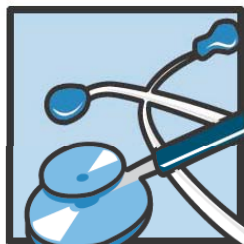


# Sanità



SIGO/ I ginecologi all'attacco delle scelte regionali di incentivare l'intervento domestico

## Parto a casa senza sicurezza

Raccomandazioni internazionali per le under 30: l'età media italiana è 32,6 anni

**N**elle scorse settimane la Regione Lazio ha deciso di rimborsare con 800 euro le donne che decidono di partorire in casa. Provvedimenti simili sono già una realtà in altre zone d'Italia come Piemonte, Emilia Romagna, Marche e le Province autonome di Bolzano e Trento.

A promuovere indirettamente questa pratica è arrivato dall'Inghilterra uno studio del Servizio sanitario britannico (Nice). Secondo gli scienziati d'Oltremania, una volta soddisfatti alcuni requisiti fondamentali, i rischi di mettere al mondo un figlio in casa sarebbero equivalenti a quelli ospedalieri.

La Società italiana di Ginecologia e ostetricia (Sigo) è contraria a qualsiasi forma di incentivo al parto al di fuori di strutture sanitarie sicure, da anni stiamo conducendo una battaglia per la messa in sicurezza dei punti nascita, iniziando con la chiusura di quelli che a tutt'oggi rimangono sotto la soglia dei 500 parti l'anno.

Si tratta di una decisione presa nel 2010 dall'allora ministro della Salute Ferruccio Fazio, dopo 4 anni non solo quella riforma non è ancora stata applicata, ma le scelte di alcune Regioni stanno andando nella strada opposta. Prevedere rimborsi spese per un parto domiciliare rischia di parcellizzare in modo esponenziale i punti nascita che diventerebbero difficilmente controllabili.

La decisione di sostenere questa scelta di coppia non ha basi scientifiche e può portare a situazioni critiche. Il nostro Paese può vantare uno dei più bassi tassi al mondo di mortalità



perinatale. Per quanto riguarda invece la mortalità materna ogni 100.000 nascite siamo la migliore nazione del pianeta.

Nonostante i recenti tagli al fondo sanitario nazionale, le mancate riorganizzazioni e il clamore mediatico suscitato da alcuni episodi di cronaca i reparti materno-infantili degli ospedali italiani sono sicuri e vi lavorano ottimi professionisti.

Partorire all'interno delle mura domestiche

può essere un'idea romantica, che può affascinare molte coppie intimorite dalla possibile "freddezza" di un ospedale, ma la fine della gestazione rappresenta un momento molto delicato e deve essere affrontato solo ed esclusivamente in una struttura adeguata nella quale opera personale medico-sanitario opportunamente preparato.

Anche il parto all'apparenza più tranquillo può tramutarsi, da un momento all'altro, in

un'emergenza. Per esempio, le complicanze post-partum sono totalmente imprevedibili e la loro comparsa può compromettere la salute e la vita della mamma e del nascituro.

Il nostro Servizio sanitario nazionale da molti anni è afflitto da scarsità di personale e di posti letto ospedalieri, quindi gli eventuali risparmi sarebbero superati dai grossi investimenti necessari per promuovere il parto in casa.

Infine, dobbiamo considerare la questione della selezione delle pazienti. Tutte le linee guida internazionali raccomandano questo tipo di parto alle donne under30, già madri, senza malattie e con una gestazione... perfetta.

In Italia l'età media delle madri al primo figlio è di 32,6 anni per le italiane e 29,3 per le cittadine d'origine straniera. Oltre il 60% delle donne che partoriscono nel nostro Paese ha un'età compresa tra 30 e 39 anni.

Per tutti questi motivi la Sigo chiede ai governatori una riflessione e invece di incoraggiare le coppie a partorire a domicilio, ad attuare gli investimenti necessari a mettere in sicurezza tutti i punti nascita italiani.

Come Società scientifica che riunisce tutti i ginecologi italiani siamo pronti a collaborare per trovare soluzioni più idonee alla realtà del Paese, senza seguire tendenze che non ci appartengono.

**Paolo Scollo**  
presidente della Società italiana  
di Ginecologia e ostetricia (Sigo)

# Lazio, «no all'obiezione nei consultori familiari»

● **Decreto di Zingaretti:** i medici non potranno rifiutarsi di prescrivere la pillola del giorno dopo o di aiutare le donne nella certificazione per l'aborto



La Regione Lazio ha fissato nuovi vincoli per gli obiettori di coscienza

#iostoconlunita

Niente più obiezione di coscienza nei consultori familiari per la prescrizione della pillola del giorno dopo, per la attestazione di gravidanza, per la certificazione della richiesta di interruzione di gravidanza volontaria e per l'inserimento della spirale. È una rivoluzione destinata a far discutere quella varata dalla Regione Lazio nel decreto del commissario ad acta, il governatore Nicola Zingaretti, «Linee di indirizzo regionali per le attività dei Consultori Familiari» dello scorso 12 maggio. Si legge infatti nell'allegato 1 del decreto: «In merito all'esercizio dell'obiezione di coscienza fra i medici ginecologi, che dati recenti pongono a 69,3% in Italia (Relazione Ministeriale sullo Stato di attuazione della Legge 194/78 anni 2011-2012, Commissione Affari Sociali - XVII Legislatura - Esame della Relazione sullo stato di attuazione della Legge 194/78 2011-2012), si ribadisce come questa riguardi l'attività degli operatori impegnati esclusivamente nel trattamento

