

Sanità. I risultati dell'indagine conoscitiva delle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera

Salute, meno poteri alle Regioni e più spazio ai fondi integrativi

Roberto Turno

■ Più Stato, meno Regioni. Più Salute meno Economia, con un contrappeso tra ministri. Risparmiare sugli ospedali factotum e investire nel territorio. Sfatate il mito dei costi standard e rifare le regole di riparto dei finanziamenti alle regioni. Dare per sempre l'addio ai tagli lineari che impoveriscono i poveri e rivedere da cima a fondo l'organizzazione dei servizi. Premiare non solo le regioni virtuose, ma anche le singole asl e gli ospedali e il personale e anche il privato migliori. Puntare forte su fondi integrativi e polizze assicurative, collettivi e individuali, con più defiscalizzazione. E ancora: ticket, farmaci, investimenti, prevenzione, personale. Le commissioni Bilancio e Finanze della Camera hanno pronta la ricetta per dare un nuovo volto alla sanità pubblica. Per salvarne l'universalità che resta nel bel mezzo dei vincoli di finanza pubblica. Per renderla sostenibile, mentre si allungano ombre pesanti sul welfare tradizionale.

Hanno ascoltato per mesi più di 50 tra associazioni, sindacati, istituzioni, centri studi, e

due ministri, della Salute e dell'Economia, appunto. E ora le commissioni guidate da Francesco Boccia del Pd (Bilancio) e da Pierpaolo Vargiu di Scelta civica (Affari sociali) sono pronte col documento finale dell'indagine conoscitiva, che sarà ratificato dopo le elezioni al termine di un confronto finale su tutte le virgole di quel te-

IL FINANZIAMENTO

Tra i criteri di riparto delle risorse bisogna inserire indici di povertà, flussi migratori, estensione territoriale, patologie

sto. Ma le linee sembrano già tracciate. In parte già dentro la cornice di quel «Patto per la salute» che attende di decollare.

Già le premesse delle conclusioni (anticipate su www.24ore-sanita.com) sono indicative. Da una parte il valore «insostituibile» del Ssn e il fatto che per la salute si spenda meno della media Ue e internazionale. Dall'altra la pesantezza della crisi e i tagli che riducono la

qualità dei servizi e soprattutto nelle regioni commissariate del Sud i ritardi infrastrutturali e la qualità dei servizi peggiorano sempre di più. Ventuno Italie distanti anni luce, tante sanità a mille velocità con mille diritti diversi. E allora ecco la richiesta di un passo indietro dall'attuale titolo V con un modello di governance che assegni allo Stato definizione di standard, poteri di controllo, intervento e verifica su erogazione e uniformità dei Lea; alle regioni quello di «enti erogatori, con minor grado di responsabilità decisionale» rispetto ad oggi. In parte la "linea Renzi". E poiché la valutazione dell'efficace ed equa erogazione dei Lea deve valere quanto il controllo dei bilanci, si propone di bilanciare i poteri dei ministri di Economia e Salute.

Sul piano dei costi e dell'organizzazione, poi, serve un passo indietro da ospedaletti e ospedali che fanno gli ambulatori: devono specializzarsi. E far risparmiare. Magari non nell'immediato, anche se poi quei risparmi vanno indirizzati sul territorio, dove le cure d'ogni giorno saranno centrali. Il modello

di finanziamento del welfare sanitario dovrà a sua volta cambiare pelle: costi standard e regioni benchmark sono passi virtuosi «in linea di principio» ma rischiano di essere solo «mere enunciazioni» se tra i criteri di riparto delle risorse non si terrà conto di variabili come le patologie, la densità della popolazione, l'estensione territoriale e l'orografia regionale, i flussi migratori, gli indici di povertà. Criteri indigesti a tanti. Ma un toccasana per il Sud. Senza però abbandonare la strada del "premio al merito" di chi fa qualità e tiene bene i conti: un bonus andrebbe riconosciuto anche alle singole asl, agli ospedali, al privato, a tutti gli operatori che hanno meritato.

C'è poi la partita dei ticket, che vanno rivisti, a partire da verifiche ferree e puntuali su quel 50% di italiani esenti che consumano l'80% delle prestazioni. E questo mentre aumenta la spesa privata a carico dei cittadini: ormai oltre 30 mld l'anno, tutti out of pocket. Che potrebbero essere evitati puntando su «fondi integrativi, polizze assicurative, collettive e individuali», premiate con «una maggiore defiscalizzazione», che alleggerirebbero i bilanci delle asl. Aziende che, se in difficoltà, dovrebbero avere più autonomia e flessibilità nell'uso dei fattori produttivi. Se mai bastasse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici, varato il nuovo codice deontologico. Unanimità solo su lotta all'abusivismo

Il consiglio generale degli Ordini provinciali ha chiuso i lavori con il voto sulle nuove linee guida per l'etica della professione. Sparisce la parola eutanasia



TORINO - I presidenti degli Ordini provinciali italiani dei medici hanno approvato oggi a Torino, al termine del consiglio generale della Fnomceo, il testo definitivo del nuovo codice deontologico. A dire sì 87 presidenti su 99, dieci non lo hanno approvato e due si sono astenuti. L'unico elemento su cui è stata raggiunta la completa unanimità è stato il sì alla lotta all'abusivismo. Il professionista è tenuto infatti a denunciare se viene a conoscenza di situazioni di abusivismo o di prestanome.

