Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

01-FEB-2017
da pag. 1
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

Troppo inquinamento L'Italia ora rischia un miliardo di multa

Il Nord è soffocato e scatta l'emergenza in molte città Bruxelles procede con le infrazioni sulle polveri sottili

L'allarme dei medici: quando salgono i picchi, gli ospedali si riempiono

Lo smog non dà tregua e adesso l'Italia rischia una maxi multa dall'Ue

L'emergenza provoca oltre 66 mila morti all'anno Bruxelles prepara una sanzione da un miliardo

MARCO ZATTERIN

Ha già un nome in codice, la chiamano «madre di tutte le sanzioni», stimata in diverse centinaia di milioni, «potenzialmente sino a un miliardo». L'Italia rischia per la continua violazione delle norme sulla qualità dell'aria, ora che l'Ue rilancia le due procedure aperte da tempo contro Roma.

Quando arriverà - alla fine del lungo iter che hanno le procedure di infrazione europee e salvo colpi di scena non previsti - dover pagare la multa sembrerà però la migliore delle peggiori notizie, potrà parere quasi un'inezia rispetto al pedaggio di vite umane imposto dalla polveri sottili, alle 66 mila morti premature attribuite allo smog ogni anno, ai 695 mila anni di vita bruciati dall'ossigeno avariato e logorato dalla vita moderna.

La Commissione Ue, garante del rispetto delle norme che gli Stati si sono attribuite, sta per muoversi. Fonti concordanti rivelano che, per metà febbraio, è atteso il parere motivato (secondo stadio della procedura avviata nel 2015) che inviterà Roma a correggere lo sforamento dei limiti minimi di biossido di azoto contenuti nell'atmosfera, inquinante che scaturisce per il 40 per cento dal traffico stradale. Per marzo, secondo la tabella di marcia dell'esecutivo, c'è in canna un secondo parere per una seconda variazione sul tema dell'irregolarità, stavolta per le «Pm10», le polveri sottili, killer invisibile che uccide anzitempo da noi come in nessun altro Paese dell'Unione.

Qui l'Italia è in mora da anni. L'allarme di questi giorni, l'attesa spasmodica della pioggia che dovrebbe tornare domani nel Nord, rivela che il livello di allerta è alto. Siamo già stati condannati dalla Corte di Giustizia europea per la violazione dei limiti «Pm10» in 55 aree geografiche della penisola nel 2006 e 2007. Dall'anno successivo, ci siamo mantenuti regolarmente sopra i tetti di sicurezza. Il risultato di questa performance è che l'Italia è il terzo Paese per violazioni quanto a giorni vissuti oltre la soglia massima, ci superano solo Polonia e Bulgaria.

Nel 2015, nove zone hanno scardinato sistematicamente sia i limiti quotidiani che quelli annuali. Fra queste, eccellono nella disgrazia Piemonte e Lombardia. Dopo un lieve miglioramento nel 2013 e 2014, dovuto per lo più alle vicende climatiche, a Milano e Torino un giorno su tre è stato nel 2015 a rischio intossicazione.

Polveri e biossido di azoto, riferisce l'Agenzia europea dell'Ambiente, hanno provocato nel 2013 la morte prematura per 87.670 esseri umani che, sempre a leggere i numeri, avrebbero potuto vivere una decina di anni in più. Il legame di causa-effetto

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

01-FEB-2017
da pag. 1
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

fra l'alta concentrazione d polveri sottili e le morti premature è riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità. C'è chi lo contesta, ma a Bruxelles non sono d'accordo.

«La verità è che ci sono oltre 400 mila morti premature in Europa per colpa della pessima qualità dell'aria - ha ammesso Karmenu Vella, commissario Ue all'Ambiente -. Sono milioni quelli che soffrono di malattie cardiovascolari e in Italia i morti anzitempo per il diossido di carbonio sono stimati a quota ventimila». «Bisognerebbe innalzare un monumento alle vittime ignote dell'inquinamento - suggerisce Monica Frassoni, copresidente dei Verdi europei -. Servirebbe a far capire che è una guerra».

Il maltese Vella giura che «abbiamo la normativa che occorre» e che «esistono le leggi per migliorare la qualità dell'aria», però «ventitré Paesi su ventotto non le rispettano». L'Italia ad esempio. Certo il governo Renzi ha compiuto un grande sforzo nel ridurre il numero di contenziosi sul cattivo o mancato recepimento delle norme Ue che ha contribuito a scrivere. Il taglio è stato netto. I dossier aperti sono tuttavia difficili. I depuratori, le discariche, i rifiuti. «Serve uno sforzo corale che investa capitale politico», suggerisce un tecnico della squadra del premier Gentiloni. Mica facile.

La difficoltà di ottenere un risultato virtuoso dipende anche dalla suddivisione di competenze fra Stato e Regioni. Dire che non funzionano come dovrebbero è un eufemismo. «Oltretutto l'Italia ha accettato oltre dieci anni fa limiti che non potevano essere davvero centrati», aggiunge una voce governativa.

Ora arrivano le conseguenze. Le due procedure di infrazione - biossido di azoto e Pm10 - passano dallo stadio di messa in mora a quello di parere motivato. L'Italia avrà due mesi per rispondere. In genere sono estesi, quindi si scivolerà all'autunno. Se non convinceremo la Commissione della capacità di ridurre le emissioni nocive finiremo alla Corte Ue entro l'anno. Per mondarci dovremmo rinnovare il parco macchine e applicare come si deve le norme antinquinamento per abitazioni (quasi metà del totale emissioni sottili) e industrie: è una questione normativa, amministrativa e di cultura. Una volta al tribunale di Lussemburgo, la condanna (la seconda nel caso delle polveri) porterebbe alla multa, da calcolare in «tot» migliaia di euro per ogni giorno di sforamento dal 2008 a oggi. Si farebbe presto ad arrivare a cifre con molti zero. Nel solo 2016 abbiamo pagato 300 milioni di sanzioni per il mancato rispetto del diritto comunitario. Con il pacchetto Ambiente potrebbe essere facile volare a un miliardo di euro, argomentano gli esperti. Destino inquinato davvero.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

66 mila morti
Sempre secondo l'Agenzia europea per l'ambiente, le emissioni di Pm2,5 avrebbero causato 66 mila morti premature in Italia nel 2013

695 mila anni
Sono quelli che, secondo l'Agenzia europea per l'ambiente, si sarebbero persi in Italia nel solo 2013 a causa delle emissioni delle Pm2,5

«Regno Unito troppo tossico»

L'inquinamento è una piaga nel Regno Unito, molte aree sforano i limiti di qualità dell'aria e due progetti governativi per ridurre le emissioni sono stati bocciati dai giudici. A lanciare l'allarme è stato Baskut Tuncak, rappresentante dell'Onu per i diritti umani. Problema aggravato dalla Brexit visto che la maggior parte della legislazione ambientale proviene dall'Europa. «Non ho trovato alcuna indicazione politica a mutuare queste leggi prima dell'uscita» ha dichiarato Tuncak. Nel Regno Unito meno dell'1% dei lavoratori malati per esposizione a sostanze tossiche riceve compensazioni.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 222.715
Diffusione 09/2016: 154.324
Lettori Ed. II 2016: 1.199.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA STAMPA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

01-FEB-2017
da pag. 3
foglio 1
www.datastampa.it

"I nostri 118 invasi dai pazienti quando c'è il picco di smog"

L'esperienza dei medici: "Più a rischio bimbi e anziani" In sette anni i decessi sono più che raddoppiati

Retroscena

PAOLO RUSSO
ROMA

Che l'inquinamento faccia male alla salute si sa. Ma sono i camici bianchi che toccano il problema con mano a raccontare quanto quella correlazione produca danni anche immediati. Con pronto soccorso ospedalieri e studi medici presi d'assalto quando le polveri sottili nelle nostre città superano il livello di guardia.

