Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 10/2016: 200.000
Diffusione: n.d.
Lettori: n.d.
Quotidiano - Ed. nazionale

La Verità

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro

16-NOV-2016
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

A UDINE

Corsi preparto gratuiti per immigrate

■ Corsi preparto per donne immigrate, a spese della Regione. Accade nel Friuli Venezia Giulia amministrato dalla renziana di ferro Debora Serracchiani, la quale ha concesso all'Ambito socio-assistenziale di Tarcento (Udine) 51.000 euro per un progetto culturale che rientra nel Programma immigrazione 2016. Dell'intera cifra, 18.788 euro sono stati impegnati dal Comune di Tarcento in favore dell'associazione La linea armonica per «attività musicali e servizi accessori per favorire l'integrazione sociale di minori e famiglie stranieri nei contesti di vita quotidiana». Tra le iniziative ci sono appunto i corsi preparto «Nascere cantando» che prevedono «interventi di sensibilizzazione sul significato della musica in gravidanza e sull'uso di suoni, conte e filastrocche nell'ambito della relazione mamma bambino». Il che presuppone che i soldi per aiutare le famiglie italiane siano già stati tutti spesi con profitto, se ci sono soldi da impiegare per insegnare le ninnananne alle straniere. In realtà, il soldi destinati all'assistenza dei cittadini italiani vengono drasticamente ridotti. Come nel caso di due coniugi invalidi e disoccupati, a cui il sussidio regionale per le persone meno abbienti è stato tolto per tagli di spesa.

A.S.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 15 NOVEMBRE 2016

Meridiano sanità 2016. “Italia perde terreno in Europa. Unica salvezza è investire in prevenzione”

Pubblicato l’annuale report elaborato da The European House-Ambrosetti che misura le performance dei sistemi sanitari europei e delle Regioni italiane e suggerisce alcune contro misure per rendere sostenibili. Nel confronto europeo l’Italia perde posizioni. A livello regionale Emilia Romagna e Lombardia al top. IL RAPPORTO

“L’Italia manifesta un sensibile ritardo dalla media europea sul fronte dell’efficienza e appropriatezza dell’offerta sanitaria e sul fronte della capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute. Sul fronte della qualità dell’offerta sanitaria siamo in linea con l’Europa mentre sul fronte dello stato di salute mostriamo (ancora) performance migliore della media europea”. È questa la fotografia scattata dall’undicesima edizione del Forum Meridiano Sanità durante il quale è stato presentato il Rapporto annuale, elaborato da The European House-Ambrosetti.

Stato di salute della popolazione, qualità dell’offerta sanitaria e responsivnesss del sistema; capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute; efficienza/appropriatezza dell’offerta sanitaria, questi i 4 indicatori dell’ormai famigerato Meridiano Index che valuta i sistemi sanitario.

Paesi Bassi al top in Europa. Ebbene secondo i 4 indicatori, a livello europeo a guidare la classifica è la Svezia, seguita da Paesi Bassi, Finlandia e Francia. Italia al terz’ultimo posto subito prima di Portogallo e Grecia.

Figura 1. Elaborazioni The European House – Ambrosetti, 2016

Tra le Regioni italiane primeggia l’Emilia Romagna. “A fronte della performance media dell’Italia nel confronto europeo, si registrano forti difformità a livello regionale – rileva poi il rapporto. Il Meridiano Sanità Regional Index – giunto al suo secondo anno di rilevazione - mostra che ci sono aree di indagine in cui le disomogeneità regionali sono più accentuate che in altre.

L’Emilia Romagna (7,2) e la Lombardia (7,0) occupano le prime 2 posizioni. Seguono Trentino Alto Adige e Toscana con un punteggio pari rispettivamente a 6,9 e 6,7. Tutte le Regioni del Sud ottengono invece valori inferiori alla media nazionale.

Rispetto allo scorso anno, Emilia Romagna e Lombardia hanno ottenuto nuovamente i punteggi maggiori, mentre in coda Calabria e Campania si sono scambiate le posizioni. I cambiamenti più significativi rispetto allo scorso anno riguardano la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. La Valle d'Aosta (+ 4 posizioni) ha migliorato le proprie performance nelle aree "Stato di Salute ella popolazione", Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute" e "Qualità dell'offerta sanitaria e responsiveness del sistema".

Più nello specifico la Regione ha visto ridursi i fattori di rischio per la salute dei bambini, alcuni indicatori di mortalità (infantile, per tumore e per demenze), la copertura dei programmi di vaccinazione infantile, la degenza media standardizzata per case mix, le infezioni ospedaliere e la mortalità a seguito di infarto acuto del miocardio. Il Friuli Venezia Giulia (-5 posizioni) ha ottenuto performance peggiori rispetto allo scorso anno nelle aree "Stato di Salute ella popolazione" e "Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute". Più nello specifico la Regione ha registrato un aumento di alcuni indicatori di mortalità, del disavanzo pro capite, della degenza media pre-operatoria, dei tempi di attesa per interventi chirurgici e delle infezioni ospedaliere; inoltre il numero di posti letto per anziani nelle strutture residenziali si è ridotto significativamente.

La Sardegna (+4 posizioni) ha migliorato le proprie performance nelle aree "Stato di Salute ella popolazione", Equità e capacità di risposta ai bisogni di salute" e "Qualità dell'offerta sanitaria e responsiveness del sistema". Più nello specifico la Regione ha visto aumentare l'aspettativa di vita in buona salute dei propri residenti e la copertura dei programmi di screening organizzati; contestualmente ha registrato una riduzione dei fattori di rischio per la salute dei bambini, del livello di compartecipazione dei cittadini alla spesa, del numero di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata e dei tempi di attesa per ricovero oncologico.

"Mettendo in relazione le performance dei sistemi sanitari regionali – rileva il Rapporto - con il relativo livello di spesa sanitaria, pubblica e privata, emerge una relazione positiva tra le due grandezze: Le Regioni con le performance migliori (quelle del Nord) sono anche caratterizzate da un livello di spesa maggiore e ricchezza maggiore".

