche il futuro della telemedicina, quindi dell'assistenza a domicilio. La Fabris guarda con interesse ai notevoli sforzi compiuti da Governo e Regioni per dare vita ad un Patto per la "Sanità Digitale".

«Come Unisalute — sottolinea — partecipiamo ai tavoli di confronto sulla telemedicina. Una tecnologia fondamentale perché consente alle persone, affette da patologie croniche e disabili, di usufruire di questa nuova frontiera di operatività medica che è destinata a portare grandi benefici per la salute dei pazienti e che permetterà, se ben amministrata, di seguire il disabile, il malato cronico o l'anziano nel proprio ambiente evitando troppi spostamenti e l'ospedalizzazione che è sempre un fatto traumatico, apportando anche benefici di risparmio economico ed ottimizzazione dei servizi ospedalieri». ***(v.d.c.)***

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Patto pubblico-privato contro malanni e spese di un popolo di anziani

"Servono fondi doc e regole certe per poter estendere l'assistenza"

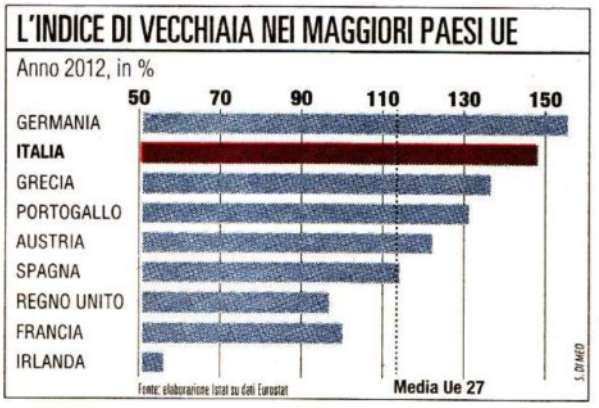
data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2014: 400.000
Lettori Ed. II 2015: 352.000
Settimanale - Ed. nazionale

la Repubblica AFFARI&FINANZA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 57
foglio 2 / 2
www.datastampa.it



Fabris: «L'obiettivo generale deve essere quello di **integrare** la collaborazione tra i Fondi sanitari integrativi e le istituzioni del territorio come Regioni, Comuni e Asl"

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 439.384
Diffusione 08/2015: 295.195
Lettori Ed. II 2015: 2.458.000
Quotidiano - Ed. nazionale

la Repubblica

Dir. Resp.: Ezio Mauro

19-OTT-2015
da pag. 16
foglio 1
www.datastampa.it

L'ALLARME / SI MUOVE LA PROCURA

Batterio killer in corsia a Brindisi si indaga su 19 decessi sospetti

Ipotesi di reato: omicidio colposo plurimo. Sotto accusa l'impianto di condizionamento

GIULIANO FOSCHINI

BARI. Diciannove morti in ospedale in meno di due anni. Trentasette cartelle cliniche sul tavolo del sostituto procuratore Milto De Nozza. E ora, messa nero su bianco, un'ipotesi di reato inquietante: omicidio colposo plurimo.

Si chiama Klebisella il killer che da qualche settimana sta spaventando Brindisi. La procura ha infatti aperto un'inchiesta su una serie di morti sospette avvenute all'ospedale Perrino dal 2013 a oggi. Un'indagine nata quest'estate dopo una serie di decessi particolari.

É stato infatti rilevato che una serie di pazienti morti, per lo più anziani e ospedalizzati da qualche tempo, risultavano positivi al tampone della Klebisella, un batterio abbastanza comune nelle infezioni ospedaliere. La percentuale dei malati colpiti era però molto più alta rispetto a quanto, statisticamente, in norma si registra. Da qui la decisione del pm De Nozza di approfondire la vicenda affidando una delega ai carabinieri del Nas.

I primi responsi non sono stati affatto incoraggianti. I casi per il momento certi di pazienti infettati dalla Klebisella sono 37. Ma è un numero che, spiegano in procura, è sicuramente sottostimato: sono valutati infatti soltanto i pazienti sottoposti a tamponi e a ricerche specifiche. E, di questi, un'altissima percentuale era infetta. Diciannove sono le persone decedute, sei delle quali negli ultimi mesi, per cause chiaramente ancora da stabilire. Il batterio, è emerso dalle analisi, era inoltre nella «forma multi resistente»: questo significa che non era sensibile ai nuovi antibiotici ma soltanto a quelli di vecchia generazione, che però ormai sono stati quasi abbandonati perché creavano problemi di natura nefrologica.