dell'interruzione volontaria di gravidanza. Al riguardo, si sottolinea che il personale operante nel Consultorio Familiare non è coinvolto direttamente nella effettuazione di tale pratica, bensì solo in attività di attestazione dello stato di gravidanza e certificazione attestante la richiesta inoltrata dalla donna di effettuare interruzione volontaria di gravidanza. Per analogo motivo, il personale operante nel Consultorio è tenuto alla prescrizione di contraccettivi ormonali, sia routinaria che in fase post-coitale, nonché all'applicazione di sistemi contraccettivi meccanici, vedi I.U.D. (Intra Uterine Devices)». Gli obiettori di coscienza, quindi, non potranno più rifiutarsi di prescrivere la pillola del giorno dopo (contraccettivo ormonale post-coitale) né di inserire la spirale.

Ma c'è di più, stando almeno alla segnalazione dell'associazione Onlus «Vita di Donna» per la tutela della salute femminile. La legge 194, infatti, prevede che la donna che vuole abortire debba parlarne con un medico che esamini con lei i motivi della decisione, le rilasci un certificato che attesti la sua richiesta e l'esame effettuato insieme dei motivi

per potersi poi recare in una struttura autorizzata per richiedere l'aborto. «Ma la legge 194 consente ai medici obiettori di non partecipare a questa attività - spiegano i responsabili di «Vita di donna» - La Regione Lazio introduce invece il principio che questi medici, qualora siano in servizio presso i consultori familiari, non possano sottrarsi a questa incombenza». Un contrasto, quello fra legge 194 e decreto del commissario ad acta, che secondo alcuni pareri potrebbe aprire un importante contenzioso giuridico.

Di certo, la decisione di Zingaretti rappresenta una novità assoluta che po-



trebbe segnare la strada ad iniziative analoghe in tutta Italia. L'unico precedente in qualche modo assimilabile almeno nei fini, infatti, risale al marzo del 2010 quando il presidente della Puglia cercò con una delibera di autorizzare i consultori familiari a selezionare per l'assunzione solo medici non obiettori. «A nostra memoria, nessun governatore, anche delle Regioni guidate da amministrazioni di centro sinistra, è riuscito a ribadire con tanta forza il diritto delle donne ad essere assistite per la documentazione necessaria per l'aborto nei consultori familiari - prosegue «Vita di donna» - L'obiezione deve essere ammessa, contrariamente a quanto la legge prescrive, solo per le procedure "attive" dell'interruzione volontaria di gravidanza. Se un ginecologo del Lazio lavora in un consultorio familiare è tenuto, anche se obiettore, ad effettuare il colloquio con la donna e a rilasciarne il relativo documento. Bravo Zingaretti».

Soddisfatta per la decisione del presidente della Regione anche Filomena Gallo, segretario nazionale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica. «Non ritengo che in questo decreto ci sia conflitto con la legge 194 - spiega - è una sorta di pugno duro ma è un atto dovuto dopo alcuni drammatici fatti di cronaca degli ultimi mesi. Nel Lazio c'è una situazione molto particolare con un gran numero di obiettori, e questo potrebbe generare di fatto una sorta di interruzione di servizio. Occorre garantire il diritto all'obiezione di coscienza ma al tempo stesso va difeso il diritto delle donne di scegliere di ricorrere all'interruzione di gravidanza o ai contraccettivi ormonali se le condizioni lo richiedono. Del resto, su questo punto, anche l'Aifa ha chiarito che la pillola del giorno dopo è un medicinale contraccettivo e non abortivo. Credo che la scelta del presidente Zingaretti vada nella giusta direzione».

# quotidianosanita.it

Lunedì 23 GIUGNO 2014

## Sicurezza dei pazienti. Il 57% degli italiani teme di subire danni durante le cure. Ma solo al 13% è capitato davvero. I RAPPORTI UE

***Publicati dalla Commissione Europea una serie di rapporti che evidenziano le criticità, reali o percepite, in materia di sicurezza dei pazienti. In Italia il timore è maggiore che in Europa (57% vs 53%), ma le esperienze reali di danno subito sono inferiori che nel resto dell'Ue (13% vs 27% le esperienze dirette, 38% vs 46% quelle famigliari). In Ue almeno 37.000 pazienti muoiono ogni anno per infezioni nosocomiali. [TUTTI I DOCUMENTI](#).***

Si stima che l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale in Europa subisca un evento avverso, ad esempio una infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25% dei casi). Ogni anno nella Unione Europea circa 4,1 milioni di pazienti hanno una infezione ospedaliera e almeno 37.000 di loro muoiono per le conseguenze. Tuttavia il 20-30% delle infezioni nosocomiali potrebbe essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. Eppure la strada da fare in questa direzione è ancora lunga. Sia in Europa che nel nostro Paese. Quando si tratta di sicurezza delle cure sanitarie, infatti, l'Italia è indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'“empowerment” del cittadino, parziali gli avanzamenti sui programmi e politiche per la sicurezza e sui sistemi di reporting.