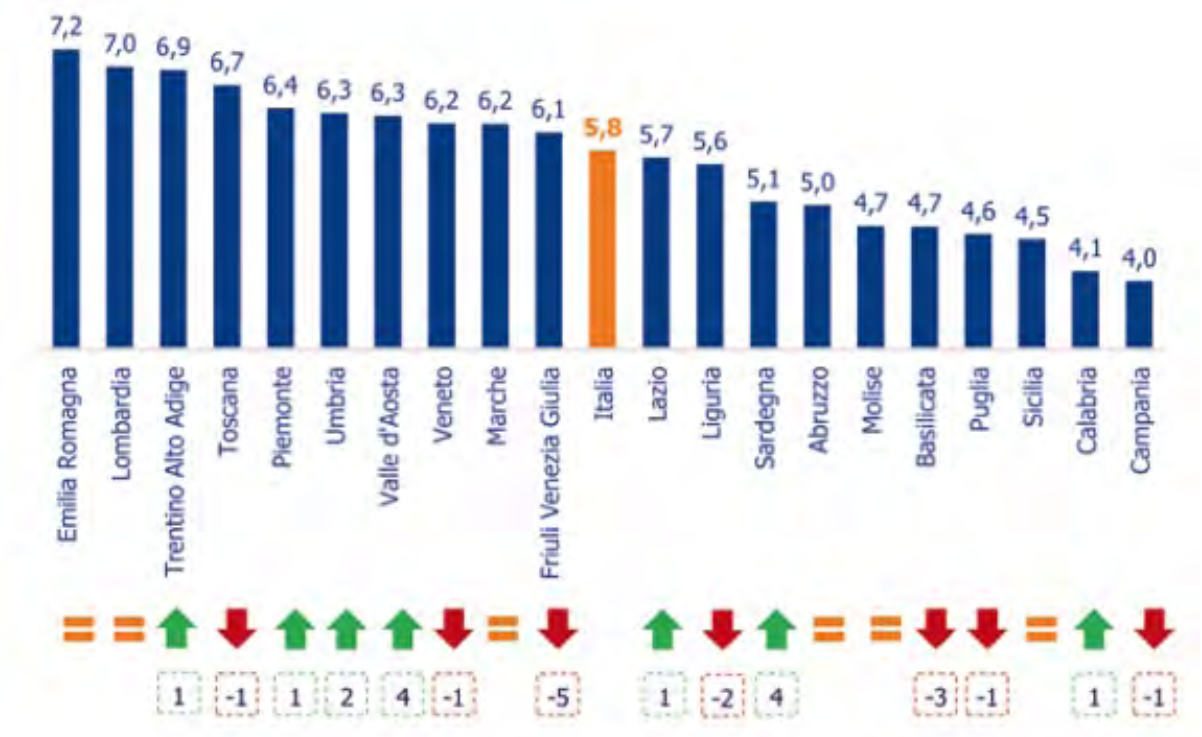

Figura 15. Posizionamento delle Regioni nel "Meridiano Sanità Regional Index" (punteggio 1-10)

Fonte: The European House – Ambrosetti, 2016

I campanelli d'allarme per il sistema. Il Rapporto poi evidenzia come "dal punto di vista dello stato di salute, anche se l'Italia si posiziona ancora tra i primi posti in Europa, si evidenziano alcuni campanelli d'allarme. Nel 2015 per la prima volta in 10 anni è diminuita la speranza di vita alla nascita, il tasso di mortalità è stato il più alto dal dopoguerra ad oggi e, inoltre, continuano a calare gli anni vissuti in buona salute. In aggiunta al fenomeno dell'invecchiamento demografico, oggi l'Italia deve affrontare altre importanti sfide per la salute delle persone".

“La sfida di gran lunga più importante per i sistemi sanitari e sociali è quella delle patologie croniche – ricorda il rapporto - che rendono necessaria una specificità di organizzazione e un impegno di risorse molto importanti”.

Altra preoccupazione il calo delle vaccinazioni. “Nel 2015 la copertura nazionale media per le vaccinazioni contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B pertosse e Haemophilus influenzae è stata del 93,4%; con un decremento di 1,3 punti percentuali rispetto al 2014 e di quasi 3 punti percentuali rispetto al 2011. Particolarmente preoccupanti sono i dati di copertura vaccinale per morbillo e rosolia che hanno perso 5 punti percentuali dal 2011 al 2015, passando dal 90,1% all’85,3%”.

Puntare sulla prevenzione. “A fronte di tutte queste sfide suggerisce il rapporto - , che minacciano la sostenibilità del SSN, l’intero sistema di welfare e la capacità di crescita economica, occorre investire di più in sanità. Allo stato attuale, il modello di previsione della spesa sanitaria su PIL di Meridiano Sanità stima al 2050 un rapporto spesa sanitaria/PIL pari al 9,2%. L’investimento in prevenzione ha un impatto positivo sulla spesa sanitaria; il modello di previsione di Meridiano Sanità ha altresì stimato che un euro investito in prevenzione genera 2,9 euro di risparmio nella spesa per prestazioni terapeutiche e riabilitative e che l’orizzonte temporale nel quale l’investimento in prevenzione manifesta i suoi impatti sulla spesa per prestazioni curative e riabilitative, in percentuale della spesa sanitaria totale, è di 10 anni. Ad oggi l’Italia spende in prevenzione 98,4 euro pro-capite. Se il nostro Paese investisse quanto la Germania (126,4 Euro) la spesa sanitaria al 2050 sarebbe l’8,9% del PIL con un risparmio di 4 miliardi di Euro l’anno”.

Le Proposte di Meridiano Sanità 2016:

PREVENIRE LE MALATTIE INFETTIVE.
- Lanciare una campagna informativa sull’importanza, il valore e la sicurezza delle vaccinazioni.

- Investire maggiori risorse in prevenzione (raggiungendo almeno il LEA del 5% della spesa sanitaria).

- Implementare il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale in modo omogeneo sul territorio nazionale.

- Valutare l'obbligatorietà di alcuni vaccini per l'ammissione dei bambini a scuola.

CONTRASTARE LA RESISTENZA AGLI ANTI-MICROBICI (AMR).
- Implementare iniziative di antimicrobial stewardship.

- Realizzare campagne di comunicazione sull’AMR.

- Attribuire alle DG delle strutture sanitarie indicatori di performance sul controllo delle infezioni ospedaliere e la diffusione di ceppi resistenti.

- Introdurre incentivi alla R&S di nuovi antibiotici e procedure di fast-track.

- Promuovere la ricerca di base e quella indipendente sui nuovi antibiotici.

RIDURRE I FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI E GESTIRE LE PATOLOGIE CRONICHE AD ALTO IMPATTO.
- Aumentare l’estensione e ridurre le disomogeneità regionali dei programmi di screening e stratificare i pazienti per classe di rischio per favorire la diagnosi precoce e la gestione efficace delle patologie.

- Individuare e diffondere le soluzioni più efficaci per la riduzione dei fattori di rischio modificabili delle patologie ad “alto impatto”. A fronte di tutte queste sfide, che minacciano la sostenibilità del SSN, l’intero sistema di welfare e la capacità di crescita economica, occorre investire di più in sanità. Allo stato attuale, il modello di previsione della spesa sanitaria su PIL di Meridiano Sanità stima al 2050 un rapporto spesa sanitaria/PIL pari al 9,2%. L’investimento in prevenzione ha un impatto positivo sulla spesa sanitaria; il modello di previsione di Meridiano Sanità ha altresì stimato che un euro investito in prevenzione genera 2,9 euro di risparmio nella spesa per prestazioni terapeutiche e riabilitative e che l’orizzonte temporale nel quale l’investimento in prevenzione manifesta i suoi impatti sulla spesa per prestazioni curative e riabilitative, in percentuale della spesa sanitaria totale, è di 10 anni. Ad oggi l’Italia spende in prevenzione 98,4 euro pro-capite. Se il nostro Paese investisse quanto la Germania (126,4 Euro) la spesa sanitaria al 2050 sarebbe l’8,9% del PIL con un risparmio di 4 miliardi di Euro l’anno.