Proprio questo ha permesso alla Klebisella di espandersi in maniera importante. Non è chiaro come, tant'è che sabato hanno verificato gli impianti di condizionamento. Inoltre sarà acquisita la documentazione per capire se, nei mesi scorsi, l'allarme era partito dai vari reparti e se siano scattati i protocolli del caso. Difficile poter effettuare analisi sui pazienti deceduti, al momento la procura (che ha ricevuto denunce contro i medici che seguivano i pazienti) ipotizza che non ci sia una responsabilità dei singoli sanitari ma piuttosto un problema sistemico.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Le indagini
Brescia, trovato morto il teste chiave

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

19-OTT-2015
da pag. 2
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

La sentenza del tribunale su un ex vigile di Afragola morto dopo un intervento di routine alla colecisti

Infezione killer, paga l'ospedale

Ucciso da un batterio contratto in corsia, il Cardarelli risarcirà un milione

Marco Di Caterino

Operato a luglio per la rimozione di calcoli alla colecisti, muore ad ottobre per una endocardite batterica contratta in ospedale. Era il 31 ottobre del 2008. Nove anni dopo, e la dura battaglia giudiziaria dei familiari del paziente deceduto - Roberto V., 61 anni di Casoria - il tribunale di Napoli ha condannato l'ospedale Cardarelli a risarcire la moglie e i due figli per un totale di circa un milione di euro. Nella loro relazione i periti avevavo evidenziato «carenze organizzative e/o di coordinamento delle attività diagnostico-assistenziali, ma anche inadeguatezze terapeutiche, che hanno, ragionevolmente, contribuito a ridurre le probabilità di guarigione della patologia terminale che portò alla morte il paziente».

>A pag. 2

Morto per infezione, il giudice: l'ospedale paghi un milione

Il dramma di un 61enne di Casoria. Risarcimento a carico del Cardarelli

La difesa
L'ospedale sceglie la strada del silenzio Condanna non ancora definitiva

L'assistenza
Terapie inappropriate e tardive hanno portato al decesso del vice comandante

La malattia
Endocardite batterica contratta dopo un banale intervento per rimuovere fastidiosi calcoli

L'agonia
Odissea durata tre mesi Con un diverso approccio diagnostico si sarebbe potuto salvare

La paura
Per ogni giorno di ricovero con la certezza della fine riconosciuti 5.500 euro

Il nodo
Liquidazione del danno in tempi lunghi Occorre un nuova causa

Marco Di Caterino

Operato a luglio, per un intervento di banale routine chirurgica, come la rimozione di calcoli alla colecisti, muore ad ottobre per una endocardite batterica contratta in ospedale. Un decesso, causato da un'infezione nosocomiale. Era il 31 ottobre del 2008. Nove anni dopo, e una dura battaglia giudiziaria, mossa dai familiari del paziente deceduto, Roberto V., 61 anni di Casoria, vice comandante dei vigili urbani di Afragola, ai tempi del decesso, il Tribunale di Napoli ha condannato l'ospedale Cardarelli di Napoli, a risarcire la moglie e i due figli, con circa 279 mila euro ciascuno, comprensivi degli interessi maturati, quale risarcimento danni per la scomparsa del loro familiare.

Il giudice Francesco Graziano, (ottava sezione civile) a cui era affidato il giudizio, è andato ancora più in profondità nella sentenza. Il magistrato ha considerato anche il danno biologico del paziente, in ragione di 5.500 euro per ciascuno dei diciotto giorni di degenza (dal 18 ottobre al 31 dello stesso mese, data della morte). Scrive Graziano: «Questo danno è finalizzato al risarcimento per la paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda contro che esse saranno causa della propria fine...». Dunque un conto salatissimo per l'Azienda Ospedaliera di «rilievo nazionale Antonio Cardarelli», che dovrà sborsare solo per i danni per quel decesso poco meno di un milione di euro, a cui vanno aggiunti oltre 30 mila euro, tra spese processuali e compensi professionali forensi. La sentenza, invece, assolve dalle responsabilità del caso, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II – il nuovo policlinico - e per le casse del Cardarelli, e in genere per quelle davvero anemiche della sanità regionale, sarà un vero salasso, perché la società assicurativa dell'ospedale napoletano, la «Faro Compagnia di Assicurazione e Riassicurazioni Spa» di Roma, nel frattempo è finita in liquidazione coatta amministrativa. Nessun commento dalla direzione generale del Cardarelli che ha scelto, pur essendo stata contattata, il silezio.