È quanto emerge dai Rapporti della Commissione Europea, freschi di pubblicazione, che presentano i progressi compiuti in materia nei Paesi Ue dal 2009, anno di approvazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009/C 151/01). Il pacchetto di documenti, alla realizzazione dei quali hanno partecipato anche il ministero della Salute italiano e il Centro GRC della Toscana, è composto in particolare da: **1) La relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009, 2) L'indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza, condotta tra il novembre e il dicembre 2013 in tutti i 28 paesi dell'UE; 3) I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014.**

“Quando i nostri cittadini si recano in un ospedale si aspettano di ricevere un'assistenza sanitaria sicura. La buona notizia è che la maggior parte degli Stati membri ha attuato programmi per la sicurezza dei pazienti. La cattiva notizia è che, nonostante tali progressi, nelle strutture sanitarie continuano a registrarsi eventi sfavorevoli e la sicurezza dei pazienti è raramente contemplata nella formazione del personale sanitario. Dobbiamo pertanto dar seguito all'impegno volto a garantire ai nostri cittadini una maggiore sicurezza nelle strutture sanitarie”, ha affermato Tonio Borg, Commissario europeo per la Salute, commentando i risultati raccolti. Eccone una sintesi:

### **Relazione sull'esecuzione della raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti del 2009**

Nel 2009 il Consiglio ha presentato una raccomandazione sulla sicurezza dei pazienti e sulle infezioni nosocomiali, che prevede una strategia globale a livello di UE basata su quattro settori di intervento:

1) politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti; 2) rafforzamento del ruolo dei pazienti, 3) segnalazione degli eventi sfavorevoli e apprendimento dagli errori; 4) istruzione e formazione del personale sanitario.

A seguito della relazione del 2012 sull'attuazione della raccomandazione, che ha dimostrato i progressi compiuti dagli Stati membri e ha individuato i settori che richiedono ulteriore impegno, la relazione odierna evidenzia ulteriori progressi compiuti negli ultimi due anni, in particolare nei settori sotto elencati.

1. Sviluppo di politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti: 26 paesi hanno elaborato o stanno completando strategie o programmi in materia di sicurezza dei pazienti. Le norme sulla sicurezza dei pazienti sono ora obbligatorie in 20 paesi (erano 11 nel 2012) e 19 paesi utilizzano gli orientamenti in materia di sicurezza dei pazienti.

1. Sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli: tali sistemi sono attualmente in vigore in 27 paesi (erano 15 nel 2012), principalmente a livello nazionale (21) e di prestatori di assistenza sanitaria (13). I pazienti sono attualmente più propensi a segnalare di aver subito danni nel ricevere assistenza sanitaria – nel 2013 il 46% ha segnalato eventi sfavorevoli, mentre nel 2009 lo ha fatto solo il 28%.

2. Rafforzamento del ruolo dei pazienti: 18 paesi informano i pazienti sulle norme relative alla sicurezza dei pazienti, sulle misure di sicurezza per ridurre o prevenire gli errori, sul diritto al consenso informato alla terapia, sulle procedure di reclamo e sui mezzi di ricorso disponibili (soltanto cinque nel 2012).

Per quanto riguarda l'impatto della raccomandazione, 21 dei 28 paesi rispondenti hanno dichiarato di aver incrementato la sensibilizzazione a livello politico, 20 hanno dichiarato di aver aumentato la consapevolezza nelle strutture sanitarie e 16 hanno dichiarato di avere avviato interventi concreti. La relazione conclude tuttavia che è necessario un impegno continuo a livello di UE per aumentare la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza e propone una serie di interventi, tra cui l'elaborazione di orientamenti sulle informazioni da fornire ai pazienti e sulla norme relative alla sicurezza dei pazienti, nonché una definizione comune di qualità dell'assistenza.

Per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni nosocomiali la relazione conclude che è richiesto un maggiore impegno, in particolare per garantire che nelle strutture sanitarie sia presente personale specializzato addetto alla lotta contro le infezioni nonché per assicurare la capacità di isolamento dei pazienti infetti.

### **Indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza**

Poco più della metà (53%) dei cittadini dell'UE considera probabile che i pazienti possano subire danni a seguito delle cure ospedaliere ricevute nel proprio paese. Questa percentuale varia tuttavia notevolmente tra i diversi paesi: si va dall'82% di Cipro al 21% dell'Austria. Anche l'Italia è sopra la media europea, dal momento che la percentuale di cittadini che temono di subire danni in ospedale raggiunge il 57%. Questo nonostante solo il 13% degli italiani dichiara di avere direttamente subito un danno o che sia accaduto a un familiare (38%). Anche in Europa il timore è maggiore della reale esperienza di danno, avvenuta al direttamente 27% dei cittadini intervistati e al 46% dei loro familiari.

L'Italia, tuttavia, è ancora più indietro della media europea per quanto riguarda le segnalazioni. In Europa, infatti, il 46% di coloro che hanno subito un evento sfavorevole lo ha segnalato (era il 28% nel 2009, il che indica che il ruolo dei pazienti è stato sensibilmente rafforzato), ma l'Italia è, in questo campo, tra i paesi in "rosso", cioè dove il danno è stato segnalato da meno del 42% dei pazienti che lo hanno subito. Se i cittadini italiani hanno subito un danno si rivolgono nel 48% dei casi, come nel resto d'Europa, ha un avvocato. La percentuale di cittadini italiani che si rivolge alle direzioni sanitarie è molto più bassa che in Europa (27% vs 39%).