- Avviare progetti sperimentali a livello regionale e locale per realizzare PDTA costruiti con la logica dell’Health Pathway Design. - Introdurre indicatori di accesso effettivo all’innovazione farmacologica.

- Diffondere gli strumenti di sanità digitale per migliorare l’accessibilità e garantire la continuità delle cure.

- Diffondere la sperimentazione di soluzioni di telemedicina con provato profilo di costoefficacia e costo-utilità e definire gli strumenti di tariffazione e finanziamento adeguati.

- Individuare nuove fonti di finanziamento di carattere pubblico-privato, come ad esempio i Social Impact Bond, per favorire la diffusione di soluzioni innovative per la gestione delle cronicità.

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 333.841
Diffusione 09/2016: 238.671
Lettori Ed. II 2016: 2.218.000
Quotidiano - Ed. nazionale

CORRIERE DELLA SERA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

16-NOV-2016
da pag. 31
foglio 1
www.datastampa.it

La ricerca

Ma le sigarette elettroniche sono innocue?

di **Sergio Harari**

Le sigarette elettroniche non sono innocue, anzi, raddoppiano il rischio di sviluppare i classici sintomi della bronchite cronica. In estrema sintesi è il messaggio che deriva da uno studio condotto su 500 adolescenti americani. Negli Stati Uniti la e-cig va largamente diffondendosi, anche tra i più giovani: nel 2011 tra i ragazzi delle scuole superiori la usavano solo l'1,5%, mentre oggi la percentuale è salita al 16%. Cosa contengano non è sempre chiaro considerando la varietà di aromi disponibili, ormai quasi 8.000, così come si sa ancora poco degli effetti a lungo termine. Il pregio dello studio pubblicato sull'*American journal of Respiratory and Critical Care Medicine* è di valutarne gli effetti sull'apparato respiratorio, analizzando la frequenza dei sintomi tipici della bronchite cronica, tosse e catarro, in una popolazione di liceali 17enni, attraverso l'uso di questionari. Quello che emerge dai dati è che fumare la sigaretta elettronica, o averla fumata, aumenta di molto, fino a raddoppiarli, i classici disturbi che caratterizzano questa malattia. L'effetto negativo è in correlazione diretta anche con il numero e la frequenza di e-cig fumate. Questi dati sono corroborati dalla recente pubblicazione di due ricerche condotte in Cina e Corea del Sud che hanno messo in relazione l'uso della sigaretta elettronica all'aumento dei casi di bronchite e asma bronchiale. Quindi, che la sigaretta elettronica faccia meno male della classica bionda non ci sono dubbi, ma non è del tutto innocua. È bene saperlo, soprattutto quando ci si rivolge ai ragazzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

16-NOV-2016
da pag. 17
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

ADDIO MEDICO

Ora gli italiani si curano dal dottor Google

Matteo Basile

Secondo gli ultimi dati addirittura l'80% dei pazienti cerca informazioni sulla propria salute sul web. Ma il dato più sconvolgente dice che nel 58% dei casi ci si accontenta del parere di internet senza consultare uno specialista. Un'abitudine molto pericolosa che rischia di compromettere la nostra salute. Anche perché non sempre i risultati dei motori di ricerca sono corretti e spesso contribuiscono solo a spaventare l'utente.

a pagina 17

MEDICINA E RETE

Salute, addio medico ora c'è «dottor Google»: boom di cure fai da te

Tra diagnosi e rimedi, il 58% dei pazienti si fida del web. Senza consultare lo specialista

80%

La percentuale di pazienti che si rivolgono alla rete per cercare risposte ai problemi di salute

Matteo Basile

■ Sappiamo tutto, conosciamo tutto. Siamo presuntuosi e un po' arroganti. E quando non abbiamo risposte, un click e ci pensa il web. Evviva. Ben venga uno strumento che ci viene in soccorso quando abbiamo dei dubbi e cerchiamo di saperne di più. Ma ci sono dei limiti. Che, puntualmente, superiamo anche in ambiti in cui mai si dovrebbe. E così succede che sempre più persone bypassino il proprio medico e si rivolgano con fiducia a «dottor Google». Che ci vuole? Si ha un sintomo, un dolorino, un malessere. Lo si digita su internet ed ecco spuntare diagnosi, rimedi, cure e, addirittura, anche farmaci da assumere.

Facile no? E pure comodo. «Dottor Google» è gratis, sempre disponibile e a portata di mouse. Chi ha più voglia di fare file, attese, domande imbarazzanti a un essere vivente. Chi se ne frega se l'essere vivente in questione ha un camice bianco e il curare le persone lo fa di mestiere. Un click e via, tutti in farmacia a comprare medicine a casaccio. Una follia, che sta diventando tremendamente comune. Secondo gli ultimi dati addirittura l'80% dei pazienti cerca informazioni sulla propria salute sul web. Ma l'aspetto più sconvolgente è che nel 58% dei casi ci si accontenta del parere di internet senza consultare uno specialista. E al diavolo la figura del medico. Anni di studio, competenze acquisite e specializzazioni buttate malamente nel cestino.

Un'abitudine molto pericolosa che rischia di compromettere la nostra salute. Innanzitutto perché la maggior parte dei risultati disponibili su internet non sono attendibili. I motori di ricerca non fanno distinzioni tra informazioni potenzialmente utili, fesserie o peggio ancora bufale. Va poi considerato che non sempre a un sintomo, specifico o meno, corrisponda una cura valida per tutti indistintamente, senza dimenticare che la persona comune non dispone degli strumenti (vedi laurea in medicina) per decifrare le indicazioni necessarie per accedere a un rimedio efficace. Evidentemente a nessuno verrebbe in mente di costruire un palaz-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

16-NOV-2016
da pag. 17
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

zo solo consultando siti web che spiegano come farlo. Ed altrettanto evidentemente a nessuno verrebbe permesso di farlo senza le competenze necessarie. Eppure in un campo delicato come la salute tutto sembra valido. E così sempre più persone nella convinzione di fare il proprio bene non solo non curano la propria patologia ma, spesso, aggravano anche le proprie condizione. Si sprecano poi i medici poi raccontano di lunghe e tediose discussioni con pazienti «tuttologi» che contestano diagnosi e cure somministrate. Certo, perché su *Google* hanno letto chissà che cosa e guai a fidarsi di chi ovviamente ne sa di più.