«Da tempo nei nostri studi delle aree metropolitane visitiamo sempre più persone con malattie respiratorie, attacchi d'asma e forme reattivo-allergiche anche gravi. I pazienti aumentano quando i tassi d'inquinamento s'impennano», racconta Silvestro Scotti, segretario nazionale della Fimmg, la federazione dei medici di famiglia. «Del resto non è un caso che le Asl cittadine ricevano più finanziamenti pro-capite delle altre proprio in funzione della maggiore incidenza di patologie correlate all'ambiente».

Vittime dell'aria irrespirabile sono un po' tutti, ma soprattutto i bambini e gli anziani. «Possiamo documentare che ogni qual volta scattano gli allarmi smog, aumentano gli accessi di bimbi al pronto soccorso per attacchi d'asma, laringiti e tracheiti. E i problemi maggiori li riscontriamo nei piccoli che vivono nelle aree della città dove il traffico è più intenso», rivela il professor Alberto Villani, primario di pediatria all'ospedale romano Bambino Gesù.

«Negli anziani che vivono nelle aree più inquinate stiamo assistendo a una recrudescenza di crisi anginose, infarti, riacutizzarsi di attacchi d'asma e malattie respiratorie, come broncopneumopatia ostruttiva (Bpco) e polmoniti che a una certa età sono anche una delle prime cause di morte», spiega il professor Raffaele Antonelli Incalzi, primario di geriatria dell'Università Campus Bio-medico di Roma e presidente eletto della Sigg, la società italiana di gerontologia.

I consigli: «Evitare di uscire nelle ore di punta del traffico, arieggiare la casa di primo mattino quando l'inquinamento è minore, seguire una dieta ricca di antiossidanti che rafforzano la difese immunitarie e non lesinare né olio, né pesce, che combattono le infiammazioni e la tendenza alla trombosi, anch'essa imputabile all'inquinamento».

«Le curve che indicano i valori più alti di polveri sottili coincidono quasi sempre con quelle di malattie come tumore al polmone, Bpco e scompensi cardiovascolari, con relativa impennata di ricoveri», conferma Eleonora Soggiu, ricercatrice del dipartimento Igiene e salute dell'Istituto superiore di sanità. «Negli anni passati avevamo registrato un calo del fenomeno, ma ora la crisi economica ha peggiorato le cose, fermando il ricambio del parco auto e dei sistemi di riscaldamento più inquinanti».

Che l'Italia stia messa peggio di altri Paesi europei in fatto di danni alla salute da inquinamento ce lo dice a chiare lettere dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea). Nel 2012 sarebbero stati ben 84.400 i morti causati dal superamento della soglia su polveri sottili, biossido di azoto e ozono raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità. Solo sette anni prima, nel 2005, erano poco più di 35mila, secondo lo Studio Viias del ministero della salute.

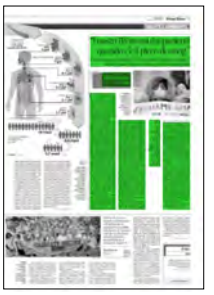
Anche l'impatto sull'aspettativa di vita è devastante. Sempre secondo lo studio ministeriale i veleni nell'aria accorciano la vita di 10 mesi, che diventano 14 al Nord, 6,6 al Centro e 5,7 al Sud.

Quanto lo smog incida sulla nostra salute ce lo conferma Ennio Cadum, epidemiologo dell'Arpa Piemonte, l'agenzia regionale per l'ambiente. «A Novara l'aspettativa di vita si riduce di 12 mesi a causa dell'inquinamento, a Cuneo di 6 ma a Torino, seconda città più inquinata d'Italia dopo Frosinone, si vivono 22 mesi in meno. E uno studio europeo di prossima pubblicazione associa alla cattiva situazione ambientale torinese il maggior rischio di contrarre tumore al polmone, al rene e al pancreas, oltre che il morbo di Alzheimer».

Chi voglia ancora sottovalutare il problema è avvisato.

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

10 mesi
In Italia l'aspettativa di vita è in media inferiore di dieci mesi a causa dell'inquinamento atmosferico. Il dato cambia a seconda delle aree: 14 mesi al Nord, 6,6 al Centro e 5,7 al Sud



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

01-FEB-2017
da pag. 10
foglio 1 / 3
www.datastampa.it

PASTICCI ALL'ITALIANA

Vaccini obbligatori L'accordo «storico» fallisce per legge (e per i pochi soldi)

Dopo aver celebrato il patto tra ministero e Regioni, la Lorenzin costretta ad ammettere che «nessuna intesa è stata raggiunta»

È contrario alla Costituzione costringere i cittadini a una tale serie di trattamenti a prescindere dal reale rischio epidemiologico

Le somministrazioni sarebbero comprese nei 100 milioni di euro stanziati dalla legge di bilancio per i nuovi Lea Finanziamento scarso per renderle possibili

di **SARINA BIRAGHI**

■ Il solito pasticcio all'italiana. E, tanto per cambiare, sulla pelle degli italiani. Neanche una settimana fa era stato annunciato in pompa magna il Piano nazionale vaccini 2017-2019 e subito dopo l'accordo Governo e Regioni sull'esigenza di arrivare in tempi brevi ad una legge nazionale sulla «obbligatorietà delle vaccinazioni». L'obiettivo è garantire un'offerta vaccinale uniforme in tutte le zone del Paese. Alla soddisfazione del ministro Beatrice Lorenzin si era aggiunta quella del presidente dell'Istituto superiore di sanità, Walter Ricciardi, che aveva definito un «accordo storico» l'intesa raggiunta all'unanimità tra Stato e Regioni per «rendere obbligatorie le vaccinazioni per l'accesso a nidi e scuole materne e rimuovere i medici che sconsigliano i vaccini». All'idea di un piano nazionale obbligatorio si era arrivati dopo che regioni, come Emilia, Friuli Venezia Giulia e Toscana, hanno già deciso per l'obbligatorietà delle vaccinazioni. Poi però, il Veneto, ha dal 2007 «sospeso» l'obbligo vaccinale per le quattro vaccinazioni obbligatorie anche se lo ripristinerebbe con procedura d'urgenza «in caso di pericolo per la salute pubblica», Lazio e Puglia sono ancora incerte, mentre la Lombardia ha ribadito il suo «no» all'obbligatorietà. Tanto è bastato alla Lorenzin per chiarire che «nessuna intesa è stata raggiunta, ma si è trattato di una interlocuzione istituzionale su di un tema di grande interesse per le famiglie italiane».

È sì, perché tanta richiesta di vaccini c'è stata a novembre e dicembre dopo la psicosi meningite (ogni anno in Italia ci sono circa 200 casi da meningococco), ma un calo di vaccinazioni in generale si è avuto dopo la bufala vaccini-autismo che ha portato tanti genitori a rifiutare anche le vaccinazioni «base», ovvero obbligatorie, diverse da quelle raccomandate. Nel nostro Paese obbligatorie per i nuovi nati sono la vaccinazione antidifterica, antitetanica, antipolio e antiepatite B.

Le vaccinazioni raccomandate, invece, sempre per i bambini sono quelle contro il morbillo, la parotite, la rosolia, haemophilus B, lo pneumococco, il meningococco C e l'Hpv (papilloma virus).

