

<http://www.ansa.it>

Oms, nel mondo 3,2 miliardi di persone a rischio malaria

Giornata mondiale, progressi ma ancora molta strada da fare



Oms, nel mondo 3,2 miliardi di persone a rischio malaria

Nonostante i progressi degli ultimi anni, con la mortalità diminuita del 60% dal 2000 a oggi e lo status di 'malaria free' ottenuto dall'Europa pochi giorni fa, 3,2 miliardi di persone sono ancora a rischio di contrarre la malattia, che fa più di 400mila morti ogni anno. Lo ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), che celebra oggi il World Malaria Day.

Secondo il rapporto pubblicato oggi l'obiettivo di eliminare la malaria da almeno 35 Paesi entro il 2030 proclamato l'anno scorso è raggiungibile. Sono otto i Paesi fuori dall'Europa che nel 2014 hanno riportato zero casi, mentre altri otto ne hanno avuti meno di cento e 12 tra cento e mille. Lo scorso anno sono però

stati riportati 214 milioni di nuovi casi in 95 Paesi. "L'efficacia degli strumenti usati finora è minacciata - scrive l'Oms -. La resistenza delle zanzare agli insetticidi è in aumento, così come quella del parassita a uno dei farmaci più usati. Per nuovi progressi servono nuovi strumenti che ad oggi non esistono, oltre a un miglioramento di quelli esistenti".

In Italia, ricorda Stefano Vella, vicepresidente di Friends of the Global Fund Europe ed esperto di Salute globale dell'Istituto Superiore di Sanità, la malaria è stata debellata nel 1970, ma può sempre tornare se non verrà eliminata dal resto del mondo. "L'estrema globalizzazione dei nostri giorni - avverte Vella - consente spostamenti di persone, cose e anche di malattie, prima impensabili. Per questo è importante il ruolo del Fondo Globale che da solo a livello internazionale garantisce la metà dei finanziamenti mondiali per la lotta contro la malaria, l'80 per cento di quelli contro la tubercolosi e oltre il 20 per cento destinati all'Aids e ha contribuito a salvare milioni di persone nel mondo".

quotidianosanita.it

Lunedì 25 APRILE 2016

La settimana in Parlamento. Def, Ddl Lorenzin e Responsabilità professionale. Mercoledì le mozioni contro l'utero in affitto

Il Documento di economia e finanza arriva in Aula in tutti e due i rami del Parlamento. Mercoledì 4 maggio ultimo giorno per gli emendamenti al ddl sulla responsabilità professionale all'esame della Commissione Sanità del Senato. Mentre in Affari sociali alla Camera è attesa la risoluzione per la trasparenza degli accordi stipulati dall'AIFA con le case farmaceutiche. E poi testamento biologico e interrogazioni.

La Camera dei deputati riapre martedì 26 aprile (a partire dalle ore 15, con eventuale prosecuzione notturna) con l'inizio della discussione generale del disegno di legge C. [3672](#) e abb. - Delega al Governo per la riforma organica della magistratura onoraria e altre disposizioni sui giudici di pace (approvata dal Senato).

Mercoledì 27 aprile (dalle ore 10, con eventuale prosecuzione notturna), avrà luogo l'esame del [Doc. LVIII, n. 4](#) - Documento di economia e finanza 2016 (DEF); Durante la giornata saranno esaminate anche le mozioni Lupi ed altri [1-1195](#), Carfagna ed altri [1-1187](#), Roccella ed altri [1-1218](#), Spadoni e altri [1-1223](#), Dellai ed altri [1-1225](#), Rondini ed altri [1-1226](#), Vezzali e Monchiero [1-1227](#), Rampelli ed altri [1-1228](#) e Nicchi ed altri [1-1230](#) concernenti iniziative, in ambito nazionale e sovranazionale, per il contrasto di tutte le forme di surrogazione di maternità.