Non a caso in giro per il mondo i dottori, quelli veri, continuano a fare appelli perché si eviti di ricorrere alle cure fai da te. In Inghilterra il presidente della *Royal Pharmaceutical Society* ha espressamente chiesto di non fidarsi delle diagnosi online. In Belgio è stato realizzato uno spot trasmesso in tv in cui si ridicolizza chi ricorre al web per curarsi. Eppure dappertutto, anche in Italia, i numeri sono sempre più preoccupanti e lo studio del «dottor Google» è sempre più intasato. Tanto che, a furia di curarsi come capita, si sta sviluppando un nuovo tipo di patologia. Si chiama «cybercondria», e definisce l'abitudine di chi ogni volta che avverte un disturbo chiede lumi al web. E puntualmente si convince di essere afflitto da un male gravissimo. Una sorta di ipocondria 2.0.

Una cattiva abitudine che andrebbe al più presto cancellata. A colpi di buonsenso, non di mouse. Con la salute non si scherza ma la malattia più diffusa è sempre la stupidità. Anche se questo, probabilmente, *Google* non ve lo dirà.

CONFUSIONE Sempre più persone si rivolgono al web per diagnosticare un problema di salute e assumere una terapia fai da te senza prima consultare un medico
A seconda dei sintomi, si cercano risposte nel grande mare della Rete
Un fenomeno che rischia di provocare danni alla salute a causa di cure sbagliate, farmaci inadeguati, malattie che non vengono riconosciute

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 156.556
Diffusione 09/2016: 105.722
Lettori Ed. II 2016: 843.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

16-NOV-2016
da pag. 5
foglio 1
www.datastampa.it

The European House-Ambrosetti. Sopra la media in salute

Sanità, Italia penultima nella Ue per efficienza

ROMA

Penultima nell'Ue-14 per efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria, alla pari col Portogallo e appena un gradino sopra la Grecia, in una classifica che vede la Svezia in testa col doppio dei voti dell'Italia. Mentre "in casa" l'Emilia Romagna e poi la Lombardia sono in cima alla classifica con Campania e Calabria che viceversa continuano a sprofondare nel ranking nazionale in un autentico fai-da-te della salute made in Italy. Tempo di voti, e non esattamente i migliori, per la Sanità pubblica italiana.

Contestata dalla ministra Beatrice Lorenzin - «classifiche negative ingiuste», protesta - la pagella al Ssn arriva questa volta dal rapporto «Meridiano Sanità», elaborato da The european House-Ambrosetti, presentato ieri a Roma.

Il rapporto documenta un gap notevole tra noi e l'Europa - quella "a 14" - sul versante dei servizi sanitari e della capacità di risposta ai bisogni di salute degli assistiti. Se sul fronte della qualità dell'offerta e siamo in linea con l'Europa e su quello dello stato di salute addirittura possiamo vantare ancora performance sopra la media, è sul piano dei servizi che il Ssn arranca nel giudizio complessivo. L'indice medio del rapporto ci vede con 4,7 punti, insieme al Portogallo, con la Grecia a 3,5; mentre in testa ci sono Svezia (8,4), Paesi Bassi (7,2) e Finlandia (6,5). Questo però mentre il Ssn ha una quota di Pil del 6,9% contro una media Ue del 7,4 e la spesa media per abitante, tra pubblica e privata, è di 2.951 euro contro 3.774, a parità di potere d'acquisto. La ricetta? Investire ben di più in sanità, fare largo alla prevenzione, tanto più che, secondo le stime, ogni euro investito in prevenzione ne genera 2,9 - quasi tre volte tanto - di risparmio per prestazioni terapeutiche e riabilitative, con l'invecchiamento della popolazione che fa esplodere le cronicità e la non autosufficienza.

Altro nervo scoperto del Ssn, ricorda una volta di più il rapporto Ambrosetti, è la solita mina vagante delle forti difformità che caratterizzano a livello regionale il "fare sanità" in Italia. Con il Sud che resta nel fondo della graduatoria nazionale: nel complesso peggio di tutte rispettivamente Campania, Calabria, Sicilia e Puglia. E con i voti massimi prima l'Emilia Romagna, poi nell'ordine Lombardia, Trentino Alto Adige, Toscana e Piemonte. Per dire, l'Emilia Romagna ha totalizzato un punteggio che è quasi pari al 65% in più della Campania. Due Italie a parte, due sanità all'opposto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

16-NOV-2016
da pag. 20
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Il dossier. Trecentomila ricorsi pendenti, spesso per cifre basse. Ma intanto lo stress degli operatori sanitari aumenta

Una valanga di cause e il 3% di condanne quello scontro infinito in cui perdono tutti

I NUMERI

34MILA
Le denunce presentate ogni anno per i sinistri legati a casi di malasanità secondo i dati di Ania, l'Associazione delle imprese assicuratrici

300MILA
I contenziosi legali pendenti in Italia, nel sistema penale o in quello civile, legati a casi di malasanità. La durata media delle cause è 4 anni

45 PER CENTO
I risarcimenti versati da Regioni e agenzie di assicurazione che valgono fino a 5mila euro Meno del 13% superano la soglia di 200mila euro

MICHELE BOCCI

Uno su dieci. Tra coloro che ogni giorno entrano in un ospedale o in una struttura sanitaria, uno su dieci va incontro a un danno, piccolo o grande che sia. Per inquadrare un fenomeno come quello della malasanità, i cui dati ballano e cambiano enormemente a seconda delle fonti, l'unica cosa da fare è affidarsi a un punto di partenza certo. Cioè l'Oms. L'Organizzazione mondiale della sanità stima nel 10% il numero di pazienti colpiti da "eventi avversi" all'interno di strutture sanitarie. In circa la metà dei casi si tratta di fatti non prevenibili e non sempre, inoltre, c'è di mezzo una responsabilità professionale, tanto che a rivolgersi al giudice è solo una piccola parte dei pazienti. Ad esempio rientra nella statistica il malato del day hospital che scivola in reparto e si rompe una gamba. Ma il perimetro in cui si muove il Ddl Gelli è quello, vastissimo.

In Italia vengono ricoverate circa 6 milioni e mezzo di persone ogni anno. Quanti di loro si rivolgono a un giudice, penale o civile, perché ritengono di essere stati vittima di un caso di malasanità? Ecco che i dati si fanno meno chiari. Secondo Ania, l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici, sono presentate circa 34 mila richieste di danni all'anno. Agenas, l'Agenzia delle Regioni, nel suo rapporto annuale sui risarcimenti in via di pubblicazione ne conta circa la metà. Sembra più credibile il primo dei due dati, che oltretutto non tiene conto del fatto che ormai molte Regioni si assicurano da sole perché a causa dei troppi contenziosi hanno difficoltà a trovare compagnie disposte a coprire il rischio. E quindi i loro numeri non entrano tra quelli di Ania, che sono perciò sottostimati quando riferiscono di un contenzioso ogni 200 ricoveri.