Le nuove vaccinazioni obbligatorie previste nel Piano sono l'antimeningococco B e rotavirus (primo anno di vita), antivaricella, antiHpv anche per i maschi undicenni, antimeningococco tetravalente per gli adolescenti, antipneumococco e vaccino per l'Herpes Zoster negli anziani, per aumentare progressivamente negli anni la copertura contro queste

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

01-FEB-2017
da pag. 10
foglio 2 / 3
www.datastampa.it

patologie.
Dopo polio free arrivare dunque a morbillo free e rosolia free ma né le famiglie, né tutte le Regioni se la sentono di «obbligare» i cittadini a una serie di vaccini così numerosi a prescindere dalla reale esigenza di rischio epidemiologico. Un obbligo peraltro non consentito per legge in base all'art. 32 della Costituzione che prevede la volontarietà implicita dei trattamenti sanitari, riservando l'obbligatorietà solo in caso di previsione legislativa, la cosiddetta riserva di legge. Il «tso», il trattamento sanitario obbligatorio, infatti, viene applicato dai Comuni, se esiste un interesse collettivo, quando un cittadino che soffre di gravi disturbi psichiatrici rifiuta le cure.
Impossibile dunque equiparare i vaccini ai tso ma se il Piano diventa obbligatorio allora sarà necessaria un'altra riserva di legge. Insomma la toppa diventa peggio del buco. L'obiettivo della ministra Lorenzin di superare la confusione che ancora esiste tra la gente tra vaccinazioni obbligatorie e consigliate rendendole obbligatorie, di ampliare la platea dei vaccinati e di sanzionare i medici inadempienti, fallisce davanti la legge.
E non soltanto. Potrebbe naufragare anche a causa degli scarsi finanziamenti. Le nuove vaccinazioni sono comprese nei nuovi livelli essenziali di assistenza (i Lea) e quindi, sottoposti al giudizio della Commissione che dovrà studiare oltre all'impatto dei Lea stessi sul territorio, la tempistica delle somministrazioni comprese nei 100 milioni di euro stanziati dalla legge di bilancio.
In sostanza, obbligare o raccomandare, etica o salute? Se per il Ministero obbligare le vaccinazioni significa fare un atto di responsabilità soprattutto nei confronti delle fasce di popolazione più fragili come i bambini, gli anziani o le persone immunodepresse, a raccomandarle dovrebbero essere soprattutto i medici che invece di dialogare con i propri pazienti si ritrovano ad applicare atti burocratici per evitare di uscire dalle «linee guida».
Intanto la Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) d'accordo sul Piano, ritiene infrazione deontologica del medico il consiglio a non vaccinare tanto da prevedere la radiazione dall'Albo, mentre annuncia battaglia il Codacons: «Ci rivolgeremo alla Corte europea dei diritti dell'uomo per bloccare una iniziativa che è una violenza nei confronti delle famiglie». Sul piede di guerra anche vari gruppi di genitori: i «Genitori del NO Toscana» contano già oltre 1.500 aderenti e si vogliono costituire in Comitato contro l'obbligo vaccinale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 31 GENNNAIO 2017

Fabbisogno personale Ssn e orario di lavoro. Lorenzin incontra i sindacati: “Il lavoro medico non si può misurare con criteri fordisti”. E c’è l’mpegno a trovare un metodo condiviso

La misurazione del tempo medio di produzione delle attività sanitarie sul quale sta lavorando il Governo non convince i sindacati medici che guardano ad altri indicatori. Presto un nuovo incontro a livello tecnico con il ministero per capire quali metodologie verranno utilizzate e quali saranno gli effetti, in previsione di un futuro incontro con Ministero e Regioni ancora da concordare

Sì al coinvolgimento dei sindacati nelle decisioni sul metodo da adottare per quantificare il fabbisogno di personale sanitario, per poter dare seguito a quanto previsto dalla legge di Stabilità 2016 (i cui termini sono stati in ogni caso prorogati dal Milleproroghe) che aveva previsto nuove assunzioni per far fronte alle eventuali carenze di personale a seguito dell'entrata in vigore dell'orario di lavoro europeo.

È questo l’esito della riunione preliminare tra sindacati medici e il ministro della Salute Beatrice Lorenzin svoltasi oggi pomeriggio e alla quale seguirà un incontro tecnico ancora da calendarizzare, ma che dovrebbe arrivare a breve, per capire quali metodologie verranno utilizzate e quali saranno gli effetti. Anche in previsione di un futuro incontro politico con le Regioni.

“Abbiamo concordato il coinvolgimento dei sindacati nella discussione del tavolo tecnico Ministero Regioni in merito alla definizione del fabbisogno di personale sanitario come previsto peraltro dall’articolo 22 del Patto per la salute sul quale avevamo già raggiunto un’intesa – ha spiegato il segretario nazionale dell’Anaao Assomed, Costantino Troise – in particolare abbiamo criticato la metodica che sembra stia utilizzando il tavolo, e che il Mef ha opposto a Lazio e Sicilia per respingere le loro valutazioni su come definire la necessità di personale, basata sulla misurazione del tempo medio di produzione delle attività sanitarie. Una metodica che non accettiamo. E il Ministro ha concordato con noi. Abbiamo presentato quindi le nostre osservazioni facendo presente che ci sono altri metodi che si possono adottare come quello della delibera regionale del Veneto emanata alla fine del mese di dicembre. A breve definiremo un nuovo incontro tecnico al Ministero sulla definizione metodologica del percorso da raggiungere senza bloccare le necessità delle Regioni ma senza subire delle forzature inappropriate”.

Un metodo complesso quello adottato dal Veneto, ha precisato Riccardo Cassi, segretario nazionale della Cimo che parte dall’analisi dei flussi ospedalieri e delle attività ospedaliere correlato all’orario contrattuale dei medici e che ha incassato il consenso dei sindacati regionali. Quindi da prendere in considerazione.

“Il Ministro ha aperto ai sindacati sulla questione del fabbisogno – ha detto Cassi – seguirà, ci auguriamo a breve, un incontro più tecnico nel quale ci verrà presentato una formula sulla quale ragionare insieme. Se le Regioni non si decideranno a riorganizzare la rete ospedaliera sarà difficile stabilire quale modello regionale può essere utile per decifrare il reale fabbisogno del Ssn. È importante che le Regioni facciano la loro parte applicando le leggi a partire dal Dm 70”.

Ester Maragò

HiQPdf Evaluation 01/31/2017

Le infezioni contratte in ospedale uccidono più degli incidenti stradali

SANITÀ

Tweet

(Fotogramma)

Pubblicato il: 31/01/2017 18:44

Meno sicuri in ospedale che in strada. Solo in Italia le infezioni ospedaliere causano, ogni anno, più vittime degli incidenti stradali: 4.500-7.000 mostri contro 3.419 vittime della strada (dati 2015). **Si stima che, ogni anno, circa il 5-8% dei pazienti ricoverati contragga un'infezione ospedaliera**, dunque circa 450-700 mila casi, dovuti soprattutto a infezioni urinarie, della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi. Con costi anche economici non indifferenti: per ogni infezione ospedaliera si stimano circa 9.000-10.500 euro. Se ne è parlato oggi in un incontro a Roma.

"**I microrganismi causa di infezioni associate alle procedure assistenziali**, tra le quali quelle contratte in ospedale, **provengono sia da flora batterica endogena, cioè già presente nel paziente, che esogena, cioè provenienti dall'esterno** – spiega Nicola Petrosillo, direttore del Dipartimento Clinico e di Ricerca in Malattie Infettive dell'Irccs Lazzaro Spallanzani di Roma – Non dobbiamo dimenticare che spesso parliamo di persone fragili, debilitate e con basse difese immunitarie, e di pazienti frequentemente affetti da comorbosità, cioè altre malattie non infettive, renali, cardiache, respiratorie, oncologiche, oppure pazienti critici in terapia intensiva sottoposti a varie e prolungate procedure invasive". In ospedale, **soprattutto nei reparti critici, dove si fa largo uso di antibiotici, ci sono dei microrganismi resistenti al farmaco d'elezione che dovrebbe debellarlo**, tanto che oggi si stima che il 16% delle infezioni nosocomiali sia causato da batteri 'resistenti', il che rende più complesso il trattamento e la guarigione.