Ciò nonostante, nel 37% dei casi in cui l'evento sfavorevole è stato segnalato "non è successo nulla". Un paziente su cinque ha tuttavia ricevuto le scuse del medico o degli infermieri, mentre il 17% ha ricevuto una spiegazione dell'errore commesso da parte della struttura sanitaria.

Sempre per quanto l'Italia, l'indagine ha rilevato come il 71% dei cittadini europei afferma che la qualità della sanità nel loro paese è buona, mentre nel nostro Paese tale percentuale scende al 56% e il 35% ritiene che la propria sanità sia peggiore rispetto agli altri paesi. Il 41% dei cittadini italiani

## Per l'e-health 46 miliardi di investimenti entro il 2022: lo dice un'indagine StageUp Consulting

23 giugno 2014

Telecontrollo, telemedicina, wellness tracking, auto check-up e stampa 3D biomedicale. Sono questi i settori-traino del mercato dell'e-Health italiano che, nel complesso di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche applicate alla salute e alla sanità, attirerà investimenti, nel periodo 2013-2022, per 46 miliardi di euro, pari al 3,3% del Pil italiano, con una crescita media di 6 miliardi annui nei prossimi 8 anni.

E' quanto emerge da uno studio sulla grandezza del mercato e i trend futuri della salute e dell'assistenza condotto da UpCare, la divisione di [StageUp Consulting](#), proprietaria della omonima soluzione di telecontrollo e telemedicina per anziani e soggetti fragili.

Secondo l'indagine, il telecontrollo, l'insieme cioè di soluzioni informatiche collegate ad apparati con sensori per l'assistenza in remoto a persone anziane e fragili, sarà la prima area di investimento con 12 miliardi di euro, il 27% sul totale. La telemedicina, cioè l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono l'erogazione di servizi sanitari per la cura di un paziente a distanza, si attesterà al secondo posto con investimenti per almeno 11 miliardi (23%). Al terzo, nell'analisi di UpCare, si colloca il «wellness tracking» che comprende strumenti e software per il monitoraggio delle attività fisiche e di allenamento, e che vedrà almeno 9 miliardi di investimenti (20%). Al quarto posto l'auto check-up, l'insieme di apparecchi e soluzioni per il monitoraggio della propria salute in modo autonomo senza il supporto medico, che si stima varrà almeno 8 miliardi (16%). A chiudere la classifica è la stampa 3D biomedicale, costituita dalla riproduzione di organi umani per i trapianti, che inciderà per il 14% del mercato con almeno 6 miliardi.

Telecontrollo e telemedicina sono espressione delle nuove tecniche informatiche dell'Internet of things e miglioreranno la vita delle persone, la loro felicità e al tempo stesso permetteranno sviluppo economico» sottolinea il presidente di StageUp, Giovanni Palazzi. «In questa prospettiva - spiega - è stato realizzato UpCare, la soluzione che permette agli assistiti e alle loro famiglie di continuare a vivere un'esistenza autonoma presso la propria abitazione, in piena sicurezza, godendo di evoluti servizi di assistenza e medicina a distanza». Secondo il presidente di StageUp questi servizi portano a «performance e costi fortemente migliorativi rispetto alle convenzionali modalità di intervento assistenziale domiciliare. UpCare -

afferma - permette di ridurre significativamente i costi sostenuti per l'erogazione dei servizi, cali pari a meno 8% per l'assistenza socio-sanitaria, meno 50% per le conseguenze derivanti da cadute, meno 56% per ricoveri e meno 63% per visite ambulatoriali».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

rispetto al 53% del resto d'Europa ritiene che uno dei criteri per definire la qualità sia avere dei medici ben formati, il 36% rispetto al 40% degli europei fornire cure efficaci mentre il 23% rispetto al 25%, disporre di apparecchiature sanitarie moderne. Colpisce la questione del rispetto della dignità del paziente che viene percepita come un importante criterio di qualità dal 31% dei cittadini italiani rispetto al 24% degli europei.

### **La consultazione pubblica**

I risultati della consultazione pubblica svoltasi tra il dicembre 2013 e il febbraio 2014 mostra che la società civile (oltre il 90%) ancora ritiene che la sicurezza dei pazienti nell'UE sia problematica. Dai risultati è emerso un fortissimo sostegno a tutti i settori passibili di miglioramento individuati dalla Commissione. Secondo gli intervistati le misure più efficaci consistono nel coinvolgere il personale sanitario, nel prevedere leggi nazionali vincolanti, nel coinvolgere le organizzazioni dei pazienti e nel promuovere la cooperazione in materia di sicurezza dei pazienti a livello di UE.

La maggior parte dei partecipanti (72%) ritiene inoltre che ampliare l'ambito di applicazione dell'intervento dell'UE dalla sicurezza dei pazienti fino a coinvolgere una qualità dell'assistenza in senso più ampio apporterebbe notevoli benefici.

La sicurezza dei pazienti è considerata il risultato di un'assistenza di alta qualità, che deve essere sicura, efficace e rispettosa delle esigenze e della dignità dei pazienti.