Per arrivare al riconoscimento di un danno ci vogliono in media 4 anni ma ci sono molte cause, civili o penali, che richiedono più tempo. Per questo lo stesso Federico Gelli stima che in questo momento in Italia ci siano ben 300mila contenziosi pendenti per malasanità. «La maggior parte dei sinistri hanno importi bassi, anche per questo è necessario sveltire incentivando la conciliazione e così smettendola di scontetare tutti. Medici e pazienti», dice Gelli. Secondo i dati delle Regioni, circa il 45% dei risarcimenti versati valgono meno di 5mila euro, un altro 15% fino a 10mila. Quelli costosi, sopra i 200mila euro, sono meno del 13%. Per arrivare ad ottenere queste cifre spesso si passa dal giudice penale, senza grossi risultati nei confronti dei medici imputati. Solo il 3% viene condannato in via definitiva. «Ciò non toglie che molti di noi abbiano paura e si rifugino nella medicina difensiva, che non vuol dire solo eccedere in trattamenti sanitari, ma anche ometterli». A parlare è Piero Marini del San Camillo di Roma e vicepresidente Acoi, associazione dei chirurghi ospedalieri. «Anche per paura delle conseguenze legali, sempre meno giovani si avvicinano alla nostra disciplina. È mutato il rapporto tra chirurgo e paziente. Invece di essere di complicità è diventato quasi di ostilità». Per Marini il ddl Gelli va approvato il prima possibile. «È importante l'obbligo di assicurazione per le Asl e anche che nel procedimento civile l'onere della prova sia a carico del paziente». Proprio quella novità invece che non piace al Tribunale dei diritti del malato, associazione da 40mila iscritti. «Il paziente dovrebbe potersi rifare con la struttura sanitaria e con il professionista - dice il coordinatore Tonino Aceti - ma così la seconda strada è impraticabile. E poi molti cittadini agiscono contro quel dottore perché si ritengono lesi da *lui*. Riguardo alla responsabilità penale, si porrà il problema della differenza tra il regime dei medici e quello di altri professionisti. E poi la strada penale è uno strumento importante per i cittadini anche perché spesso viene interrotta proprio per passare a quella civile. Non va quindi ostacolata».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Medici, non sempre chi sbaglia pagherà

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

la Repubblica

Dir. Resp.: Mario Calabresi

16-NOV-2016
da pag. 20
foglio 1
www.datastampa.it

Medici, non sempre chi sbaglia pagherà

La riforma oggi in Senato: freno alle denunce contro i camici bianchi, ma si potranno chiedere i danni alle Asl Via libera a risarcimenti più rapidi con la conciliazione e assicurazione obbligatoria per ospedali e Regioni

Un freno alle cause penali contro i medici, ma anche maggiori garanzie per chi subisce un danno e vuole un risarcimento rapido. Cambiano la responsabilità civile e penale per i casi di malasanità. La rivoluzione è scritta in un ddl che oggi sarà votato in Senato. La chiave della norma è l'articolo 6, con cui si scrive una nuova disciplina del codice penale: il medico del servizio pubblico che provoca un danno al paziente per imperizia, cioè per un errore nelle modalità in cui esegue la prestazione sanitaria, non può essere punito penalmente se ha rispettato le linee guida o, quando queste non ci sono, le "buone pratiche clinico assistenziali". Il cittadino, in questo caso e in tutti gli altri in cui la punibilità c'è, può tentare un accordo stragiudiziale per ottenere il risarcimento o avviare una causa civile, che in primo luogo riguarderà la struttura sanitaria dove il professionista lavora.

La filosofia della norma è quella di ridurre la pressione psicologica esercitata dalle querele ai professionisti, ma anche rendere anche più rapido il riconoscimento del danno alle vittime. A scriverla è stato il responsabile sanità del Pd, Federico Gelli: «È stato un percorso duro, un'iniziativa parlamentare che ha avuto una grande condivisione nel sistema sanitario. Ho fatto 73 incontri in giro per l'Italia per illustrarla. In commissione sanità al Senato ha passato 300 emendamenti. Adesso è in aula e spero che vada velocemente alla Camera e sia approvata entro fine anno».

La legge esclude la punibilità per lesioni e omicidio colposi quando sono dovuti all'imperizia se sono state rispettato le linee guida scritte da società scientifiche e ministero. Resta invece la colpa negli altri casi indicati dalla legge, cioè negligenza e imprudenza. Inoltre il ddl cambia la responsabilità civile. Quella del medico del servizio pubblico diventa "extracontrattuale", obbligando chi ha subito un danno in ospedale a dimostrare la colpa di chi l'ha curato, quella della struttura sanitaria resta invece "contrattuale", e quindi in questo caso spetta all'ospedale o alla Asl provare di non avere responsabilità. Così si permette al cittadino di rifarsi prima di tutto sul soggetto economicamente più solido. Si cercano poi di abbreviare i tempi dei risarcimenti imponendo un tentativo di conciliazione. In più si obbligano le strutture sanitarie ad assicurarsi, con una compagnia o autonomamente come ormai succede in molte Regioni. Viene poi istituito un fondo di garanzia per i pazienti che si trovano di fronte a società fallite o non in grado di coprire il danno. *(mi.bo.)*

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 15 NOVEMBRE 2016

Oms. Chi alla guida dopo Margaret Chan? Si scalda la corsa. Prime audizioni per i sei candidati

L'attuale direttore generale dell'Organizzazione mondiale per la sanità terminerà il suo mandato a marzo. A gennaio, il Comitato Esecutivo dell'Oms scremerà le candidature per il nuovo Dg a tre. Sarà infine l'Assemblea di maggio che voterà il nuovo direttore generale, il cui insedieamento è previsto ufficialmente a luglio 2017. In lizza anche l'italiana Flavia Bustreo.

Entra nel vivo la corsa alla carica di direttore generale dell'Organizzazione mondiale per la sanità in sostituzione di Margaret Chan. Ad inizio mese i sei i candidati in lizza hanno illustrato i loro programmi di fronte all'Assemblea (Video evento).

Il prossimo passo prevede che nel gennaio 2017, il Consiglio Esecutivo dell'OMS (composto da 34 membri tecnici) elabori una prima lista di 5 candidati. Tra questi, i membri del Comitato Esecutivo ne selezioneranno 3, che saranno i nomi su cui sarà chiamata a votare a maggio 2017 l'Assemblea mondiale della sanità (l'organo decisionale dell'Oms). Il nuovo direttore generale entrerà in carica il 1 luglio 2017.

I candidati sono 6 (4 uomini e 2 donne): Tedros Adhanom Ghebreyesus (proposta del Governo Etiopia), Flavia Bustreo (proposta del Governo Italia), Philippe Douste-Blazy (proposta del Governo Francia), David Nabarro (proposta del Governo Uk), Sania Nishtar (proposta del Governo Pakistan), Miklós Szócska (proposta del Governo Ungheria).