Analizzare i costi delle infezioni ospedaliere, mediante database amministrativi, è stato lo scopo della ricerca 'Burden economico delle infezioni ospedaliere in Italia', realizzata da Francesco Saverio Mennini, Research Director Ceis Economic Evaluation and HTA, Università di Roma Tor Vergata. Fonte dei dati sono state le schede di dimissione ospedaliera (Sdo) nazionali e regionali (con data di dimissione compresa tra il 1 gennaio 2006 ed il 31 dicembre 2014). "La prospettiva del nostro studio – precisa Mennini – è quella di mettere in luce quanto pesano, in termini di impatto economico diretto e indiretto" le infezioni ospedaliere "in Italia, sia dal punto di vista della salute del paziente, sia della loro incidenza sul Ssn. Partendo dal presupposto che, come prova lo studio, **le infezioni ospedaliere compaiano in circa 3 casi ogni 1.000 ricoveri acuti in regime ordinario**, la loro valorizzazione mediante valutazione delle giornate aggiuntive per singolo Drg ha comportato una stima media annua di € 69,1 milioni. Mentre la valorizzazione mediante Drg specifici (418 e 579) ha comportato una stima media annua di € 21,8 milioni. **Numeri che devono far riflettere soprattutto sul tema dell'appropriatezza, cioè sull'adozione di misure innovative**, come trattamenti e device tecnologici, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza nel limite delle risorse disponibili".

"La nostra indagine avrà anche sviluppi futuri andando ad includere i costi per le visite specialistiche ambulatoriali e per la spesa farmaceutica relativa ai pazienti dimessi dopo una infezione ospedaliera, ma il nostro vero auspicio - sottolinea - è quello di realizzare un Osservatorio permanente sulle infezioni ospedaliere, in collaborazione anche con il ministero della Salute. Una struttura di controllo che possa

Tg AdnKronos, 31 gennaio 2017

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Si può licenziare per malattia? Solo in due casi
2. Statali, licenziamenti sprint contro i furbetti. Ecco le novità
3. "Forte dolore al petto", Antonio Banderas ricoverato d'urgenza in ospedale
4. "Siamo pronti!": posta il filmato del decollo sui social, poi lo schianto
5. Isola dei Famosi, come seguirla in tv e streaming

Video

Apocalypse Now diventerà un videogame

Batmobile Lego, 344 mila mattoncini in 40 secondi

Monica Bellucci: "Trump? Gli Usa hanno votato il businessman di successo"

monitorare annualmente il quadro nazionale, mettendo in luce quanto il criterio dell'appropriatezza, si pensi ad esempio in termini di ricoveri e di innovazione tecnologica, può fare per contenere il problema", continua Mennini.

HtOPd Evaluation 01/31/2017

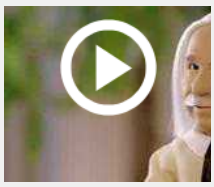
Tweet

TAG: infezioni in ospedale, morti, incidenti stradali, sanità, batteri, virus, resistenza ai farmaci

Commenti

Per scrivere un commento è necessario registrarsi ed accedere: ACCEDI oppure REGISTRATI

Samuel: "A Sanremo per far conoscere il mio progetto solista, con l'aiuto di Jova"



Albert Einstein diventa un robot e risponde alle domande

L'ombra della Stazione Spaziale sulla Luna

Stop a etichette 'bugiarde'

Balestra: "Il look per Melania Trump? E' bella, non ha bisogno di strafare"

Il Prototipo 'Skyjet' Lexus nel film di Luc Besson

In Evidenza

adnkronos

Ricerca personale Sviluppo Business - Settore medico-scientifico

Intesa Sp, finanziamenti ad hoc per il rilancio del comparto metallurgico a

adnkronos

01-02-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

La povertà fa male, accorcia la vita

La povertà accorcia la vita. E' la conclusione di uno studio pubblicato su Lancet, secondo cui vivere in condizioni sociali ed economiche svantaggiate, per esempio avendo un basso profilo professionale, può privare una persona di 2,1 anni in media.

Secondo la ricerca condotta da Lifepath, un progetto finanziato dalla Commissione europea per individuare i meccanismi biologici alla base delle differenze sociali nella salute, un basso status socioeconomico può essere letale quanto fumare, avere il diabete o condurre una vita sedentaria, associati rispettivamente alla perdita di 4,8 anni di vita, 3,9 e 2,4. Si vive, in media, un anno di meno se si fa abuso di alcol.

"Ci siamo sorpresi quando abbiamo scoperto che vivere in condizioni sociali ed economiche povere può costare caro quanto altri potenti fattori di rischio come il fumo, l'obesità e l'ipertensione - commenta Silvia Stringhini, ricercatrice all'University Hospital di Losanna, in Svizzera, e coordinatrice dello studio -. Queste circostanze possono essere modificate con interventi politici e sociali mirati, per questo dovrebbero essere incluse fra i fattori di rischio su cui si concentrano le strategie globali di salute pubblica".

Lo studio condotto da Lifepath è il primo a confrontare l'aspettativa di vita fra persone appartenenti a diverse categorie socioeconomiche, correlando queste differenze con quelle dovute a sei noti fattori di rischio per la salute. I ricercatori hanno raccolto e analizzato dati da 48 coorti indipendenti di Gran Bretagna, Italia, Portogallo, Stati Uniti, Australia, Svizzera e Francia, per un totale di più di 1,7 milioni di partecipanti, seguiti per

una media di tredici anni.

"E' noto che educazione, reddito e lavoro possono influire sulla salute, ma pochi studi avevano cercato di valutare quale fosse il peso effettivo di questi fattori. Per questo abbiamo deciso di confrontare l'impatto dello status socioeconomico sulla salute mettendolo a confronto con quello di sei fra i principali fattori di rischio", spiega Mika Kivimaki, professore all'University College London e co-autore dello studio.

Un basso livello socioeconomico, secondo l'équipe, può quindi essere un efficace indicatore di un calo nell'aspettativa di vita. "Lo status socioeconomico è importante perché include l'esposizione a diverse circostanze e comportamenti potenzialmente dannosi, che non si limitano ai classici fattori di rischio come fumo e obesità, su cui si concentrano le politiche sanitarie", conclude Paolo Vineis, professore all'Imperial College London e coordinatore di Lifepath. L'obiettivo è "fornire accurate prove scientifiche a istituzioni sanitare e decisori politici, che a loro volta potranno migliorare l'efficacia delle loro strategie di intervento sulla salute pubblica".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 24.464
Diffusione 09/2016: 11.274
Lettori Ed. I 2016: 157.000
Quotidiano - Ed. nazionale

IL TEMPO

Dir. Resp.: Gian Marco Chiocci

01-FEB-2017
da pag. 14
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Fumo in auto punito come il cellulare

Allo studio un disegno di legge che equipara la cicca al telefonino se si è alla guida
In arrivo multe da 160 a 646 euro e la sospensione della patente fino a 3 mesi

Grazia Chelli

Tempi duri per i fumatori. Ad un anno esatto dall'entrata in vigore delle rigide regole che limitano il fumo di sigaretta in pubblico, potrebbe arrivare presto un altro strettissimo giro di vite. Sarebbe infatti allo studio un disegno di legge volto ad equiparare la sigaretta in auto all'utilizzo del cellulare.

Prendere una cicca, accenderla e fumarla mentre si è alla guida "distrarrebbe" al pari di una telefonata. Calando dunque il livello di attenzione e rendendo l'aria dell'abitacolo «irrespirabile», si alzerebbe il rischio di provocare incidenti. Una equiparazione che per il fumatore alla guida può significare una sanzione da 160 a 646 euro nonché la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a tre mesi, qualora lo stesso soggetto compia un'ulteriore violazione nel corso di un biennio.