&gt; NOI &amp; VOI

GUGLIELMO PEPE

## La sfida dei farmaci biotec

**P**RODUZIONE di valore. È il "marchio" di cui va orgogliosa Farmindustria, l'associazione che rappresenta le aziende del settore. Però lo slogan è in contraddizione con la cospicua perdita di posti di lavoro: 10 mila nell'ultimo decennio, mille all'anno. Tuttavia il fatturato cresce. E aumentano gli investimenti nella ricerca dei farmaci biotecnologici, quelli del prossimo futuro. Con 176 imprese sul nostro territorio, il biotec lancia una sfida. E sembra essere più di un fiore all'occhiello. In contrasto con l'immagine che offrono alcuni colossi di Big Pharma, troppo spesso al centro di affari poco limpidi (il caso Roche/Novartis è il più noto). La sanità mondiale ha bisogno di medicine davvero innovative ed efficaci, merce rara ormai. Ma, oltre ai soldi (un nuovo prodotto costa almeno 1,3 miliardi di euro), per realizzarle servono ricerca, politiche pubbliche non punitive, meno burocrazia: il contrario di ciò che accade in Italia.

*guglielmpepe@gmail.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Estratto di carciofi nuova possibile arma contro mesotelioma

Italia e Canada alla guida del primo studio clinico al mondo. L'Istituto Regina Elena che, insieme alla McMaster University, analizzerà le proprietà del vegetale per un anno su persone con forti fattori di rischio



**ROMA** - Il carciofo potrebbe essere la nuova arma contro il mesotelioma, una grave forma di tumore causato dall'amianto, che ogni anno colpisce circa 2000 persone. A guidare il primo studio clinico basato proprio sull'estratto di questo comune ortaggio è l'*Istituto Regina Elena* che, insieme alla canadese *McMaster University*, analizzerà le proprietà del vegetale per un anno su persone con forti fattori di rischio, come le placche polmonari da asbesto. Il progetto, presentato in occasione del Workshop internazionale su metabolismo, dieta e malattie croniche, è tutto "made in Italy", perché il composto utilizzato per la sperimentazione è stato messo a punto da un'azienda del nostro Paese.

In Italia l'incidenza di questo tipo di cancro, collegato all'esposizione da amianto, materiale bandito da vent'anni ma ancora diffusissimo, "è in continua crescita" ed "è atteso un picco entro il 2020", commenta Giovanni Blandino, responsabile del Laboratorio di oncogenomica traslazionale del Regina Elena.

"Nel nostro studio - aggiunge Sabrina Strano, ricercatrice dell'Area di medicina molecolare - sperimentiamo, primi al mondo, la chemioprevenzione con una sostanza naturale e dal costo contenuto. Se le nostre intuizioni venissero confermate, apriremmo la strada a una rivoluzione". I risultati della sperimentazione dovrebbero esser pronti in 12 mesi.



## **CUORE: SCOPERTI GENI LEGATI A MORTE CARDIACA IMPROVVISA**

(AGI) - Washington, 23 giu. - Un gruppo di scienziati americani ha scoperto alcuni geni associati a un fattore di rischio per la morte cardiaca improvvisa. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista 'Nature Genetics'. Questi geni evidenziano un ruolo importante per la regolazione del calcio nel controllo della funzione cardiaca e potrebbero aiutare a sviluppare nuove terapie. Da tempo la lunghezza di intervallo di tempo tra due punti chiave nel ciclo elettrico cardiaco, noto come l'intervallo QT, viene utilizzato dai medici per determinare il rischio di aritmie e di morte cardiaca improvvisa. La lunghezza dell'intervallo QT, che va da circa 0,36 secondi a 0,44 secondi negli adulti sani, è in gran parte determinato dai propri geni. Christopher Newton-Cheh e colleghi del Massachusetts General Hospital, Boston, hanno studiato oltre 100mila persone alla ricerca di geni associati con un intervallo QT lungo. Gli scienziati hanno scoperto dieci geni le cui proteine prodotte a interagiscono con i geni che causano la sindrome del QT lungo, una malattia cardiaca spesso fatale. Inoltre, gli studiosi hanno scoperto che questi geni sono cruciali per regolare la corrente elettrica cardiaca mediante il controllo del calcio. Le interruzioni del segnale del calcio sono note per essere coinvolti in altre forme di malattie cardiache.

## Lo stress può portare a infarto e ictus

Gli scienziati trovano e svelano il collegamento tra stress e attacco cardiaco o ictus. Uno studio mostra come sia vitale ridurre gli stati di stress e gli agenti che lo causano perché non è solo più una questione di sentirsi sotto pressione, ma di salute che implica anche un possibile rischio di invalidità o, peggio, morte



Gli scienziati dell'Harvard Medical School di Boston hanno trovato e svelato quello che è il **collegamento tra lo stress e gli eventi cardiaci come infarto del miocardio e ictus**. Dietro a questo deleterio processo ci sarebbero i globuli bianchi, i soldati del sistema immunitario, che lo stress pare attivi e faccia produrre in numero eccessivo. Tutto ciò è dannoso per l'organismo e la salute di arterie e cuore.

Lo stress dunque promuove un eccesso di produzione di cellule. Queste andrebbero ad ammassarsi sulle pareti interne delle arterie con la conseguenza di **limitare il flusso di sangue e favorire la formazione di coaguli**. Questi ultimi, a loro volta, bloccano la circolazione o, staccandosi, si mettono in viaggio per poi andare a finire in un'altra parte del corpo.