"Grandi differenze nei programmi dei sei candidati non si sono viste – riporta un articolo sul blog di Maurizio Paganelli su su Repubblica.it - . Tutti puntano sulla riforma dell'Oms, risposta rapida alle emergenza (la "sindrome ebola" la chiamano a Ginevra), determinanti socioeconomici, copertura sanitaria universale, legame con i target degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, cambiamenti climatici e salute. Nessuno ha posto specifiche malattie come prioritarie".

"Il primo dei sei candidati – si legge sul sito - è l'etiope Tedros Adhanom Ghebreyesus, ex ministro della sanità e poi degli Affari Esteri dell'Etiopia. Nell'ultimo rimpasto governativo, in una situazione delicata nel Paese dove cresce il conflitto e la protesta, non ha ricoperto alcuna carica. Gli osservatori hanno registrato il fatto come una implicita sicurezza di conquistare l'ambito posto: l'etiope ha già avuto l'endorsment ufficiale dell'Unione africana (tranne un voto) e un africano, dopo un'asiatica, maschio dopo una donna, anzi il primo africano a diventare direttore di un organismo così importante, lo rende oggettivamente tra i favoriti. Altri osservatori hanno sottolineato che, nella situazione resa instabile dalle rivolte in Etiopia, essere fuori dal governo lo rafforza e lo rende più indipendente. Durante la webconferenza di inizio novembre ha parlato di una "nuova fresca visione" puntando sull'origine africana e sulla propria esperienza, pazienza, capacità politica e diplomatica. Al Lancet ha risposto che iniquità all'accesso alla sanità, nuove resistenza alle cure e relative risposte alle emergenze, impatto dei cambiamenti climatici sulla salute sono le tre maggiori minacce immediate. Ha 51 anni, è il più giovane aspirante direttore Oms tra i sei".

Altro candidato "forte" è il francese Philippe Douste-Blazy, 64 anni a gennaio, epidemiologo con grande esperienza nella Public health, molto politico, già sindaco (Grenoble e Tolosa) e ministro in vari dicasteri nel governo Chirac da cui sembra staccarsi anche per aver l'appoggio dell'attuale governo socialista. Attualmente è sottosegretario generale e adviser speciale del segretario dell'Onu sui meccanismi finanziari per lo sviluppo. Un uomo per tutte le stagioni. Nella recente webconferenza ha dato riposte dettagliate. Può contare su appoggi importanti e anche Paesi africani con influenza francese (magari dove l'esercito francese è presente) potrebbero alla fine "tradire" il candidato etiope. L'impressioni a Ginevra è di uno che "sa bene la sua lezione

ma ci mette meno passione di altri". Risposta al Lancetsulle tre minacce: rischio di epidemie sempre emergenti, l'aumento delle malattie non trasmissibili, diminuzione della solidarietà globale e meno attenzione alla salute in un contesto di globalizzazione in gran parte diretto dai mercati tra crescenti tensioni politiche".

Terzo candidato con grandi chance è l'inglese David Nabarro, anche lui special adviser del segretario Onu ma per l'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e il cambiamento climatico. E' considerato un candidato dell'ultim'ora a sorpresa, non ci si aspettava la sua presentazione. Specializzazione in Salute Pubblica, endocrinologo, molto apprezzato ha iniziato la sua carriera in una ong (Save the children) nei Paesi in via di sviluppo. Nel suo discorso alla webconferenza di inizio novembre ha citato la sua collaborazione con la norvegese Gro Harlem Brundtland, mitica ex direttore generale dell'Oms, della quale è stato braccio destro. Ha fatto un'ottima impressione puntando su salute e sviluppo, ruolo delle comunità locali, esigenze dei singoli Paesi, sostenibilità. Per le tre minacce alla salute ha risposto al Lancet: povertà, ineguaglianza e carenza di governance, allarme infezioni, scarsi investimenti sulla salute. Negli ambienti di Ginevra è considerato un uomo dai forti alti e bassi, con idee spesso controverse a volte geniali. Gioca a suo sfavore l'età: 67 anni".

L'ungherese Miklós Szócska è "il candidato che sembra avere minori possibilità di successo attualmente. E' meno conosciuto, minori esperienze di salute pubblica, lavora all'università di Budapest ma ha un master in Pubblica amministrazione preso ad Harvard. Ha 56 anni. Punta sul tema immigrazione e salute (tema caldo anche in Ungheria) e sul cambiamento dell'Oms. Gli osservatori di Ginevra lo danno come il primo ad uscire di scena. Sembra un outsider. E' anche un euroscettico".

Due altri candidati sono donne e questo dopo una donna direttore generale (la cinese Margaret Chan) le sfavorisce un poco. La pakistana Sania Nishtar, 53 anni, è in più anche asiatica. L'italiana Flavia Bustreo, 55 anni, ha il vantaggio di essere l'unica interna dell'Oms (e quindi oggi lo conosce meglio di tutti) ma è europea e gli europei si sono troppo divisi con ben 4 candidature. Nei vari equilibri politici delle alternanze anche la regione di provenienza o il genere possono avere una loro importanza.

Sania Nishtar "tra le due sembra la più debole: fondatrice e presidente di Heartfile (ong pakistana impegnata sul fronte della salute), ex ministro nel governo pakistano, membro di vari comitati all'Onu e all'Oms, ha una forte matrice organizzativa. Guarda molto ai processi e meno ai contenuti, è quanto dicono gli osservatori, essendo molto esperta del mondo dei sistemi sanitari. Alla webconferenza pubblica ha mostrato carattere e dato un'immagine molto politica puntando al cambio di visione nell'Oms per affrontare le nuove sfide.
Al Lancet ha risposto: la minaccia di esplosioni infettive, la farmacoresistenza e la pandemia silente delle malattie non trasmissibili insieme al mix dei cambiamenti climatici e della disuguaglianze e povertà nell'accesso alle cure".

Flavia Bustreo "non ha particolarmente colpito nella sua performance pubblica del 2 novembre che è sembrata un po' troppo autoreferenziale: ha puntato molto sul proprio carattere, capacità e coraggio. Da 20 anni lavora all'Oms, ha lavorato in tutti i continenti, impegnata sul fronte della salute materno-infantile. Dal 2010 è Vice Direttore Generale per la Salute della Famiglia, delle Donne e dei Bambini all'Oms. Nel suo discorso di presentazione ha giocato a suon di slogan tra eguaglianza, diritti, responsabilità, evidenza, partnership. Al Lancet sulle tre maggiori minacce attuali per la salute globale ha risposto: emergenze umanitarie ed epidemie aggravate da povertà e iniquità; la lentezza con cui si riconosce il forte legame tra cambiamenti climatici e salute; i mutamenti demografici nei Paesi in gran parte dovuti all'invecchiamento".