Un giro di vite "rivoluzionario" teso da una parte a fare cassa e dall'altra a dare seguito al decreto legislativo sui tabacchi, entrato in vigore il 2 febbraio dello scorso anno, che recepisce la direttiva 2014/40/UE del Parlamento europeo, e che prevede l'entrata in vigore progressiva delle nuove regole della legge sul fumo che punta alla dissuasione e alla tutela in particolare dei più giovani.

Le novità più importanti sono state quelle dell'inasprimento delle regole riguardanti la lavorazione, la presentazione e la vendita delle sigarette e dei prodotti correlati. I cambiamenti voluti dallo Stato italiano non hanno mancato di produrre i loro effetti (vedi le foto shock sui pacchetti di sigarette che hanno dato vita ad un altro business: quello dei contenitori nascondi-foto shock). Vietato poi fumare nelle auto, in sosta o in movimento, in presenza di minori e di donne in stato di gravidanza, ma anche all'aperto, nelle «pertinenze esterne delle strutture universitarie ospedaliere, presidi ospedalieri e IRCCS pediatrici e alle pertinenze esterne dei reparti di ginecologia e ostetricia, neonatologia e pediatria delle strutture universitarie ospedaliere e dei presidi ospedalieri e degli IRCCS».

Insomma, va avanti spedito il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) che tutte le Regioni sono pronte a sviluppare sul territorio, e che coinvolge circa undici milioni di italiani. Il Piano prevede tra gli obiettivi nazionali da conseguire la riduzione della prevalenza dei fumatori di almeno il 10% entro il 2018), nonché il miglioramento e il consolidamento della tutela dei non fumatori dal fumo passivo con l'incremento almeno del 5% dei valori del rispetto della legge nei luoghi di lavoro.

In tal modo anche l'Italia contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione di un ulteriore 30% della prevalenza dei fumatori entro il 2025, previsto dal Piano d'azione globale per la prevenzione della Malattie croniche dell'OMS.

A sostegno del Piano, il Ministero sarà impegnato a favorire un'azione più incisiva e coordinata da parte di tutti gli operatori sanitari, a partire dai medici di medicina generale e dai pediatri, per prevenire e controllare il tabagismo. Un fenomeno che non conosce crisi.

L'incremento degli ultimi anni interessa in particolare due fasce della popolazione: i giovani e le donne. In Italia, l'età media della prima sigaretta è 11 anni; la politica di dissuasione non è sufficientemente forte e i giovani non si rendono conto delle conseguenze di lungo periodo. Ma dove si potrà continuare a fumare? La (cattiva) abitudine, per chi non ha intenzione di smettere, potrà essere tranquillamente mantenuta negli spazi aperti e nei locali al chiuso, solo se non aperti al pubblico.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

01-FEB-2017
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Docureality
"Kemioamiche", donne in lotta contro il cancro
Ruffini: «Piccolo gioiello»

LUPI A PAGINA 23

Docureality

"Kemioamiche", la forza delle donne

TIZIANA LUPI

Probabilmente ha ragione il direttore di Tv2000 Paolo Ruffini quando dice che «tutti noi viviamo il male come un tabù». Il cancro, in particolare, che pur non essendo la principale causa di morte, mette paura solo a nominarlo. Da questa considerazione è nato il progetto di *Kemioamiche*, il *docureality* col sapore di musical che andrà in onda su Tv2000 (la prima puntata sabato 4 febbraio – Giornata Mondiale contro il tumore al seno – le altre il martedì in prima serata) e su Real Time. Il titolo è presto spiegato: *Kemioamiche* è il nome della chat su cui le nove protagoniste del programma condividevano le loro emozioni, dolorose ma anche gioiose perché quella cura che spesso suscita diffidenza e paura, spiega l'autrice Chiara Salvo, «salva la vita e si può affrontare. Le nostre protagoniste lo sottolineano con forza». E, allora, vediamole queste protagoniste, nove donne alle prese con la malattia: Stefania, Laura, Manuela, Vanda, Giulia, Alessandra, Elisabetta, Carmen e Valentina. Nove persone diverse, ciascuna con la propria storia, la propria famiglia, il proprio lavoro, ma accomunate dalla scoperta di avere un cancro al seno. Una diagnosi che, fino a qualche anno fa, assomigliava molto da vicino ad una sentenza di morte e che oggi invece, come testimoniano le *Kemioamiche*, è solo l'inizio di un percorso che molto spesso si conclude con la guarigione. Le sensazioni dopo la diagnosi sono, pressappoco uguali per tutte: lo smarrimento iniziale, la paura che accompagna l'inizio della terapia o l'intervento chirurgico o entrambi, il terrore di non farcela, la speranza della guarigione. E le nove amiche le condividono sulla chat, creata da Laura, insieme alla debolezza fisica, al malessere, a quello spazio bianco nel quale vivono durante la cura, in pausa temporanea dalla loro normale vita quotidiana. Così come condividono quel momento terribile che è la perdita dei capelli. Se è vero che l'unione fa la forza, raramente lo fa come in questi momenti. Perché le *Kemioamiche* la forza la trovano, eccome. Arrivando, persino, ad esibirsi in numeri di musica e di ballo davanti alle telecamere (che le seguono fino all'interno del Policlinico Gemelli di Roma per riprenderle durante la terapia) per cantare la loro voglia di farcela. «Appena abbiamo visto il trailer ci siamo resi conto della forza di questo progetto e della forza delle protagoniste – spiega Ruffini –. Avere trovato persone che riescono a raccontare la malattia e a trasmetterti la speranza nella guarigione attraverso la cura, ci ha spinti a portarlo avanti e a mostrarlo a quante più persone possibile. Considero *Kemioamiche* un piccolo gioiello, il programma è bello perché è vero e dimostra che si può raccontare la malattia senza cedere alla tv del dolore». «È un format geniale, tantissimi complimenti a chi lo ha ideato e alle protagoniste, donne in carne ed ossa che hanno avuto un grande coraggio a mostarsi così», aggiunge il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenuta alla presentazione. *Kemioamiche* è realizzato in partnership con la onlus "Susan G. Komen Italia" e il Policlinico Agostino Gemelli, con la partecipazione del professore Riccardo Masetti, direttore della Clinica Senologica della stessa struttura sanitaria. La regia è di Giuliano Capozzi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

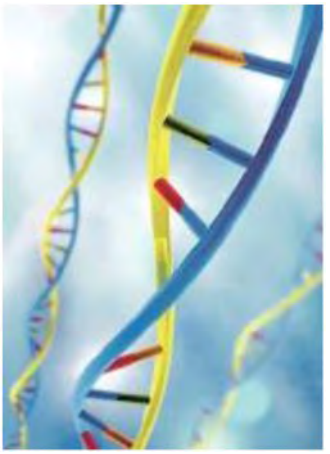
Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

01-FEB-2017
da pag. 21
foglio 1
www.datastampa.it

Ipertensione: scoperte nuove regioni del Dna presto i test



IL TEAM INGLESE HA SVILUPPATO ANCHE UN PUNTEGGIO DI RISCHIO PER LE MALATTIE CARDIACHE

LO STUDIO

Oltre cento nuove regioni del Dna associate alla pressione alta sono state individuate da un ampio studio condotto nel Regno Unito. I risultati, pubblicati su "Nature Genetics", potranno aiutare in un prossimo futuro i medici a identificare con test genetici i pazienti a rischio di malattie cardiache e ictus, ma anche mettere a punto trattamenti personalizzati.

La pressione, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, colpisce circa un adulto su tre ed è causata da una complessa interazione tra fattori genetici e stili di vita, come dieta, peso, consumo di alcol e sale esercizio fisico. Per indagare l'aspetto genetico, i ricercatori del Queen Mary University of London e dell'Imperial College di Londra hanno esaminato 9,8 milioni di varianti genetiche provenienti da 420.000 persone (raccolte nella UK Biobank) e le hanno incrociate con i dati sulla pressione sanguigna. Ne sono emerse 107 nuove regioni genetiche, espresse in alti livelli nei vasi sanguigni e nel tessuto cardiovascolare, che potrebbero essere potenziali nuovi bersagli farmacologici.