I globuli bianchi «sono importanti per combattere le infezioni e favorire la guarigione, ma se ne abbiamo troppi, o nel posto sbagliato, possono essere dannosi», sottolinea il dott. Matthias Nahrendorf dell'HMS e coautore dello studio.

Sebbene i medici siano da tempo a conoscenza del collegamento tra lo stress cronico e le malattie cardiovascolari, non si è ancora capito il meccanismo. Proprio per questo motivo, i ricercatori hanno reclutato 29 colleghi medici che lavorano in un reparto di terapia intensiva: un modello di **elevata esposizione allo stress cronico**, per via della grande responsabilità che comporta. Di questi, i ricercatori hanno prelevato e poi analizzato campioni di sangue. I prelievi sono stati eseguiti sia durante le ore di lavoro che durante le ore in cui erano fuori servizio. Allo stesso modo, i partecipanti dovevano compilare dei questionari sulla percezione dello stress.

L'analisi dei dati e del sangue ha rivelato che vi era un collegamento tra lo stress e alcune alterazioni fisiologiche. Nello specifico, i ricercatori hanno notato che lo stress aveva attivato le cellule staminali del midollo osseo, che a loro volta hanno innescato **una sovrapproduzione**

**di globuli bianchi** (o leucociti).

I ricercatori fanno notare che i globuli bianchi, nonostante siano fondamentali nel processo di guarigione delle ferite e nel combattere le infezioni, possono tuttavia rivoltarsi contro il loro ospite, con conseguenze devastanti per le persone con malattie come l'aterosclerosi (che è un ispessimento delle pareti delle arterie causato da un accumulo di placca).

Dopo questa prima fase, gli scienziati sono passati alla seconda, che prevedeva uno studio su modello animale. In questa, un gruppo di topi inclini all'aterosclerosi sono stati esposti a situazioni di stress. Dopo i test, il team di ricerca ha scoperto che l'eccesso di globuli bianchi, prodotto come risultato dello stress, ha causato un accumulo di essi all'interno delle arterie e **stimolato la crescita della placca.**

I leucociti, spiega il dott. Nahrendorf, «rilasciano enzimi che ammorbidiscono il tessuto connettivo e portano alla rottura della placca. Questa è la tipica causa di infarto del miocardio e di ictus».

Insomma, lo stress può davvero essere deleterio se non tenuto sotto controllo.

**La medicina. Diabete tipo 1, pancreas artificiale e infusori**  
**Le lettere. Piastrine, prostata, gastroscopia, allergie: risposte di esperti**



## Le misure del cuore

Una volta la pressione si controllava dai 50 anni. Ma stress da crisi economica e stili di vita incongrui ora consigliano di iniziare prima. Anche da bambini

**Terapie.** Incontinenza: le cure ci sono, basta superare la vergogna e chiedere aiuto. Il 28 la giornata nazionale con 100 ospedali aperti per le visite. E i malati protestano per i risparmi indiscriminati sui presidi gratuiti ■ **Prevenzione.** Tempo di piscine, guida per evitare infezioni e piccoli incidenti ■ **Sessualità.** La nuova letteratura erotica che ripropone ancora il vecchio legame tra piacere e colpa ■ **Canici & Pigiami.** Quelle carceri e centri d'accoglienza sovraffollati, incubatori di malattie

## Le tecnocure sempre più mirate

DAL NOSTRO INVIATO  
ELVIRA NASELLI

SAN FRANCISCO  
UOVE molecole, dispositivi integrati, fenotipo del malato per una terapia più specifica. In attesa del pancreas artificiale, che appare a portata di mano tanto che il primo prototipo è già in funzione (università di Padova, Pavia, Virginia, Amsterdam e Montpellier), al 74° congresso Ada (**American Diabetes Association**) di San Francisco, l'appuntamento più importante con 14.000 delegati, si guarda a tutto questo.

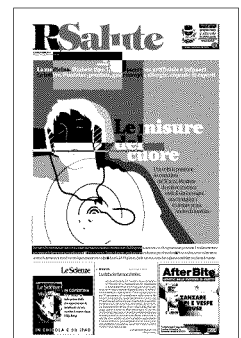
E anche se difficilmente una macchina potrà replicare il meccanismo con cui il pancreas produce insulina e la mette in circolo quando il livello di glucosio nel sangue si modifica, l'obiettivo dell'organo artificiale resta importante «pur se — ragiona Francesco Giorgino, ordinario di Endocrinologia e malattie metaboliche a Bari — solo alcuni pazienti potrebbero utilizzare un sistema automatizzato». Per Emanuele Bosi, direttore del Diabetes Research Institute del San Raffaele

di Milano, «è difficile realizzare un algoritmo predittivo per gestire la quotidianità, lo si è già fatto per la notte perché i cambiamenti glicemici sono più lenti».

Grandi passi anche in campo tecnologico dove — soprattutto per i malati con diabete 1

**Una procedura indicata per pazienti che non possono avvalersi di altri trattamenti**

— ai sensori adesivi che monitorano la glicemia comunicando wireless la lettura a piccolimicroinfusori indossati dal paziente, che sospendono la somministrazione di insulina nel caso di ipoglicemia o invece iniettano la quantità stabilita dal paziente stesso, si affiancano nuovi dispositivi, come quello in arrivo entro l'anno dell'americana Medtronic, con algoritmi avanzati predittivi delle ipoglicemie. Tutto in un unico device. Del resto l'accordo, celebrato all'Ada, tra Medtronic, leader nel settore dei microinfusori, e la francese Sanofi, che ha presentato una nuova insu-



SELPRESS  
www.selpress.com

lina, è propedeutico per lo sviluppo di nuovi device per il ghiotto mercato del diabete 2.