HiQPdf Evaluation 11/15/2016

SPECIALE ELEZIONI AMERICANE

NAZIONALE

Migranti: Oms lancia hub su salute, Sicilia regione capofila

15 Novembre 2016

Palermo, 15 nov. (AdnKronos) - Un luogo virtuale dove scambiare informazioni e conoscenze su salute e migrazione, fornendo a chi opera in prima linea nell'assistenza sanitaria ai migranti la possibilità di raccontare la propria esperienza e conoscere quella degli altri. E' 'Knowledge Hub on Health and Migration', il progetto realizzato dall'Organizzazione mondiale della sanità con il sostegno finanziario dell'assessorato alla Salute della Regione siciliana. La piattaforma è stata presentata oggi a Palermo, alla presenza del coordinatore del settore Migrazioni e Salute pubblica per World Health Organization Santino Severoni, del direttore generale della prevenzione del ministero della Salute Ranieri Guerra, della direttrice regionale Oms per l'Europa Zsuzsanna Jakab, dell'assessore regionale alla Salute Baldo Gucciardi e del medico di Lampedusa Pietro Bartolo.

Regione pilota del progetto sarà la Sicilia che in questa fase di start up ha messo in campo 900milioni di euro l'anno, ma i costi per l'intera operazione saranno di oltre 7milioni di euro. "Circa tre milioni e mezzo di euro saranno destinati a operazioni di salvataggio -ha spiegato Ranieri Guerra- un altro milione e mezzo arriverà da Oms per attività di collaborazione, circa 800mila euro saranno a disposizione della Croce Rossa per gestire assistenti formativi sanitari e un milione e mezzo di fondi europei serviranno a curare le malattie della povertà".

Lascia il tuo commento

Testo

Caratteri rimanenti: 400

INVIA

I SONDAGGI DEL GIORNO

Secondo voi Berlusconi di fatto ha già rottamato Parisi?

VOTA SUBITO! →

Donnarumma secondo voi diventerà più forte di Buffon?

VOTA SUBITO! →

L'IMBECCATA
DI FRANCO BECHIS

Dubbi dal Sì: via 315 poltrone anonime o 1 sola che pesa?

Se c'è uno sfegatato sostenitore della riforma costituzionale, quello è Peppino Calderisi, ex radicale ed ex forzista che a lungo ha affiancato ...

Terremotati, non contate troppo su quelle casette

Dopo averle promesse fin dal primo giorno, averle previste prima di Natale, poi entro sette mesi, poi averle fatte slittare perché non si sa quando, ...

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 141.770
Diffusione 09/2016: 71.844
Lettori Ed. II 2016: 482.000
Quotidiano - Ed. nazionale

il Giornale

Dir. Resp.: Alessandro Sallusti

16-NOV-2016
da pag. 33
foglio 1
www.datastampa.it

Ricerca Usa

L'uso del 50% degli antibiotici non avviene in modo corretto

■ Circa la metà degli antibiotici prescritti non sono quelli giusti. A rivelarlo è uno studio pubblicato sul Journal of the American Medical Association – JAMA Internal Medicine e condotto presso i Centers for Disease Control and Prevention e la University of Utah. Gli esperti hanno analizzato tre tipi di malattie – mal di gola (faringite), mal d'orecchio (otite) e sinusite – quelle in cui è più frequente che il medico prescriva un antibiotico. E' emerso che in circa un caso su due l'antibiotico prescritto non è corretto. Da un precedente studio era risultato che in un terzo dei casi l'antibiotico non serviva neppure per assicurare la guarigione. Ls aituazione sta quindi peggiorando.

Quando un paziente assume un antibiotico sbagliato, non solo il più delle volte non guarisce, ma aumenta anche il rischio che si sviluppino farmaco-resistenze e quindi batteri super-cattivi. Dallo studio è anche risultato che l'antibiotico più prescritto in modo errato è l'azitromicina, un farmaco ad ampio spettro e quindi non certo di prima linea, che andrebbe dato solo in caso di fallimento di altre precedenti terapie. L'inappropiato impiego degli antibiorici rende più difficile la cura di molte infezioni che si rivelano sempre più aggressive e complesse.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

healthdesk

16-11-2016

http://www.healthdesk.it/

Antidolorifici: in molti li prendono, pochi sono soddisfatti

In Usa solo il 13 per cento di chi è in cura con antidolorifici oppioidi si ritiene soddisfatto della terapia. Intanto cresce il numero di persone che sviluppa dipendenza da questi farmaci

Un fastidioso mal di schiena dura ormai da giorni e non accenna ad andarsene, ecco che allora la soluzione sembra semplice e una piccola pillola lascia intravedere la speranza di un po' di sollievo. Di antidolorifici se ne consumano tanti.

L'ultimo rapporto OsMed del 2014 stima che in Italia, per questi farmaci, si sia passati, dal 2005 al 2013, da una posologia di 2,1 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti a 7,3 dosi. Se si considerano poi i soli derivati dell'oppio la loro prescrizione, nello stesso periodo, è quasi quintuplicata.

Il sollievo al dolore è un diritto di ogni paziente, ma l'abuso di antidolorifici può portare a pesanti conseguenze e, tra l'altro, non è detto che porti sempre all'effetto desiderato. Lo sanno bene oltreoceano dove l'eccessiva prescrizione di farmaci oppiacei sta assumendo proporzioni epidemiche.

Sembrerebbe, però, che negli USA il ricorso a tali medicinali non incontri il totale favore dei pazienti. Un'indagine del Rush University Medical Center di Chicago, presentata al meeting dell'American Society of Anesthesiologists, afferma, infatti, che gran parte dei malati non sia pienamente soddisfatta delle terapie con oppiacei. Si tratta di uno studio che ha coinvolto oltre 2.000 di individui sofferenti di dolore cronico lombare, la metà dei quali in cura con antidolorifici derivati dall'oppio.

Tra questi solo il 13 per cento affermava di aver ottenuto risultati pienamente positivi in seguito all'uso dei farmaci, una percentuale analoga a quella di chi invece dichiarava che la cura non aveva raggiunto il successo sperato. Tra i due estremi, la maggior parte dei pazienti palesava solo una moderata-bassa soddisfazione riguardo gli antidolorifici.

Alta invece era la quantità di individui che lamentava l'insorgenza di effetti collaterali in seguito alla terapia: ben il 75 per cento. A farla da padrone la costipazione in più della metà dei casi, ma anche sonnolenza, disturbi della memoria in un paziente ogni tre e, per finire, il 29 per cento presentava la complicanza forse più temibile: la dipendenza.

Gli antidolorifici oppiacei come codeina, ossicodone, idrocodone, sono farmaci potenti che agiscono direttamente sui recettori del sistema nervoso centrale, ma possono, se usati in modo prolungato, dare assuefazione. Il paziente non riesce a rinunciarvi, entrando in vere e proprie

crisi di astinenza. Una questione particolarmente grave negli USA, dove l'abuso di antidolorifici oppiacei è spesso l'anticamera per la dipendenza da eroina e dove, nel 2013, ci sono state più morti per overdose da farmaci che per incidenti stradali.