Il team, ha anche sviluppato un "punteggio di rischio": per ogni 10 mmHg (millimetro di mercurio) di pressione sanguigna superiore al normale, il rischio di malattie cardiache e ictus aumenta del 50 per cento o più. Se un tale punteggio genetico potesse essere misurato nei primi anni di vita, concludono i ricercatori, potrebbe portare a una "medicina personalizzata" per compensare con corretti stili di vita una particolare predisposizione genetica.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 139.701
Diffusione 09/2016: 106.834
Lettori Ed. II 2016: 304.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

01-FEB-2017
da pag. 9
foglio 1
www.datastampa.it

La campagna. Alcol e giovani, Italia e Africa alleate nella battaglia contro l'abuso

"AlcolOltre", iniziativa dei Missionari della Consolata e di "Impegnarsi serve" Progetti in Kenya, Swaziland, Congo

Roma. Da un approccio filtrato attraverso una grande tradizione gastronomica e un apparato sociale solido, a una cultura dell'abuso che travalica le identità nazionali trascinando con sé milioni di giovani. È la constatazione sullo stato attuale del consumo giovanile di alcolici da cui prende le mosse AlcolOltre, campagna di sensibilizzazione e di contrasto al fenomeno promossa dai Missionari della Consolata e dalla onlus "Impegnarsi serve". Un'iniziativa pensata non solo per l'Italia ma anche per l'Africa, nella consapevolezza di affrontare «un problema diffuso e globale rispetto al quale si fa ancora troppo poco», così come chiarito da Mario Marazziti, presidente della commissione Affari Sociali della Camera, ieri a Montecitorio per la presentazione.

Stando agli ultimi dati disponibili dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore della Sanità, il 21,5% dei ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 17 anni è composto da consumatori a rischio (il 17,3% nel caso delle ragazze), e l'alcol è la prima causa di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni. C'è poi la responsabilità diretta di chi vende birre, vino, e cocktail: nonostante il divieto di somministrazione ai minori, il 17% di tutte le intossicazioni alcoliche prese in carico dai pronto soccorso si registra tra ragazzi al di sotto dei 14 anni. «Il calo di attenzione e di allarme sociale impedisce di attivarsi contro le dipendenze patologiche, un fenomeno in crescita nell'Occidente come nel Sud del mondo – continua Marazziti –. Stare fermi è sbagliato, è una questione che riguarda i nostri figli e l'intera società».

AlcolOltre attiverà progetti educativi su gran parte del territorio nazionale, promuovendo convegni e attività teatrali. In Swaziland, Kenya e Congo sono invece previste azioni di monitoraggio, formazione ed educazione, oltre a interventi di cura e trattamenti sanitari. «Europa e Africa sono due continenti accomunati da una stessa schiavitù: l'uso eccessivo e disordinato di alcol – spiega Giordano Rigamonti, missionario e responsabile della campagna –. Una piaga che colpisce trasversalmente qualsiasi fascia di età, ma per i giovani può rappresentare l'inizio di un degrado profondo, l'ingresso in un labirinto in cui diventa difficile districarsi».

Matteo Marcelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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
Settimanale - Ed. nazionale

Il Sole 24 ORE FOCUS

Dir. Resp.: Roberto Napoletano

01-FEB-2017
da pag. 8
foglio 1
www.datastampa.it

Procreazione assistita. Fra legge e giurisprudenza

Vietata la maternità «surrogata»

IL PUNTO

Dalla Corte europea dei diritti dell'uomo e dalla Cassazione sono arrivati due stop all'«utero in affitto»

Senza dubbio la procreazione assistita e la pratica illegale del cosiddetto "utero in affitto" costituiscono veri e propri argomenti di confine tra il diritto, l'etica e la scienza. Concetto recentemente chiarito e affermato con forza, dalla Sentenza Cedu del 24 gennaio 2017, che si è espressa sulla «richiesta di riconoscere come proprio figlio un bambino nato da maternità surrogata» che ha ritenuto - nel dichiarare inesistente la violazione del diritto alla vita privata (articolo 8 Carta Eu dei diritti dell'uomo) - più rilevante tutelare il minore, impedendo così l'utero in affitto.

Le procedure per la procreazione medicalmente assistita sono state dettate in Italia dalla legge 40 /2004, che regola l'ambito d'azione di tutti i soggetti che siano coinvolti nella procedura di procreazione. C'è poi da notare come l'iniziale pletora di divieti e limitazioni previste dalla norma, siano state in questi anni via via limate per venire incontro alle esigenze di quei cittadini che si dovevano comunque interessare della disciplina legale regolante la materia per il desiderio e la scelta di divenire genitori.

Con il decreto di aggiornamento contenente le "Linee guida sul tema", nel luglio del 2015 sono stati superati i divieti del numero massimo dei tre embrioni da raccogliere e trasferire in un unico impianto e il divieto della fecondazione eterologa che è un divieto sostanzialmente caduto a seguito della pronuncia della Corte Costituzionale. Questa, infatti, con la sentenza 162/2014 ebbe a sancire l'incoercibilità del diritto ad avere figli e di conseguenza a riconoscere come la scelta di divenire genitori e di formare una famiglia, che abbia anche dei figli, costituisca espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi, concetto che, ovviamente, non può escludere la coppia assolutamente sterile o infertile.

È rimasto fermo nel quadro dei divieti relativi alla procreazione medicalmente assistita quello comunemente conosciuto come maternità surrogata o, più semplicemente, utero in affitto, la pratica di trovare una portatrice dell'embrione - ottenuto con l'inseminazione artificiale di un'altra coppia - è vietata in Italia e continua ad esserlo.

La stessa prima sezione della Cassazione si pronunciò in merito con la sentenza 24001/2014, che costituisce ancora un principio di diritto non superato e molto chiaro nel ribadire le motivazioni del divieto di legge. Rammenta la Corte che «l'inadeguatezza ad essere genitori adottivi, non può superarsi con un accordo privato». Ancora, nel rigettare le motivazioni del ricorso, la Cassazione ha ricordato che «l'ordine pubblico internazionale, infatti, è il limite che l'ordinamento nazionale pone all'ingresso di norme e provvedimenti stranieri, a protezione della sua coerenza interna». E prosegue: «tanto premesso va osservato come l'ordinamento italiano – per il quale madre è colei che partorisce (articolo 269, terzo comma Codice civile) – contiene all'articolo 12 della legge sulla Pma un espresso divieto, rafforzato da una sanzione penale, della surrogazione di maternità, cioè della pratica secondo cui una donna si presta ad avere una gravidanza e a partorire un figlio per un'altra donna: divieto non travolto dalla declaratoria d'illegittimità costituzionale parziale, dell'analogo divieto di fecondazione eterologa».

Infine, la Cassazione ha sottolineato, con uno dei passaggi più rilevanti dell'intera sentenza, come l'esistenza dell'istituto dell'adozione e delle norme regolatrici di questa, siano in contrasto totale con l'ipotesi di una maternità surrogata «perchè soltanto a tale istituto, governato da regole particolari poste a tutela di tutti gli interessati, in primo luogo dei minori e non al mero accordo delle parti, l'ordinamento affida la realizzazione di progetti di genitorialità, priva di legami biologici con il nato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Partner civili senza adozioni se non in casi molto limitati

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Martedì 31 GENNNAIO 2017

I medici trascorrono troppo tempo al computer

ll computer, pur necessario a tutte le attività assistenziali, "ruba" ai pazienti il 45% del tempo lavorativo dei medici. Alla comunicazione medico-paziente rimane un misero 2%. È quanto emerge da uno studio condotto presso l'ospedale Universitario di Losanna in Svizzera.