Giovedì 28 aprile (con sessioni antimeridiane e pomeridiane, con eventuale prosecuzione notturna e nella giornata di venerdì 29 aprile); l'esame del disegno di legge C. [2039-A](#) e abb. - Contenimento del consumo del suolo e riuso del suolo edificato; l'esame del [Doc. IV-ter. n. 16-A](#) - Relazione della Giunta per le autorizzazioni sulla richiesta di deliberazione in materia di insindacabilità, ai sensi dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione, nell'ambito di un procedimento penale nei confronti di Francesco Barbato, deputato all'epoca dei fatti.

Sempre giovedì avranno luogo interrogazioni a risposta immediata (question time), con trasmissione in diretta televisiva dalle ore 15,00. Mentre venerdì 29 avranno luogo interpellanze urgenti.

La [Commissione Affari sociali](#) proseguirà la discussione congiunta delle risoluzioni [7-00705](#) Silvia Giordano e [7-00953](#) Miotto: Trasparenza degli accordi stipulati dall'AIFA con le case farmaceutiche.

In sede referente, proseguirà l'esame del disegno di legge "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore" (C. [2617-B](#), approvato dalla Camera e modificato dal Senato - rel. Lenzi, PD), delle proposte di legge "Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie (C. [3504](#), approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato e C. [94](#) Binetti - rel. Grillo, M5S) e delle proposte di legge (C. [1432](#) Murer, C. [1142](#) Mantero, C. [1298](#) Locatelli, C. [2229](#) Roccella, C. [2264](#) Nicchi, C. [2996](#) Binetti, C. [3391](#) Carloni, C. [3561](#) Miotto, C. [3596](#) Calabrò, C. [3586](#) Fucci, C. [3599](#) Brignone, C. [3584](#) Nizzi, C. [3630](#) Iori, C. [3723](#) Marzana e C. [3730](#) Marazziti:)

"Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari"

e nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla materia, svolgerà le audizioni di esperti della materia (Grazia Zuffa e Stefano Canestrari).

In sede consultiva, per il parere alla VII Commissione Cultura, esaminerà il nuovo testo unificato: "Disposizioni per la diffusione del libro su qualsiasi supporto e per la promozione della lettura" (C. [1504](#) Giancarlo Giordano e abb. - rel. Mariano, PD).

Le Commissioni riunite XI Lavoro e XII Affari sociali svolgeranno, poi nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. [3594](#) Governo, recante "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali (collegato alla legge di stabilità 2016)", le audizioni informali di rappresentanti del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

Il Senato torna a riunirsi [martedì 26 aprile](#) alle ore 16,30, per esaminare il ddl n. [54-B](#), sul reato di negazionismo, ove concluso dalla Commissione Giustizia.

Durante la settimana saranno esaminato il Doc. [LVII. n. 4](#) - Documento di economia e finanza 2016 (mercoledì 27), il Ddl n. [2299](#) - Decreto-legge n. 42, funzionalità del sistema scolastico e della ricerca (Voto finale entro il 28 aprile) (Scade il 28 maggio) e Ddl costituzionale n. [1289-B](#) - Modifiche allo Statuto speciale Friuli-Venezia Giulia (Approvato in prima deliberazione dal Senato e dalla Camera dei deputati) (Seconda deliberazione del Senato) (Voto finale a maggioranza assoluta dei componenti del Senato).

La [Commissione Igiene e Sanità](#) torna riunirsi martedì con lo svolgimento di due interrogazioni: [3-02689](#) sen. Morra ed altri, sulla nomina del nuovo membro del consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale tumori [3-02577](#) senatrice Pezzopane ed altri, sulla chiusura di 4 punti nascita in Abruzzo.

Proseguirà la trattazione del DDI Lorenzin n. [1324](#) e del Ddl Responsabilità n. [2224](#) professionale per cui è stato fissato alle ore 18 di mercoledì 4 maggio 2016 il termine per la presentazione degli emendamenti.