Finora i microinfusori sono stati prescritti prevalentemente ai pazienti di tipo 1 ma i risultati di uno studio presentato all'Ada (Opt2mise), che ha coinvolto oltre 300 pazienti con diabete 2 in 36 centri nel mondo (Bari, Perugia e Roma la Sapienza in Italia) mostrano come la terapia con i device (rispetto alla multi-iniettiva) dia risultati migliori. «Nel gruppo trattato con microinfusori - spiega Giorgino - abbiamo avuto un maggior controllo metabolico che ha consentito di ridurre le dosi di insulina somministrata. I pazienti più scompensati hanno mostrato più benefici. I microinfusori sono una opportunità terapeutica per un 5% di pazienti con diabete 2».

«Il diabete è una sindrome con tante caratteristiche - premette Paolo Pozzilli, ordinario di endocrinologia e malattie metaboliche all'università Campus Bio-Medico di Roma - si devono diagnosticare i fenotipi di diabete 2 per individuare quale farmaco, tra le 10 classi e le 38 molecole a disposizione, sia il più adatto. Caratterizzando il malato, con lo studio degli anticorpi o della funzione beta-cellulare, può essere diversa la prognosi. Così come, per il tipo 1, i microinfusori alla diagnosi difendono le Beta cellule modificando la storia naturale della malattia (studio su *Diabetes care* di maggio)».

# Diabete.

Dal congresso statunitense dell'Ada novità e attesa per il pancreas artificiale. Nuovi device e la tipizzazione dei malati per terapie più specifiche

## PREVALENZA PER REGIONE

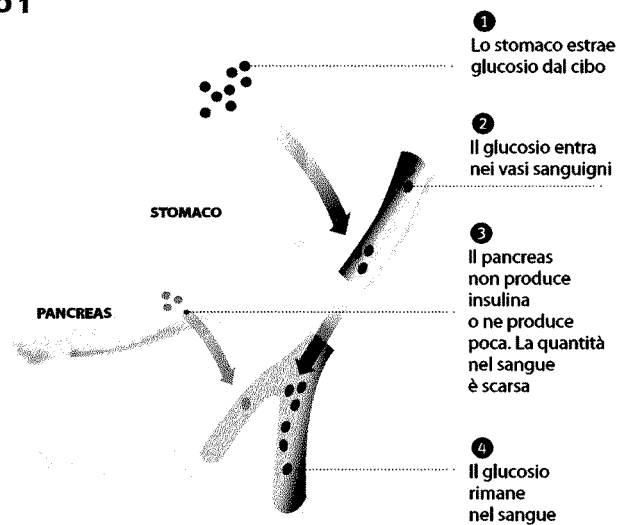
	5,9%	6,9%	8,1%
% sul totale della popolazione (20-79 anni)	Italia 2010	Europa 2010	Europa 2030

### DIABETE DI TIPO 1

Malattia autoimmune in cui sono distrutte le cellule beta del pancreas. Richiede l'uso di insulina tramite iniezioni

- INSULINA
- GLUCOSIO

COLPISCE IL 10% DEI CASI

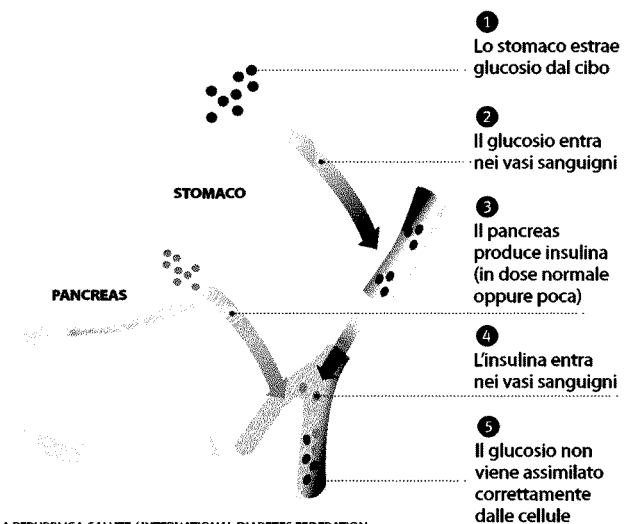


### DI TIPO 2

Presente spesso in adulti o anziani ed è dovuto ad uno scarso funzionamento dell'insulina

- INSULINA
- GLUCOSIO

COLPISCE IL 90% DEI CASI



FONTE: RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION

### Acidosi

Il 5% dei pazienti con diabete ha il tipo 1, su base autoimmune. Si scopre prevalentemente in età pediatrica

(sintomi: si beve e si urina di più, astenia, dimagrimento, difficoltà respiratorie). Tra i fattori scatenanti si ipotizza esposizione a virus, a fattori chimici o alimentari

(carico eccessivo zuccheri semplici). Spesso si manifesta con chetoacidosi (pH sangue <7,30) complicanza grave che espone al rischio di danni permanenti.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