«Nella sentenza, il giudice Fran-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

19-OTT-2015
da pag. 2
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

cesco Graziano, ha determinato con precisione le responsabilità della morte del mio assistito – commenta con pacatezza l'avvocato Giulio Costanzo, legale esperto per le cause di responsabilità professionali mediche – e quella che potrebbe sembrare una cifra davvero importante per i danni patiti dai familiari del deceduto, non servirà a colmare il grande vuoto lasciato da un padre, marito e nonno». Anche questa volta - conclude il legale - non è stato semplice accertare che le concause del decesso del mio assistito sono scaturite dalle condizioni igienico sanitarie e ambientali dell'ospedale, oltre che dalla terapia inappropriata, come hanno accertato sia il perito del tribunale che il dottor Giovanni Liguori, consulente della difesa. Ora ci attende una nuova battaglia, per accelerare i tempi per ottenere le somme del risarcimento.

La vicenda, come è ben narrata nelle ventisette pagine della sentenza, inizia il 29 luglio del 2008, con il ricovero di Roberto V., presso il secondo policlinico. Il vice comandante dei caschi bianchi voleva togliersi quei fastidiosi calcoli alle vie biliari, che spesso si facevano sentire con dolorose ed improvvise coliche.

Eppure quella operazione così banale, si è trasformata in un'agonia durata ben novanta giorni. Scanditi da degenze presso il Policlinico prima e il Cardarelli poi, che hanno distrutto il fisico del povero pensionato. Nell'ultimo ricovero, era il 18 ottobre del 2008, Vincenzo ha avuto la terribile consapevolezza che la sua vita sarebbe finita, così come è stato scritto nella sentenza del giudice Francesco Graziano. E a leggere quelle ventisette pagine, vengono i brividi. Perché, caso raro, la perizie del consulente della difesa e quella dei periti nominati dal tribunale, giungono alle stesse conclusioni. Roberto V. è deceduto perché l'infezione nosocomiale, nel caso specifico una endocardite batterica, nonostante fosse stata individuata dopo alcune analisi, già il diciotto ottobre, fu curata con ritardo (cinque giorni dopo) e con un antibiotico inadeguato. E in questo quadro già molto fosco, i periti nella loro relazione scrivono: «Sono emerse, inoltre, all'analisi degli eventi...carenze organizzative e/o di coordinamento delle attività diagnostico-assistenziali, ma anche inadeguatezze terapeutiche, che hanno, ragionevolmente, contribuito a ridurre le probabilità di guarigione della patologia terminale che portò alla morte il paziente; la guarigione, viceversa, nell'ipotesi di un ottimale approccio diagnostico e terapeutico, rappresenta l'esito "più probabile", ossia con percentuali superiori al 50% dei casi». Per Roberto V. non è andata così. Ci sono voluti nove anni per una sentenza. E, con molta probabilità, il caso, considerato che il nosocomio può appellarsi, non è ancora definitivamente chiuso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

19-OTT-2015
da pag. 3
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

i focus del Mattino

Settemila decessi all'anno neonati e anziani più a rischio

Maria Pirro

Cinque ammalati su 100 in Campania sono costretti a restare in ospedale oltre i tempi previsti a causa di un'infezione contratta durante il ricovero. In Italia le persone affette da infezioni ospedaliere sono tra le 450mila e le 700mila all'anno, i morti 7mila all'anno; a rischiare di più sono neonati e anziani. «Queste complicanze sono in aumento per effetto della sempre più forte resistenza dei batteri agli antibiotici» avvisa Giulio Tarro, infettivologo di fama e chairman di Virosfera, l'accademia di biotecnologie Unesco, nonché primario emerito del Cotugno di Napoli. >A pag. 3

L'allarme

L'epidemia silenziosa in corsia neonati e anziani i più a rischio

Scarsa igiene e antibiotici deboli le principali cause

I reparti
Nessuno è escluso: le unità di terapia intensiva emodialisi e chirurgia

L'esperto
Triassi, docente universitario: «Il 30 per cento di questi eventi è prevenibile ma occorrono maggiori controlli»

I dati
Settemila morti l'anno Tra 450mila e 700mila casi in Italia Tarro: numeri in aumento