SANITÀ KO Pochi assunti, troppi precari

Se il Ssn abdica al ruolo degli psicologi

» CHIARA DAINA

È arrivata la generazione che si prende cura delle emozioni spezzate come una gamba rotta. Oggi andare dallo psicologo non è più un tabù. E "stare bene" non significa soltanto non essere ammalato ma anche essere in pace con se stessi. "I giovani adulti, tra i 20 e i 30 anni, che si rivolgono alla psicologia sono in aumento. L'esigenza nasce in momenti critici, come la ricerca del lavoro, la separazione dalla famiglia, i primi lutti. Dal 2008 in Trentino questi utenti sono cresciuti del 40%", spiega Elena Bravi, direttore dell'Uoc di Psicologia clinica di Trento e presidente della Società italiana di psicologia dei servizi ospedalieri e territoriali. Un disagio psicologico non trattato si cronicizza, peggiora le condizioni psicofisiche dell'individuo, con bassa resa sul lavoro, e fa lievitare la spesa sanitaria del 12,3%. Al contrario, una persona trattata psicologicamente diminuisce il rischio di eventi cardiovascolari (-41%), infarti acuti (-45%), mortalità (-28%) e consente un risparmio per lo Stato del 17%. Purtroppo il nostro Ssn sottovaluta ancora il ruolo degli psicologi: pochi assunti, troppi precari, molti in fuga all'estero.



Acquisti, stretta a singhiozzo

di Valeria Uva

C'è anche la «mitica» sirin-
ga che di Asl in Asl triplica
il suo prezzo tra i beni da com-
prare in forma aggregata. La

stretta sugli acquisti è partita a
febbraio. Ma non tutti i beni so-
no già disponibili.

► pagina 6

5 miliardi
I RISPARMI ATTESI
DALLA SPESA CENTRALIZZATA

Acquisti, primo stop al fai-da-te

Spesa centralizzata per 15 miliardi ma le gare vanno a rilento

All'ingrosso

Per siringhe, vaccini, farmaci e stent rifornimento tramite la centrale regionale

I risparmi attesi

In tre anni cinque miliardi in meno ma il sistema andrà a regime dal 2018

PAGINA A CURA DI
Valeria Uva

Una tenaglia che si muove in tre tempi per gli acquisti della Pubblica amministrazione. La prima stretta è partita il 9 febbraio. Da quel giorno, infatti, per Asl e amministrazioni statali è scattato l'obbligo di comprare solo in forma aggregata 19 categorie di beni e servizi.

L'ultimo passaggio scatterà il 9 agosto, quando questi stessi obblighi saranno estesi agli enti locali. Nel mezzo, un altro giro di vite in arrivo con un decreto che limiterà le caratteristiche essenziali (e non sostituibili) dei beni. Ma per completare il percorso di centralizzazione degli appalti, in realtà servirà più tempo, almeno fino alla fine del prossimo anno.

Da questo percorso il commissario alla spending review, Yoram Gutgeld, si aspetta risparmi «per cinque miliardi in un triennio». Di fatto, si tratta di un taglio del 10% su 50 miliardi di spesa complessiva aggredibile (con la sanità a farla da padrona) nel periodo 2016-2018.

La partenza

Dal 9 febbraio scorso è in vigore il Dpcm che ha individuato 19 categorie di beni e servizi non più acquistabili singolarmente. Per questi beni Asl e amministrazioni centrali non possono

più bandire singole gare, ma devono rifornirsi dai cosiddetti soggetti aggregatori: 33 in tutto, al posto delle oltre 33mila stazioni appaltanti. Dell'elenco gestito dall'Anticorruzione fanno parte, oltre a Consip e a una centrale d'acquisto per ogni Regione, anche nove città metropolitane (assente Reggio Calabria) e due province (Perugia e Vicenza), il cui compito sarà soprattutto quello di aggregare la domanda degli enti locali sulla spesa extra-sanitaria.