Il pericolo della dipendenza, in realtà, sembra spaventare il paziente che, secondo lo studio statunitense, nel 41 per cento dei casi quasi si vergogna ad assumere tali farmaci, sentendosi stigmatizzato e mal giudicato dagli altri. Ma allora perché, visti i dati presentati dall'indagine, le prescrizioni di antidolorifici oppiacei, un tempo relegate principalmente nella convalescenza post-operatoria, nel periodo successivo a un infortunio e nei malati di tumore, continuano a salire?

«I pazienti cercano una soluzione che risolva il loro dolore e, anche se sono consapevoli delle controindicazioni degli oppiacei, pensano che non ci siano opzioni di trattamento alternative», dichiara Asokumar Buvanendran, specialista in medicina del dolore a Chicago.

Eppure le alternative ci sarebbero. Dalla fisioterapia, alle manipolazioni, fino al biofeedback, una tecnica che porta il paziente, attraverso la presa di coscienza anche dell'andamento di alcuni suoi parametri fisiologici, a riconoscere e adattarsi alle alterazioni alla base di diverse condizioni patologiche.

Esistono poi metodi più invasivi come l'uso di dispositivi impiantabili che rilasciano il farmaco antidolorifico a livello spinale in modo più mirato o che agiscono sulle cellule nervose in modo da interrompere la conduzione al cervello degli stimoli dolorosi. Un principio su cui si basano anche le tecniche di blocco o ablazione del nervo.

«La prescrizione della pillola resta, però, spesso la più desiderata dal paziente e la più facile da erogare da parte del medico; semplice, veloce e dall'effetto riscontrabile quasi nell'immediato. Il malato non capisce che a volte qualche disagio è parte del processo di guarigione», continua Buvanendran.

Servirebbe, non solo più consapevolezza da parte dei pazienti riguardo ai rischi legati agli oppiacei, ma anche una maggior capacità dei medici nel proporre terapie alternative, indirizzando magari il malato da veri e propri specialisti in materia di terapia del dolore.

LA STAMPA.it

15-11-2016

Lettori
21.401

http://www.lastampa.it/

Patologie polmonari, 1 paziente su 5 a rischio ricovero per via dello smog

Infezioni e inquinamento mix pericoloso per gli over 65. Domani la giornata mondiale della Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO) che colpisce 3 milioni di italiani

NICLA PANCIERA

Con il traffico che aumenta e gli impianti di riscaldamento accesi, d'inverno le polveri sottili nell'aria raggiungono livelli che possono diventare pericolosi per la salute. Ad essere sotto attacco sono le vie aeree: le patologie dell'apparato respiratorio tendono ad acuirsi e a far peggiorare malattie croniche come la BPCO Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva, di cui si parla poco e di cui si celebra domani la Giornata Mondiale.

La BPCO colpisce bronchi e polmoni di tre milioni di italiani, la maggior parte anziani, fragili e affetti da malattie croniche concomitanti. In questo periodo dell'anno, **il 20% di loro, oltre seicentomila persone, in particolare gli over 65 e chi vive nelle grandi città, subirà nuove crisi e una parte di essi dovrà essere ricoverato con rischi per la propria salute**.

«A causa delle emissioni degli impianti di riscaldamento e quelli delle automobili, aumentano le concentrazioni di polveri sottili nell'aria che sono micidiali per i nostri pazienti - spiega il professor Leonardo Fabbri, già Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio e di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - A tutti loro consigliamo di non frequentare spazi affollati a rischio di contagio infettivo e di non uscire di casa se non strettamente necessario e, se possibile, andarsene dai grandi centri trafficati in presenza di picchi di inquinamento. Inutili gli altri rimedi, come l'uso delle mascherine: non recano, purtroppo, alcun beneficio».

Nel mondo, la BPCO colpisce 329 milioni di persone e l'Organizzazione mondiale della Sanità stima che possa diventare entro il 2030 la terza causa di morte. Colpisce bronchi e polmoni, con conseguente riduzione della funzionalità respiratoria causata dall'ostruzione bronchiale. L'infiammazione cronica presente determina cambiamenti strutturali e un progressivo restringimento delle vie aeree.

Mancanza di respiro, in particolare sotto sforzo, tosse e catarro cronici e un'eccessiva produzione di muco sono i suoi sintomi principali. All'origine della malattia, stili di vita non corretti (fumo di tabacco, infatti ben nove pazienti su dieci sono fumatori o ex tabagisti, e alcol), esposizione professionale a sostanze irritanti (polveri, agenti chimici, fumi e vapori), inquinamento atmosferico e domestico ed invecchiamento della popolazione. Se questi ultimi fattori di rischio sono non facilmente modificabili, ciascuno può invece intervenire sui fattori di rischio comportamentale, come fumo, consumo di alcol, dieta non corretta, sedentarietà modificabili con l'adozione di stili di vita salutari da adottare fin dall'infanzia.

La progressiva diminuzione della funzione polmonare riduce la qualità di vita e diventa una condizione progressivamente invalidante che influisce sullo svolgimento di abituali attività fisiche quotidiane. Eppure molte persone confondono i sintomi della BPCO con normali disturbi dovuti all'età che avanza; la diagnosi di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in ogni persona, di età superiore a 35-40 anni, che lamenta mancanza di respiro, tosse cronica, espettorazione, raffreddori invernali frequenti e una storia di esposizione a fattori di rischio per la malattia. Per la diagnosi è necessario eseguire un semplice test, la spirometria.

Oggi è possibile contare su terapie efficaci nella gestione dei sintomi della BPCO, che da un lato consentono di mantenere una buona qualità di vita, dall'altro riducono i rischi di riacutizzazioni con conseguenti ricoveri ospedalieri.

Domani, a Modena, durante il convegno «Conoscere il proprio respiro» verranno presentate le linee Guida Internazionali GOLD nella versione 2017, l'aggiornamento degli ultimi 5 anni di letteratura sull'argomento. Al termine dell'incontro, dalle ore 15.30 alle ore 18.00, gli esperti riuniti a Modena saranno a disposizione per rispondere alle domande sulla malattia di pazienti, operatori sanitari e cittadini al numero 059-2058899 e su Twitter (@gold_bpco).

Per chi invece sarà a Roma o Milano, FederAsma e Allergie Onlus, insieme a Novartis, promuovono un'iniziativa dedicata alla prevenzione delle patologie del respiro: domani dalle 10 alle 18 un medico specializzato che sarà a disposizione di coloro che si presenteranno per effettuare gratuitamente l'esame spirometrico e per fornire informazioni e consigli sulle malattie respiratorie (a Milano alla Camera dei Notari (Palazzo dei Giureconsulti) in via dei Mercanti, 8 e a Roma alla Galleria Alberto Sordi, piazza Colonna).