Maria Pirro

È un'epidemia silenziosa, forse la più inaspettata, che colpisce innanzitutto neonati e anziani, ma anche tanti altri alla ricerca di cure, quando si sentono (quasi) al sicuro, in quella che considerano la casa per eccellenza della salute. Cinque ammalati su cento in Campania, dicono alcune stime, sono costretti a restare in ospedale oltre i tempi previsti, a causa di un'infezione contratta durante il ricovero: nell'ipotesi meno grave, la degenza si prolungherà da uno a quattro giorni, per complicanze alle vie urinarie, dai sette ai trenta giorni, in caso di polmonite.

In Italia le persone affette da infezioni ospedaliere sono tra le 450 mila e le 700 mila all'anno, e i morti settemila all'anno. I costi per lo Stato sfiorano il milione di euro, e sembrano destinati a salire. «Queste complicanze sono in aumento per effetto della sempre più forte resistenza dei batteri agli antibiotici, visto il largo uso dei farmaci che si fa nella profilassi e nelle terapie» avvisa Giulio Tarro, infettivologo di fama e chairman di Virosfera, l'accademia di biotecnologie Unesco, nonché primario emerito del Cotugno di Napoli.

Già oggi le infezioni ospedaliere sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria: insorgono infatti durante il ricovero, o dopo le dimissioni del paziente. «Le nuove tecnologie e le più invasive procedure nelle cure, se da una parte garantiscono la sopravvivenza ad ammalati ad alto rischio, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi in parti del corpo altrimenti

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

Dir. Resp.: Alessandro Barbano

19-OTT-2015
da pag. 3
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

sterili» dice Maria Triassi, docente universitario e direttore del dipartimento di sanità pubblica della Federico II. Non a caso, le più comuni sono le infezioni urinarie (causate principalmente dal catetere), che da sole rappresentano oltre il 35 per cento di tutte le diagnosi. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di patologie (assieme a quelle legale alle ferite chirurgiche) e a una ascesa delle polmoniti e delle infezioni sistemiche (tra cui rientra l'endocardite batterica acuta).

Naturalmente, neonati e anziani sono i più esposti perché hanno minori difese, a sorpresa gli uomini si ammalano più delle donne (il 66,7 per cento delle volte) e ulteriori condizioni di rischio sono altre infezioni o gravi patologie concomitanti come i tumori, il deficit immunitario, il diabete, l'anemia, le cardiopatie, l'insufficienza renale, i traumi, le ustioni e i trapianti d'organo. Non solo. «Obesità e malnutrizione aumentano il pericolo infettivo di 2-3 volte perché determinano un ritardo nella guarigione delle ferite e quindi un incremento delle complicanze chirurgiche e tempi più lunghi di ricovero» dice Triassi. Pesano, nel percorso di guarigione, i giorni di degenza, l'intervento in sé e la sua durata.

C'è una «classifica» dei reparti in cui si registra il numero maggiore di casi all'anno e sono nell'ordine: patologia neonatale, cardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia generale e d'urgenza, terapia intensiva, medicina interna e geriatria, ortopedia ed emodialisi. Ma a incidere è pure l'affollamento degli ospedali e il mancato rispetto delle norme di igiene. Una stretta di mano, un colpo di tosse o ripetuti starnuti a una distanza inferiore ai 50 centimetri favoriscono il contagio di certe patologie, come il contatto con oggetti o presidi contaminati, per esempio endoscopi, maschere d'ossigeno e strumenti chirurgici («e in queste situazioni il paziente non può fare niente per proteggersi» afferma Triassi).

Certo, non tutte le infezioni correlate al ricovero sono comunque prevenibili, ma è fondamentale agire sulla qualità dell'assistenza. «Occorre cioè - dice il docente universitario - pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli per garantire quelle misure che si sono dimostrate efficaci». Ciò significa ridurre procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, quando non strettamente necessarie, scegliere i presidi più sicuri e adottare protocolli che favoriscano, il più possibile, condizioni asettiche. Le linee guida sono del ministero della salute e ulteriori documenti prodotti dalle società scientifiche.