Il pacchetto vale 15 miliardi l'anno, per oltre due terzi in capo alla sanità, con i farmaci a far la parte del leone con 8 miliardi di valore (si veda la seconda tabella). Nel paniere ci sono anche le classiche siringhe, da sempre paradigma delle differenze di costi tra Asl e Asl. Nella spesa extra-sanitaria compaiono i servizi di manutenzione e pulizia degli immobili, la guardiana e la vigilanza armata.

«Siamo partiti dalla sanità perché da sola vale oltre il 50% dei 131 miliardi di spesa pubblica annuale per beni e servizi» spiega Luigi Ferrara, capo del Dipartimento amministrazione generale del Mef, il quale presiede il tavolo tecnico dei soggetti aggregatori che ha individuato le 19 categorie. Un perimetro che, pian piano si allargherà: «Guardiamo ad altri beni facilmente

standardizzabili da inserire in un nuovo elenco a partire dal 2018», aggiunge Ferrara.

Fin qui la teoria. La pratica racconta di un'attuazione a macchia di leopardo: nessuna tra le centrali regionali e la stessa Consip, infatti, dispone sin da ora di convenzioni per tutte le 19 categorie obbligatorie. Le esperienze più avanzate sono quelle di Liguria, Veneto, Bolzano ed Emilia Romagna con almeno sette convenzioni disponibili (si veda la prima tabella). Si tratta di enti partiti già da molti anni e che hanno fatto da apripista al tavolo dei soggetti aggregatori per programmazione e stime economiche. «Siamo operativi dal 2005 - racconta Alessandra Boni, dirigente di Intercent, la centrale dell'Emilia Romagna - e nel 2015 il valore dei contratti stipulati sulle nostre convenzioni è stato di oltre 1,5 miliardi con un risparmio medio del 13%».

Altre Regioni sono partite da poco, dopo il pressing del Dl 66/2014, e devono ancora co-



minciare a programmare la maggior parte delle gare. In parte può supplire Consip, che per farmaci, vaccini e altre tre categorie offre un sistema dinamico di acquisto. Ancora più indietro le città metropolitane e le due province. Nessuna, per esempio, ha programmato la gara per la guardiania, solo Milano sta per appaltare la vigilanza armata. Catania, Firenze e Torino puntano sulla pulizia immobili. Ma tutti questi enti sono vere e proprie start up. Da qui i sei mesi di proroga concessi ai Comuni: per loro gli obblighi di acquisto attraverso le città metropolitane scatteranno dal 9 agosto.

La nuova stretta

A rendere più difficile appalti di servizi e forniture fai-da-te, nel frattempo, sarà il decreto del Mef sulle caratteristiche essenziali, previsto dalla legge di Stabilità e in arrivo sulla «Gazzetta». Spiega ancora Ferrara: «Serve a circoscrivere e ridurre tutti quei parametri di un bene che sono davvero insostituibili per ogni amministrazione». In pratica, il provvedimento indica ciò che è davvero essenziale per ogni fornitura. Per citare un esempio, chi dovrà acquistare un pc, potrà valutare la memoria, ma non certo il colore della tastiera. Al contrario, tutto ciò che non è essenziale, non potrà più essere utilizzato dalle amministrazioni per gare su misura.

Ma prima che tutto ciò produca benefici rilevanti per le casse pubbliche serve tempo. Solo a fine 2017, se la tabella di marcia sarà rispettata, tutte le Regioni e Consip avranno concluso le gare sulle 19 categorie. Sempre che i ricorsi, ancor più frequenti nelle maxi-gare, non allunghino i tempi. Ecco perché 15 miliardi attesi entro il 2018 non si trovano ancora in bilancio e, come spiega il Def, saranno «quantificabili solo a consuntivo». Il Documento di economia e finanza si limita per il 2016 a indicare 216 milioni di risparmio dalla centralizzazione della spesa. Frutto delle misure della Stabilità: oltre all'allargamento del perimetro Consip, proprio la stretta sulle caratteristiche essenziali dei beni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le iniziative e la spesa

AVVIO A RILENTO

Lo stato di avanzamento delle gare centralizzate per le 19 categorie di beni e servizi obbligatori: in verde le convenzioni attive, in rosso quelle ancora da programmare