# quotidiano**sanità**.it

Lunedì 23 GIUGNO 2014

## Furti farmaci in ospedale. Ecco il Decalogo anti-furto di NAS e SIFO

***Nel solo mese di maggio si sono registrati quattro furti di farmaci oncologici per un valore di 450 mila euro, spiega il comandante dei Nas, Gen. Cosimo Piccinno, sottolineando le gravi conseguenze sull'accesso alle terapie da parte dei malati e sull'attività delle farmacie e degli ospedali. IL DECALOGO.***

“Il problema dei furti dei farmaci, soprattutto nelle farmacie ospedaliere, ha assunto proporzioni allarmanti con danni considerevoli al Ssn e pertanto all'Erario. Nel solo mese di maggio si sono registrati quattro furti di farmaci oncologici per un valore di 450 mila euro”. Ad affermarlo, in una comunicazione inviata alla Fofi (Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani) è il comandante dei Nas., **Gen. Cosimo Piccinno**, sottolineando le gravi conseguenze di questi furti sull'accesso alle terapie da parte dei malati e sull'attività degli ospedali.

In particolare, “costi per il Ssn, relativi alla perdita economica subita, con difficoltà per le aziende ospedaliere e sanitarie di reperire nuovi fondi per coprire l'acquisto di ulteriori farmaci in relazione al budget annuale previsto”, ma anche “aumento delle spese relative all'installazione/potenziamento di sistemi per prevenire i furti (porte blindate, inferriate, polizze assicurative, vigilanza ecc.) o per ripristinare l'integrità della struttura dopo l'avvenuto furto”.

E poi la necessità di “attivarsi tempestivamente con prestiti e nuovi ordini per non interrompere la continuità terapeutica”, senza dimenticare, prosegue Piccinno, “la preoccupazione sulla destinazione dei farmaci sottratti, molti dei quali devono rispettare la catena del freddo. La loro corretta conservazione fa temere per la salute dei pazienti che potrebbero ricevere tali farmaci, con alterazione dell'efficacia o con potenziali reazioni avverse”.

Per evitare i furti, ed quindi il rischio di tali conseguenze, i Nas hanno allora realizzato in collaborazione con la Sifo, la società dei farmacisti ospedalieri, un “Decalogo per la prevenzione e la gestione dei furti di farmaci nei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali”, formato da 5 azioni “preventive” e 5 azioni “correttive”.

Eccole:

### **AZIONI PREVENTIVE**

- 1.** Dotare la farmacia di allarmi, telecamere a circuito chiuso e degli ausili necessari per la prevenzione dei furti (porta blindata, inferriate e la serratura di tipo europeo che necessita di codice per effettuare copia, etc.). Prevedere la vigilanza di una guardia giurata per il controllo specifico dell'accesso in farmacia.
- 2.** Individuare un'unica area di immagazzinamento dei farmaci costosi in un'area interna dell'ospedale, dove poter utilizzare tutti gli accorgimenti idonei alla protezione dai furti, compresi la chiusura a chiave di armadi e/o frigoriferi e del locale stesso. L'area dovrà essere ben protetta e ad accesso limitato e dovranno essere responsabilizzate le figure interne per la gestione, il controllo e la vigilanza.
- 3.** Limitarsi ad acquisti contenuti e frequenti per i farmaci costosi oggetto di furti (compatibilmente alle esigenze cliniche).
- 4.** Limitare l'accesso ai locali della farmacia al personale esterno (corrieri etc.) per evitare



perlustrazioni a scopo di furto, celate da false motivazioni. Eventualmente destinare al ricevimento dei farmaci un'area separata da quella di immagazzinamento. In questo modo si potrà evitare a personale esterno di avere una panoramica della quantità e valore dei farmaci giacenti nella struttura (Linee Guida in materia di buona pratica di distribuzione dei farmaci, DM 06/17/1999, nonché del DPR 14/01/1997 – Requisiti minimi strutturali).

5. Se possibile, stipulare specifiche polizze assicurativa contro i furti.

#### **AZIONI CORRETTIVE**

1. Effettuare tempestiva denuncia ai Carabinieri/Nas, indicando farmaci, quantità e lotti sottratti.
2. Effettuare tempestiva comunicazione alle Direzioni Sanitaria e Generale.
3. Effettuare tempestiva comunicazione alle Case Farmaceutiche che vi hanno fornito i farmaci.
4. Dare risonanza della tipologia dei farmaci rubati e dei lotti a tutti i colleghi tramite sito SIFO.
5. Prestare attenzione perché in alcune sedi il furto si è ripetuto dopo alcune settimane (specialmente se il furto non è stato totale). La necessità di riapprovvigionarsi dopo il furto potrebbe essere considerata dai malviventi un'ulteriore opportunità per reiterare il furto.

## **Ebola fuori controllo 60 focolai in Africa**

**È arrivato a 350 il bilancio dei morti causati dall'Ebola in Africa occidentale, dove l'epidemia è ormai «fuori controllo», con oltre 60 focolai di infezione. A lanciare l'allarme sono stati Medici senza frontiere, per i quali «la portata dell'attuale epidemia di Ebola è senza precedenti in termini di distribuzione geografica, persone infettate e morti». La veloce diffusione della malattia, mortale nel 90% dei casi, ha travolto le agenzie umanitarie e i funzionari sanitari, terrorizzando le comunità locali.**

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