L'associazione nazionale medici direzioni ospedaliere (Anmdo) ha appena pubblicato online una ricerca incentrata sulle «criticità insite nelle tecniche di comune utilizzo per la pulizia delle superfici e degli arredi» precisando le nuove strategie d'azione. Con l'obiettivo di realizzare «standard uniformi» nell'assistenza, ai manager della sanità la Regione Campania ha imposto di indicare almeno un infermiere addetto al controllo delle infezioni per ogni 250 posti letto, e una squadra composta da un medico igienista, un microbiologo e un farmacista, in servizio in ciascun presidio e coordinata dalla direzione sanitaria, è chiamata a dedicare «almeno un terzo del proprio orario di lavoro» alle attività di sorveglianza e monitoraggio delle infezioni ospedaliere. «Accade, tuttavia, che gli ospedali di riferimento per le malattie infettive a volte non siano in grado di gestire situazioni d'emergenza come dovrebbero» sostiene Tarro, che racconta l'odissea vissuta ad agosto scorso da una donna di 70 anni, trasferita in ambulanza a Napoli da Bari. «Per effetto di una bonifica in corso nei reparti specialistici, rimasta vittima del ping-pong tra una struttura e l'altra senza che nessuno si preoccupasse di provvedere a darle l'indirizzo giusto».

Il motivo del piano, regionale e nazionale, però, è chiaro: «Poiché le infezioni ospedaliere potenzialmente prevenibili rappresentano il 30 per cento circa di quelle insorte - avverte Triassi -, si può stimare che ogni anno si verifichino dalle 135 mila alle 210 mila infezioni prevenibili in tutt'Italia, e che queste siano direttamente attribuibili a errori nelle pratiche assistenziali». Insomma, la sorveglianza epidemiologica è fondamentale. Così come la campagna, partita proprio dalla Campania con i medici di famiglia ed estesa a tutto il Paese, per ridurre l'abuso di antibiotici. Contro i batteri, le soluzioni che si sono dimostrate utili sono diverse. Ma, fuori e dentro l'ospedale, la prima regola, valida per tutti, è anche la più semplice: lavare spesso le mani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 80.666
Diffusione 08/2015: 53.218
Lettori Ed. II 2015: 745.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL MATTINO