Regione e soggetto aggregatore	Iniziativa attiva	Iniziativa bandita o programmata	Sistema dinamico d'acquisto attivo	Bando non attivo sistema dinamico di acquisto	Iniziativa mancante
Consip	1	8	5	5	0
Abruzzo - Sua	1	5	0	0	13
Basilicata - Sua	0	8	0	0	11
Bolzano - Agenzia contratti pubblici	7	3	0	0	9
Calabria - Sua	0	10	0	0	9
Campania - Soresa	2	13	0	0	4
Emilia Romagna - Intercent - Er	7	12	0	0	0
Friuli Venezia Giulia - Servizio Cuc	0	9	0	0	10
Lazio - Direzione centrale acquisti	1	16	0	0	2
Liguria - Sua *	9	6	0	0	3
Lombardia - Arca	3	16	0	0	0
Marche - Sua	0	16	0	0	3
Molise - Servizio Cuc	5	6	0	4	4
Piemonte - Scr	4	14	0	0	1
Puglia - InnovaPuglia	1	12	—	0	6
Sardegna - Crc	0	12	0	0	7
Sicilia - Cuc	0	5	0	0	14
Toscana - Dg Organizzazione	0	11	0	0	8
Trento - Agenzia Provinciale	0	9	0	0	10
Umbria - Cras	0	15	0	0	4
Valle d'Aosta - In.Va	0	10	—	—	9
Veneto - Crav	6	13	0	0	0

* Una iniziativa sospesa

Fonte: elaborazione Sole 24 Ore del Lunedì su dati dei soggetti aggregatori aggiornati al 13 aprile 2016

IL PANIERE

La spesa per le 19 categorie merceologiche obbligatorie. Valori in milioni di euro

Merceologia	Valore	Merceologia	Valore
BENI		SERVIZI SANITÀ	
Farmaci	8.000	Gestione app. elettromedicali	590
Vaccini	310	Pulizia per il Ssn	1.200
Stent	170	Ristorazione	700
Ausili per incontinenza	250	Lavanderia	500
Protesi d'anca	200	Smaltimento rifiuti sanitari	200
Medicazioni generali	120	Spesa sanitaria totale	12.810
Defibrillatori	250	SPESA COMUNE TOTALE*	2.793
Pace-maker	170		
Aghi e siringhe	150		

(*). Comprende: vigilanza armata, facility management immobili, pulizia immobili, guardiania e manutenzione immobili e impianti
 Fonte: Mef

CODICE APPALTI**Enti pubblici
a qualificazione
obbligatoria**

La selezione delle stazioni appaltanti passerà anche dalla qualificazione, obbligatoria con il nuovo Codice appalti. Le regole per gli appalti di lavori, servizi e forniture sono in vigore da martedì 19 aprile. Ma le norme sulla qualificazione delle ammi-

nistrazioni che vogliono far da sole negli appalti scatteranno in un secondo tempo, con le linee guida dell'Anac da mettere a punto entro 90 giorni, cioè entro il 18 luglio.

Il sistema sarà strutturato per fasce di importo. La piena autonomia è riservata solo agli appalti più piccoli: da zero a 40 mila euro per i servizi e le forniture e da zero a 150 mila euro per i lavori. Oltre queste soglie, tutte le amministrazioni dovranno qualificarsi presso l'Anac. Il Codice ha già fissato paletti mol-

to rigorosi: oltre al personale dedicato e alla sua formazione, l'ente verrà giudicato anche dal numero di gare svolte, dalle varianti approvate (indice di una progettazione debole), dall'aumento dei costi in corso d'opera e da eventuali sforamenti dei tempi di tutte le fasi di gara. Peseranno anche i ritardi nei pagamenti dei fornitori. Previsti cinque requisiti premianti, tra cui spicca il numero di cause sugli appalti da cui l'ente è uscito sconfitto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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