(Reuters Health) – Medici e computer, un rapporto controverso. Per indagarlo Nathalie Wenger e colleghi, ricercatori presso l'Ospedale Universitario di Losanna, hanno osservato 36 medici durante il loro periodo di formazione presso un ospedale in Svizzera e hanno condotto un ricerca retrospettiva, che ha abbracciato un periodo di 50 anni.

Le evidenze
I ricercatori hanno rilevato che i medici hanno trascorso una media di 1,7 ore per turno con i pazienti; 5,2 ore davanti al computer e hanno impiegato 13 minuti per svolgere le due attività contemporaneamente. Il team di ricercatori ha osservato i medici residenti della zona per un totale di circa 698 ore. I turni duravano mediamente 11.6 ore, cioè 1,6 ore più del previsto.

Gli osservatori registravano le attività dei medici durante i turni ospedalieri, classificandole in 22 categorie di lavoro diverse, come l'assistenza diretta o indiretta del paziente, la comunicazione, il tempo di studio e il lavoro non pertinente alle cure dei pazienti. Si è così evidenziato che durante i turni di giorno i medici hanno trascorso circa il 52% del loro tempo in attività indirettamente correlate ai pazienti, come la compilazione della cartella clinica, o collaborando con i colleghi, o alla ricerca di informazioni necessarie per il trattamento dei pazienti e per smistare e trasferire i pazienti in altri reparti di cure.

Inoltre, i medici hanno trascorso solo circa il 28% del tempo dei loro turni diurni per l'assistenza diretta del paziente, compresi gli esami clinici e le procedure mediche e le riunioni con i colleghi per rivedere i piani dei turni. Hanno trascorso solo il 2% circa del loro tempo a comunicare con i pazienti e le famiglie e circa il 6% nell'insegnamento, nell'attività di aggiornamento e in quelle di ricerca. Complessivamente, durante i turni di lavoro, i medici hanno trascorso circa il 45% del tempo lavorativo davanti al computer.

Fonte: Ann Intern Med 2017

Lisa Rapaport

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

Sfoglia il Quotidiano Digitale Sfoglia Sanità Digitale
IHQI of Evaluation 01/31/2017
ABBONATI ACCEDI

31 gen 2017

SEGNALIBRO
FACEBOOK
TWITTER

TAG
Medicina generale
Ricerca

DAL GOVERNO

L'Iss alla guida del progetto Ue per migliorare i sistemi sanitari

L'Istituto Superiore di Sanità coordinerà nel triennio 2017-2019 un progetto, finanziato nell'ambito del programma europeo per la ricerca **Horizon 2020**, mirato a migliorare la sostenibilità dei Sistemi sanitari. Il progetto, denominato **TO-REACH** (*Transfer of Organisational innovations for Resilient, Effective, Equitable, Accessible, Sustainable and Comprehensive Health Services and Systems*), frutto della collaborazione di 29 enti di ricerca e agenzie governative di 19 paesi europei e tre paesi extraeuropei (Canada, Stati Uniti, Israele), si prefigge di studiare le condizioni necessarie a garantire la sostenibilità, l'equità, l'accessibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari di fronte a sfide epocali come la crisi economica, i cambiamenti climatici, le migrazioni.
L'Iss sarà affiancato dal ministero della Salute, dall'Agenas, dall'Università Cattolica del Sacro Cuore. «I sistemi sanitari dei Paesi più economicamente sviluppati - afferma il presidente dell'Iss **Walter Ricciardi** - attraversano un'importante crisi di sostenibilità finanziaria. Le cause sono diverse e includono: il cambiamento demografico con il positivo aumento dell'aspettativa di vita, tuttavia collegato a un aumento esponenziale della prevalenza delle malattie croniche e della polimorbidità; il progresso scientifico della biomedicina e lo sviluppo tecnologico, che sta portando benefici impensabili fino a qualche tempo fa, ma anche un esponenziale aumento dei costi; l'aumento della consapevolezza e delle giuste richieste di salute dei cittadini. Per evitare che questa crisi influisca negativamente sull'efficienza dei servizi, e colpisca in modo rilevante la parte più fragile della popolazione, le persone più povere e marginalizzate, la via è quella di lavorare sull'appropriatezza e su nuovi modelli di cura e intervento basati sull'evidenza, che mirino a coniugare innovazione ed eguaglianza distributiva, in grado di fornire cure adeguate, assistere le disabilità e tutelare il benessere psicofisico di tutta la popolazione».

In particolare il progetto si propone di raggiungere alcuni obiettivi specifici:
1) definire le sfide e le priorità per i sistemi sanitari nel XXI secolo;

2) definire il contesto in cui si troveranno ad operare i sistemi sanitari;

3) raccogliere, analizzare e sintetizzare le conoscenze disponibili in materia;

4) sviluppare l'agenda strategica della ricerca in sanità pubblica;

5) diffondere i risultati del progetto per favorire scelte di sanità pubblica basate su robusti elementi di conoscenza.

Il progetto TO-REACH, inoltre, è propedeutico a un successivo Era-Net (European Research Area-Network), che partirà nel 2019.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO
05 Agosto 2015
Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra

LAVORO E PROFESSIONE
04 Settembre 2015
Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO
02 Settembre 2015
Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha

31-01-2017

Lettori
80.400

http://www.adnkronos.com

Il medico controcorrente: "Perché prescrivere meno medicine"

Troppi pazienti prendono troppi farmaci , troppo a lungo e a dosi troppo elevate, incappando così in effetti collaterali anche dannosi. Questa osservazione ha portato Ranit Mishori, medico di medicina generale e docente alla Georgetown University, a riflettere sulle virtù della 'deprescrizione'.

"Pochi farmaci sono stati ideati per essere usati per sempre e tutti hanno potenziali effetti collaterali, inclusa la dipendenza. E' il caso degli oppioidi, di alcuni anti-ansia e di alcuni medicinali per dormire", sottolinea l'esperta illustrando la sua tesi sul 'Washington Post'. Nel mirino della dottoressa l'eccesso di medicinali prescritti forse con leggerezza ad alcuni pazienti, specie anziani, e mai interrotti o ridotti.

A complicare le cose il mix di principi attivi che si ingurgitano quando si soffre di diverse patologie, complice anche l'età. Secondo alcuni studi, circa il 20% dei pazienti adulti prende 5 o più farmaci e negli over 65 questo dato passa al 30-70%. "Dobbiamo riconoscere che ci sono norme professionali e culturali che ci spingono a prescrivere e a farlo in eccesso. Noi medici - afferma la Mishori - dobbiamo uscire dalla nostra zona di conforto. Sì, è più facile tenere qualcuno sotto un farmaco e stilare la ricetta quando chiama la farmacia, ma dobbiamo chiederci se è la cosa migliore per il paziente. Dobbiamo smettere di aver paura di causare danno con la deprescrizione".

"Non si tratta certo di una paura irrazionale - ammette la dottoressa - In effetti molti farmaci devono essere interrotti gradualmente, perché farlo di colpo potrebbe essere pericoloso. Ma dobbiamo essere sicuri di trattare il paziente, non la malattia.

Questo significa pensare, mentre decidiamo se e cosa prescrivere, all'età del paziente, alle altre sue malattie e alla sua aspettativa di vita. Come medici dobbiamo chiederci, ad esempio, ma io dovrei prescrivere a una donna di 87 anni con un cancro metastatico, un farmaco per abbassare il colesterolo? La risposta è probabilmente no: è altamente improbabile che la paziente benefici di questo farmaco ed è al contrario molto probabile che soffra delle interazioni con altri medicinali".