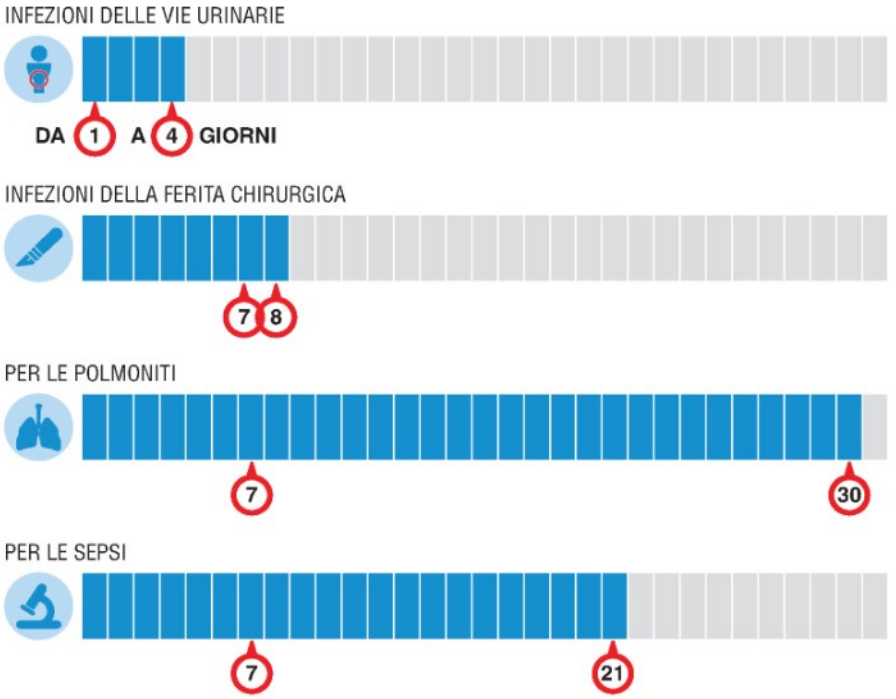
Dir. Resp.: Alessandro Barbano

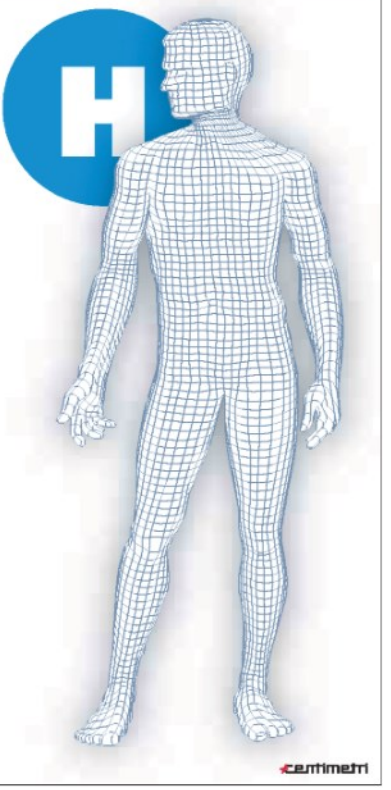
19-OTT-2015
da pag. 3
foglio 3 / 3
www.datastampa.it

Impatto sanitario infezioni ospedaliere

MORTALITÀ	MORBOSITÀ	PESO SUL BILANCIO DELLA SANITÀ PUBBLICA
7.000 casi di morte da infezioni ospedaliere in un anno	**450.000-700.000 casi** di infezioni ospedaliere in un anno	**circa 1.000.000 di euro**

AUMENTO DELLA DEGENZA MEDIA OSPEDALIERA (numero giorni)





centimetri

Il batterio che infiamma l'endocardio

L'endocardite batterica acuta è una infiammazione della sottile e trasparente membrana che riveste la cavità del cuore, e che può anche interessare le valvole cardiache. La penetrazione dei batteri nel sangue (principalmente dai pneumococchi, staphylococcus aureus, streptococchi di gruppo A e gonococchi) può essere causata da lesioni della cute o delle mucose o avvenire anche a seguito di procedure chirurgiche, mediche o odontoiatriche, attraverso cui si raggiunge la parte interna del cuore. L'infiammazione si sviluppa nel giro di pochi giorni e diventa rapidamente pericolosa. Spiega il docente universitario Maria Triassi (nella foto): il rischio aumenta se il paziente soffre di paticolari patologie cardiache (acquisite o congenite) o se è stato sottoposto, in precedenza, a un intervento alle valvole cardiache. I sintomi: febbre, tachicardia, debolezza.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 276.875
Diffusione 08/2015: 182.020
Lettori Ed. II 2015: 1.354.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Mario Calabresi

19-OTT-2015
da pag. 1
foglio 1
www.datastampa.it

L'EMERGENZA

Vaccinazioni Informare non basta più

EUGENIA TOGNOTTI

Occorrerà prendere atto, e al più presto che non basteranno (solo) le tradizionali campagne d'istruzione e sensibilizzazione. E, neppure, la minaccia di possibili sanzioni ai medici obiettori, fonte d'informazioni scientificamente infondate ai loro pazienti, ad avere la meglio sugli agguerriti movimenti vaccinofobi, della cui enorme diffusione e capacità d'influenza dà conto, tra l'altro, quel moderno vaso di Pandora che è Internet.

Per averne un'idea, basta una semplice ricerca su Google, combinando variamente poche parole chiave in italiano e in inglese - ad esempio vaccini, effetti collaterali, autismo, mercurio.

Ripercorrendo a ritroso la storia della vaccinazione - risonante di vittorie su malattie, morte e disabilità, provocate da malattie prevenibili col vaccino - è possibile trovare solo un precedente con cui è possibile confrontare, fatte le dovute distinzioni, il movimento militante dei nostri giorni, in preoccupante crescita. Si tratta di quello che prese corpo, alla fine del XIX secolo nell'Europa della Belle époque, dove prende vita la «Lega internazionale degli antivaccinatori» che, in particolare in Inghilterra, conduce una vera e propria guerra contro il vaccino antivaioloso. Il fatto che le agghiaccianti devastazioni prodotte da quel temutissimo flagello fossero quasi cessate – grazie all'obbligatorietà più che decennale della pratica - non scoraggiava gli attivisti, che si facevano carico delle ammende dei «genitori» evasori che affrontavano persino il carcere. La rete attraverso la quale i sostenitori della causa diffondevano i loro argomenti - opuscoli, giornali, conferenze, raccolte di denaro – assicurava, per il tempo, la massima pubblicità: il vaccino predisponeva a malattie come difterite, tisi, febbre tifoide, sifilide. Comportava affezioni multiformi che influivano su quella che, al tempo, era un'ossessione: la decadenza della razza, la degenerazione della discendenza, spettro della degenerazione biologica.