INDAGINE ANAAO-ASSOMED

L'SOS dei medici ospedalieri: troppi turni notturni e troppi pazienti da seguire

Centinaia di malati da gestire, più urgenze cliniche da risolvere contemporaneamente, cinque notti di guardia al mese, reparti sovraffollati. Fare il medico è ormai un'impresa, specie se si hanno più di 50 anni

Non lavorano al fronte, non prestano soccorso in un campo di battaglia, ma poco ci manca. Sembra che i medici italiani abbiano a che fare quotidianamente con l'emergenza dettata da un conflitto armato piuttosto che con un'assistenza sanitaria di routine: fino a 200 pazienti per ogni turno di notte, due o più emergenze cliniche da gestire contemporaneamente, urgenze al pronto soccorso da affrontare mentre si è di guardia in ospedale. Sono loro stessi a descriversi così nell'indagine di Anaa Assomed. Un ritratto del nostro sistema sanitario delineato da chi lo conosce meglio di tutti: i medici. Il tour de force non risparmia neanche chi ha i capelli bianchi: un medico over 50 può arrivare a svolgere 5 turni notturni al mese nelle regioni meridionali. Se vive al nord può andargli meglio e fermarsi a tre.

Nelle risposte al questionario consegnate da un campione di mille camici bianchi sono elencate una dopo l'altro tutte le difficoltà quotidiane della professione. Il numero eccessivo dei pazienti nei turni di notte, la mancanza dei posti letto, i ricoveri fuori reparto, le attese troppo lunghe per i farmaci e la mancanza di coordinamento con il territorio. Vediamo nel dettaglio come appare il nostro servizio sanitario agli occhi dei medici.

Il carico di lavoro

Una delle domande chiedeva: «Il tuo orario di lavoro medio settimanale supera il limite di 48 ore previsto dalla normativa europea sull'orario di lavoro in vigore dal 25 novembre 2015?». La risposta è stata un "sì" deciso per quasi la metà degli intervistati. Il 44,7 per cento ha dichiarato infatti di lavorare oltre il limite previsto dalla legge, e nella metà dei casi senza l'adeguata remunerazione per gli "extra". Ma il problema non è solamente di natura sindacale. Ne va della sicurezza dei pazienti. Il 37,7 per cento degli intervistati svolge da uno a tre turni di guardia notturna al mese, il 30,7 per cento da quattro a cinque, il 9,1 per cento tra sei e sette, e il 3,5 per cento più di otto. In molti casi non si tratta di giovani nel pieno delle loro forze. Il 28 per cento del campione over 50 passa ancora quattro o cinque notti al mese in ospedale, chiamato ad occuparsi in molti casi di un esercito di malati. Il 17,7 per cento dei medici che hanno risposto al questionario dichiara di dover seguire tra i 50 e i

100 pazienti per turno notturno. Ma c'è di peggio. Il 10 per cento degli intervistati ne prende in carico tra i 100 e i 200 e il 5 per cento oltre 200.

C'è anche chi (7%) sperimenta il dono dell'ubiquità riuscendo a essere di turno in pronto soccorso e contemporaneamente di guardia in corsia per almeno 50 pazienti. I salti mortali sono per tutti all'ordine del giorno. L'88 per cento ha dovuto affrontare contemporaneamente due urgenze cliniche. Per molti di loro si tratta di normale amministrazione.

L'organizzazione delle strutture sanitarie

Chi ha avuto un infarto va in cardiologia, chi ha il femore rotto in ortopedia. In teoria esiste il reparto giusto per ogni paziente. Ma la realtà dipinta dai mille medici nell'indagine Anaa Assomed è ben diversa. Il 73 per cento ha dichiarato di gestire pazienti "in appoggio" e, di questi, circa la metà lo fa spesso.

Che succede in questi casi? Nulla di buono: il paziente viene accudito da personale infermieristico formato per problemi clinici differenti e non riesce a mantenere il rapporto con il medico referente in reparto, i medicinali prescritti non sono facilmente reperibili, i famigliari sono costretti a inseguire il medico tra i corridoi dell'ospedale.