Ma la realtà è differente. "Ci sono molti più incentivi per i medici a prescrivere un medicinale piuttosto che a interromperlo", sostiene. Invece per Mishori "occorre creare incentivi per consentire ai medici delle cure primarie di passare un tempo adeguato con i nostri pazienti per prescrivere correttamente, interrompere medicinali" che non sono più utili e "monitorare attentamente le reazioni quando un farmaco viene interrotto. Da parte mia - promette - cercherò di farlo nel 2017".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

01-FEB-2017
da pag. 23
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

L'allarme

I pediatri: troppi bimbi tatuati per colpa dei genitori

Timperi a pag. 23

Allarme del Bambino Gesù: scende l'età, spesso per colpa dei genitori. Rischio anche per i piercing

Il tatuaggio con mamma a cinque anni

L'AUTORIZZAZIONE AI FIGLI SPESSO DATA CON LEGGEREZZA PERICOLO DI ALLERGIE, INFEZIONI E PERFINO EPATITE E AIDS

Secondo l'Eurispes in Italia il 20% dei giovani tra 12 e 18 anni ha un piercing

LA CAMPAGNA

Piercing e tatuaggi sono ormai elementi estetici che si trovano con una certa frequenza sul corpo delle persone. Una sorta di simbolo delle generazioni 2.0 che, prendendo spunto dall'antica tradizione che dava grande importanza agli ornamenti per il corpo - fossero disegni o forellini cui appendere orecchini e altri orpelli - oggi è più in voga che mai, soprattutto tra i giovanissimi. Questa è sicuramente la novità più allarmante e significativa. Secondo un'indagine Eurispes, condotta su 3800 ragazzi, In Italia circa il 20,3% dei giovani di età compresa tra i 12 e i 18 anni ha applicato un piercing, con maggiore incidenza nel sesso femminile. Per quanto riguarda i tatuaggi la tendenza vede ragazzi in età scolare, di 10-12 anni, esprimere il desiderio di avere il primo tattoo.

LE RACCOMANDAZIONI

Ma non solo. «Negli ultimi tempi si sta sviluppando anche un altro trend, che vede genitori, soprattutto gli appassionati di tatuaggi, decidere di far "disegnare" il corpo dei loro figli già intorno ai 5 anni», spiega il professor Alberto G. Ugazio, responsabile dell'Istituto per la salute del bambino dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. «Questo fenomeno - aggiunge - si riscontra soprattutto tra le mamme di bambine, che desiderano per le figlie piccoli disegni, spesso incuranti di tutti i rischi che possono incorrere con un semplice tattoo».

Proprio per questo l'ospedale ha voluto dedicare il nuovo numero di "A scuola di Salute" alle raccomandazioni cliniche su come evitare le infezioni, le allergie all'inchiostro e gli altri rischi. I medici hanno raccolto le istanze di insegnanti e di genitori totalmente impreparati in materia, che spesso, quindi, non sanno fornire risposte adeguate su cosa voglia dire decidere di tatuarsi o mettere un piercing. A volte ci sono addirittura motivazioni psicologiche che spingono in questo senso, non percepite dai genitori, che

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2016: 158.020
Diffusione 09/2016: 115.344
Lettori Ed. II 2016: 1.137.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

01-FEB-2017
da pag. 23
foglio 2 / 2
www.datastampa.it

danno l'autorizzazione a fare un tattoo o un piercing, soprattutto se i figli sono minorenni, con una certa leggerezza. Secondo gli psicologi, se il tatuaggio per un adolescente è un modo per rappresentare se stesso attraverso disegni e simboli, esprimendo anche esperienze e paure, il piercing è invece associato a un gesto di ribellione al proprio corpo e può nascondere disagi.

GLI STRUMENTI

È importante quindi sensibilizzare genitori e docenti all'ascolto, ponendosi in posizione non giudicante, leggendo tra le righe e mettendo in guardia figli e alunni dai rischi che possono correre. Si possono trasmettere infatti infezioni batteriche sulla pelle, che a volte possono entrare nel sangue e coinvolgere perfino il cuore, ma anche i virus dell'epatite B e C e, in misura minore, anche il virus dell'Aids.

Anche gli inchiostri utilizzati per il tatuaggio e i metalli per il piercing possono rappresentare un problema. Ad esempio l'hennè nero, ottenuto attraverso un composto molto pericoloso come la parafenilendiamina (PPD), può provocare allergie temibili.

«Sicuramente per noi sarebbe già una vittoria se prima di decidere i ragazzi sapessero a cosa vanno incontro e si rivolgessero a strutture specializzate e a norma di legge, cui chiedere l'uso di strumenti disposable, in modo da ridurre il rischio di infezioni», conclude Ugazio. E ricordare che seppure il piercing non è definitivo, ci vuole sempre l'intervento di un chirurgo o di un dermatologo per ripristinare la zona come era all'origine, mentre un tatuaggio è per sempre, e le tecniche per la rimozione totale dei disegni sulla pelle sono comunque invasive e pericolose.

Veronica Timperi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

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

01-FEB-2017
da pag. 22
foglio 1
www.datastampa.it

Lo scambio di barelle in ospedale Pazienti morti nei reparti sbagliati

In Chirurgia invece che in Rianimazione: inchiesta al Pronto soccorso di Tivoli

ROMA Erano corsi in Rianimazione e lì stavano aspettando notizie dai medici. Un loro parente, ultraottantenne, era stato appena portato in ospedale in ambulanza da una casa di riposo. Era in condizioni molto gravi, affetto da polmonite, ma i familiari speravano in un miracolo. E ci hanno anche creduto quando un medico li ha invitati a entrare in reparto per assistere il congiunto. Solo che nel letto, attaccato ai macchinari, con il tracciato cardiaco sempre più critico, hanno trovato un altro paziente, anche lui in fin di vita. Al Pronto soccorso del San Giovanni Evangelista di Tivoli, i due, arrivati in barella in codice rosso, erano stati scambiati. Ed entrambi sono morti, a poche ore l'uno dall'altro.

Un caso di malasanità dai contorni assurdi, forse legato al cronico sovraffollamento dei Pronto soccorso degli ospedali romani e della provincia, già evidenziato fra la fine dell'anno scorso e i primi giorni di gennaio da una serie di ispezioni del Nas dei carabinieri. Senza rilievi penali, almeno per ora. Su quanto accaduto il 21 gennaio scorso a Tivoli — terza città del Lazio dopo la Capitale e Latina per numero di residenti, con un ingente bacino di utenti per il dipartimento di emergenza e accettazione — è stata invece aperta un'indagine per omicidio colposo contro ignoti dalla Procura di Tivoli e altre due interne dalla direzione sanitaria dell'ospedale e dalla Asl Rm/5. Sono già stati ascoltati medici e infermieri in servizio quel giorno (era sabato) e sono state anche acquisite le cartelle cliniche insieme con i dati di affluenza dei pazienti. Accertamenti sono in corso sui livelli e la qualità di assistenza al San Giovanni Evangelista.

Ma fra le ipotesi per spiegare l'errore grossolano ci sarebbe anche la mancanza di forniture al nosocomio di braccialetti identificativi per i pazienti in arrivo. Non si esclude che il problema sia stato proprio questo. «Non abbiamo fatto nemmeno in tempo a salutarlo per l'ultima volta», hanno raccontato ai medici i parenti dell'ultraottantenne, spirato a Chirurgia — il reparto sbagliato — poco dopo il ricovero. Anche l'altro, con una storia di alcolismo alle spalle e un evidente stato di malnutrizione, non ce l'ha fatta. La vicenda ha scatenato la polemica politica, e anche un'interrogazione parlamentare al ministro della Salute Beatrice Lorenzin presentata dalla deputata Monica Gregori (Sinistra italiana), che ha chiesto l'invio degli ispettori a Tivoli.

Rinaldo Frignani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

- Al Pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli due pazienti sono stati ricoverati l'uno nel reparto dell'altro
- I due sono morti a poche ore di distanza

data stampa
dal 1980 monitoraggio media