Di alcuni motivi d'agitazione dei progenitori degli antivaccinatori contemporanei sentiamo l'eco, come quelli della libertà civile e di quella di cura. Che, oggi, si accompagnano a temi come la sicurezza, l'efficacia, la medicina alternativa, la medicalizzazione della vita, la voracità delle multinazionali farmaceutiche, produttori di vaccini, la diffidenza nei confronti della scienza e del governo. Per non parlare delle teorie della cospirazione e del complotto, secondo le quali i signori della terra, per potere e ricchezza - da Bill Gates a Rockefeller - si servirebbero dei vaccini - oltre che di sostanze di uso alimentare modificate - per sfoltire la popolazione del pianeta, naturalmente per loschi interessi. Una parte dell'isteria antivaccini si nutre della perdita della memoria dell'età in cui quel prezioso ausilio non era ancora entrato in scena e in cui tremende malattie come vaiolo o poliomielite, ma anche parotite e morbillo - erano mali comuni e spesso mortali. In qualche modo, insomma, il vaccino è vittima del suo stesso successo. Incubatore di disinformazione, Internet gioca un ruolo di primo piano nella diffusione delle informazioni anti-vaccinazione, che, a dispetto di ogni evidenza scientifica, si ostinano a sostenere il presunto legame tra vaccinazione trivalente e autismo. E ad opporre ai fatti biomedici e scientifici, modelli alternativi, una concezione olistica della salute, esercizi d'interpretazione sulla responsabilità genitoriale, la diffidenza nelle competenze. Le forze dell'irrazionalità sembrano avere la meglio: riconoscere depistaggio e disinformazione è difficile per cittadini confusi e frastornati da informazioni contraddittorie, con poca o nessuna comprensione della scienza e dell'importanza del metodo scientifico che procede verso la verità attraverso prove e riprove, verifiche e conferme da parte della comunità scientifica. L'istruzione è importante. Ma, al tempo di Internet, per battere i militi della guerra alla vaccinazione, in servizio permanente effettivo, occorrerà mettere in campo nuove strategie e nuovi mezzi. Non possiamo permetterci di erodere, anno dopo anno, la fiducia in quella che è probabilmente la misura di salute pubblica più efficace messa in campo dalla scienza moderna.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 08/2015: 203.009
Diffusione 08/2015: 144.529
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

19-OTT-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

L'intervista Giuseppe Mele

«Chili in più e solitudine li fanno diventare vecchi»

IL PEDIATRA: «MOLTI GENITORI ANSIOSI MA SENZA AUTOREVOLEZZA»

ROMA «Stiamo osservando un inquietante processo evolutivo. Anzi, involutivo. Mai avrei creduto che un bambino, nato sano ma danneggiato da alcuni comportamenti, avrebbe avuto un'aspettativa di vita inferiore a quella del padre». Giuseppe Mele, pediatra presidente dell'Osservatorio nazionale sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza non si stupisce più nel visitare pazienti bambini-adulti.

Può indicare due comportamenti che minano la salute dei bambini?

«Direi l'eccesso di cibo e la solitudine»

Che sono legati, vero?

«Nella stragrande maggioranza dei casi sì ma possono presentarsi anche singolarmente e generare, così, situazioni differenti»

Impressiona pensare ad un bambino iperteso perché mangia troppo e troppo salato, è frequente?

«Ormai sì. In una stessa famiglia si trovano a dieta nonni e nipoti per lo stesso disturbo. Nei più piccoli troviamo anche trigliceridi e colesterolo oltre la soglia di tolleranza».

Per questo lei dice che un bimbo, con valori sballati, può avere un'aspettativa di vita inferiore a quella del padre che ha livelli del sangue quasi nella norma?

«Certo, direi un paradosso. Ma se la famiglia non inverte la rotta si trova con danni gravi al cuore già nell'adolescenza».

Ha citato anche la solitudine dei bambini?

«Prima di tutto va ricordato che è alto il numero dei figli unici. In più, noi pediatri, ci rendiamo conto che molti genitori sono eccessivamente protettivi, carichi di ansia ma non autorevoli. Da qui i disturbi alimentari e forme di depressione anche a sei anni»

Non autorevoli?

«Non sono in grado di comunicare con i piccoli nel modo giusto. Fanno gli amici ma, mamma e papà non sono amici. Solo genitori»

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media