Tutto ciò rallenta la guarigione dei pazienti: chi si trova fuori reparto ha una degenza media più lunga (2,6 giorni) rispetto a chi è ricoverato nel posto giusto.

La soluzione del "ricovero in appoggio" va di pari passo con altre scelte di politica sanitaria come l'aumento delle dimissioni dei pazienti e la riduzione dei posti letto. Un trend che prosegue da una decina di anni a questa parte e che non sfugge ai medici che hanno partecipato al sondaggio. Che però lo giudicano in maniera diversa.

Circa il 59 per cento ritiene che la riduzione della degenza media aumenti il rischio di ricoveri successivi alle dimissioni affrettate e aumenti la mortalità, mentre il 41,04 per cento lo considera uno stimolo al miglioramento delle cure offerte.

Per continuare a sondare l'efficienza delle strutture sanitarie, l'inchiesta di Anaa Assomed ha domandato ai medici quanto tempo ci volesse per ottenere un farmaco o un dispositivo richiesto: il 45 per cento viene soddisfatto entro le 24 ore, il 27,5 per cento entro una settimana e solo il 22 per cento in meno di 12 ore. La situazione peggiore si trova nelle Regioni del Centro dove il 40 per cento dei medici dichiara di ricevere i farmaci entro una settimana.

L'aumento di mortalità del 2015

Le statistiche Istat del 2015 parlano di 54 mila decessi in più rispetto al 2014, con un tasso di mortalità del 10,7 per cento (il più alto dal secondo dopoguerra). Tra le ipotesi più verosimili c'è l'aumento della popolazione anziana. Ma che spiegazione danno i medici? Quasi la metà di loro (49%) pare non essersi proprio accorto del problema. Solo il 14 per cento dice di aver avuto la percezione del fenomeno. Si tratta soprattutto di quei medici sottoposti a un maggior carico di lavoro, che durante il turno di guardia gestiscono più di 50 posti letto, seguono pazienti in appoggio, lavorano in reparti affollati, fanno più ore di straordinario, più di 5 notti di guardia al mese e si trovano a dover gestire più urgenze contemporanee. Sono loro infatti che sperimentano in prima persona i dati riportati dalla letteratura scientifica: un rapporto numerico medico/paziente sfavorevole, l'affollamento dei pazienti nelle corsie si associano a un aumento della mortalità intraospedaliera.

L'integrazione ospedale-territorio

Per capire se il sistema sanitario funziona bene non basta valutare l'efficienza degli

ospedali, ma è utile chiedersi cosa accade al paziente quando li lascia. La continuità dell'assistenza sanitaria, presso il domicilio o presso altre strutture riabilitative o residenziali, è prevista dal "protocollo delle Dimissioni protette". Quanti medici lo conoscono, lo sfruttano e lo apprezzano? Il 31,8 per cento lo conosce e lo segue in maniera ottimale, il 32,8 per cento pur conoscendolo non sempre riesce ad aderire completamente per problematiche organizzative, mentre ben il 33,1 per cento non conosce l'esistenza del protocollo nella propria realtà ospedaliera. Ma la continuità di cura ospedale-territorio ha altri due nei. In alcuni ospedali, soprattutto nei più piccoli, manca la possibilità di eseguire esami specifici e il 39,4 per cento degli intervistati ha ammesso di aver indirizzato il paziente altrove. E poi, in molti casi i medici ignorano le sorti dei malati terminali, quasi mai vengono informati dell'avvenuta morte del paziente.

«Ciò - si legge nell'inchiesta - testimonia un inadeguato coordinamento dell'assistenza tra servizi ospedalieri e territoriali e quindi un chiaro segno della mancanza di una continuità di cura tra Ospedale e Territorio».

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

Dieta mediterranea, a sorpresa l'Australia e India battono l'Italia

Ci supera anche la Nuova Zelanda. Lo sostiene uno studio su 15.482 pazienti con precedenti eventi cardiovascolari

di ELVIRA NASELLI



Nella dieta mediterranea anche gli indiani sono più virtuosi degli italiani AUSTRALIA, India e Nuova Zelanda mangiano più mediterraneo di noi. E, curiosamente, anche alcuni paesi nordici. Con innumerevoli vantaggi, documentati da un ennesimo studio su oltre 15.000 pazienti in 39 paesi, in uscita oggi su [European Heart Journal](#). Lo studio ha analizzato persone con precedenti eventi cardiovascolari, come attacchi di cuore e ictus. Dunque pazienti ad alto rischio di altri eventi cardiovascolari. Scoprendo che tanto più si mangia mediterraneo, quindi dieta ricca di frutta, verdura, legumi, pesce, cereali integrali, tanto meno si è soggetti ad altri eventi cardiovascolari. Nel contempo, però, lo studio ha verificato come una classica dieta occidentale, troppo ricca di dolci, zuccheri, bevande zuccherate, fritti, non è invece associata ad un aumento del rischio. Anche se naturalmente nessuno si sente di consigliarla.

Lo studio. Ma veniamo allo studio: 15.482 pazienti, età media 67 anni, 3.7 anni in media di follow up. In questo periodo si sono verificati 1588 casi di attacchi di cuore, ictus o morte (10,1 per cento). Ma in coloro che avevano una aderenza maggiore alla dieta mediterranea, la percentuale scendeva.

Niente calorie. "Abbiamo misurato l'aderenza alla dieta mediterranea con un punteggio

specifico (Mediterranean diet score, MDS), senza tenere conto dell'introito calorico giornaliero – spiega dall'università di Auckland Ralph Stewart, primo firmatario dello studio – e ci siamo accorti che chi mangiava più cibi salutari e aveva quindi un punteggio uguale o maggiore di 15 era soggetto a eventi cardiovascolari nel 7,3 per cento dei casi; coloro che avevano un punteggio di 13-14 vedevano aumentare il rischio al 10,5 per cento. Infine chi registrava 12 punti, o anche meno, aveva una percentuale aumentata del 10,8 per cento.

Meno infarti e ictus. Dopo aver aggiustato questi numeri con altri fattori, abbiamo scoperto che ogni punto in più del "Mediterranean diet score" era associato ad una riduzione del 7 per cento nel rischio di infarti, ictus o morte, in pazienti che già avevano avuto un evento cardiovascolare. Contemporaneamente, e certamente non ce l'aspettavamo, un consumo più alto di alimenti considerati non sani, non è risultato associato ad un aumento di eventi avversi".

Un menù che piace all'estero. Quel che è più interessante è che il modello mediterraneo è stato trovato anche in paesi molto lontani da noi, come appunto Australia e Nuova Zelanda. "Abbiamo dimostrato – continua Stewart – come lo stesso punteggio possa essere applicato a diete profondamente diverse globalmente. Sono gli stessi alimenti che sembrano essere protettivi. E non è un caso che in altre parti del mondo, più che in Italia, le popolazioni scelgano una dieta più italiana di quella seguita da voi. E il nostro studio dimostra che bisogna enfatizzare il messaggio di mangiare sano e mediterraneo".

Le porzioni. Lo studio non ha analizzato l'introito calorico giornaliero dei pazienti, né ha definito con esattezza il concetto di porzione, lasciandolo all'interpretazione dei singoli e verificando che con porzione mediamente si intende un frutto, oppure una quantità di pesce, carne, verdure o cereali per una persona. Non è stato un caso. "Volevamo rendere il questionario quanto più intuitivo possibile – conclude Stewart – in modo da poter essere completato da tutti facilmente. Ci rendiamo conto di come possa essere un limite e fornire imprecisioni, ma è anche un punto forte dello studio perché ci consente di dimostrare che anche quando la dieta è molto complessa, alcune domande semplici riescono a identificare un modello alimentare associato con un rischio minore di infarti o ictus".