La nuova 'bussola' etica dei camici bianchi sarà presentata a Roma il 23 maggio e tra le novità previste c'è l'addio alla parola eutanasia, considerata dai professionisti inadeguata:

il divieto di procurare morte, anche se richiesta, viene indicato con parole diverse. Molta attenzione i medici hanno dedicato, nel confronto di tre giorni a Torino, all'utilizzo della parola 'paziente', a cui sono stati dedicati decine di emendamenti. Nel testo definitivo la parola paziente sarà utilizzata solo per la persona malata mentre si utilizzerà 'assistito' in tutti i casi in cui le prestazioni sono dedicate a persone non malate (prevenzione, medicina estetica ecc.).

quotidianosanita.it

18 MAGGIO 2014

Fnomceo. Per i medici arriva il nuovo Codice: "Diagnosi e prescrizione sono atti medici"

Dopo una lunga votazione, che ha vagliato i molti emendamenti, il nuovo Codice è stato approvato con una larga maggioranza dal Consiglio nazionale della Fnomceo, con 10 voti contrari e 2 astenuti sui 106 rappresentanti degli Ordini provinciali. Confermati i [cambiamenti](#) annunciati nei giorni scorsi e integrato l'articolo 3 che ribadisce le competenze del medico su diagnosi e prescrizione.

La parola "paziente" non è sparita dal Codice di Deontologia Medica approvato oggi a Torino dal Consiglio nazionale della Fnomceo, ma si alterna, nei casi opportuni, con l'indicazione più ampia di "persona" o "persona assistita". Il nuovo testo, votato a larga maggioranza con 10 voti contrari e 2 astenuti sui rappresentanti dei 106 Ordini provinciali, contiene le [novità preannunciate](#) alla vigilia della votazione. Approvata un'integrazione all'articolo 3 che ribadisce le competenze del medico su diagnosi e prescrizione e inseriti 4 nuovi articoli riguardanti la medicina potenziativa, la medicina militare, le nuove tecnologie e i rapporti con l'organizzazione sanitaria.



adn kronos
salute

○ 19 maggio 2014
○ NUMERO 85 | ○ ANNO 8

Pharma *kronos*

QUOTIDIANO D'INFORMAZIONE FARMACEUTICA

Solo 20% europei associa contraffazione ai medicinali

Pillole, fiale e sciroppi 'taroccati' non preoccupano più di tanto gli abitanti del Vecchio continente. Pochissimi europei associano infatti il termine 'contraffazione' ai medicinali (20%). E questo nonostante su 10 farmaci venduti nel mondo uno sia contraffatto (dato che arriva a 7 su 10 in alcuni Paesi). Se poi francesi e tedeschi risultano i più informati sulla questione, in Spagna i cittadini sembrano essere meno preoccupati del 'rischio falsi'. E' quanto emerge da una ricerca su come gli europei percepiscono la contraffazione dei farmaci, condotta su un campione di 5.010 persone in Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito da Sanofi. Gli intervistati normalmente associano la contraffazione ai beni di lusso e ai principali marchi di abbigliamento. "Le persone, in generale, non sono sufficientemente informate circa l'esistenza dei farmaci contraffatti e del rischio che ne potrebbe derivare in certe situazioni di acquisto. I farmaci contraffatti rappresentano un rischio reale per la salute dei pazienti. Per esempio potrebbero non contenere lo stesso quantitativo di principio

attivo del farmaco originale, oppure non rispondere agli stessi requisiti in termini di qualità, efficacia e sicurezza come i trattamenti autentici", ricorda Caroline Atlani, direttore del Coordinamento anti-contraffazione di Sanofi. "Il 77% del campione selezionato ritiene di non ricevere informazioni sufficienti circa i farmaci contraffatti. Questi risultati confermano la necessità di continuare la nostra lotta ai farmaci contraffatti, soprattutto sensibilizzando l'opinione pubblica". In effetti, mentre la maggioranza (66%) ha sentito parlare di contraffazione di farmaci, gli intervistati sembrano avere scarsa informazione sull'argomento: il 77% dice di non essere stato adeguatamente informato o di ignorare l'argomento. L'84% del campione selezionato afferma di non avere mai visto o identificato un farmaco contraffatto. In ogni caso, il 96% ritiene che i farmaci contraffatti possano essere e siano probabilmente pericolosi. La percezione del pericolo dei medicinali contraffatti è concentrata attorno all'acquisto di farmaci online, in quanto il 90% degli intervistati nomina Internet

quale primaria fonte potenziale di diffusione di medicinali contraffatti. Del 18% delle persone che sostengono di aver acquistato farmaci online, il 78% ritiene che l'acquisto sia sicuro. Al contrario, il 60% di coloro che hanno dichiarato di non aver mai acquistato medicinali online, non l'ha fatto in quanto sentiva che questo sistema di vendita rappresentava un reale pericolo. Il 55% del campione totale ha semplicemente detto che preferiva punti fisici di vendita. Ci sono grandi differenze tra i Paesi per quanto riguarda l'uso di Internet per l'acquisto di farmaci: in Germania si è più inclini a questo tipo di comper, e anche nel Regno Unito, mentre Francia, Spagna e Italia sono molto reticenti. Il 51% del campione totale intervistato ritiene poi che potrebbe essere esposto al rischio di farmaci contraffatti in viaggio. Gli europei si tutelano da questo punto di vista: l'81% dice che viaggia con un kit di primo soccorso.

Margherita Lopes

TUMORI: IN TEENAGER +17% GUARIGIONI IN 15 ANNI, MA SERVONO CENTRI AD HOC

Roma, 17 mag. (Adnkronos Salute) - Solo un quarto degli adolescenti colpiti da tumore in Italia è curato nei centri di oncologia pediatrica. Gli altri accedono alle strutture dedicate agli adulti oppure non ricevono terapie adeguate perché non riescono a entrare in strutture di eccellenza. E' quanto emerge dal VI Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici della Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), presentato alla IX Giornata nazionale del malato oncologico, che dedica al tema un dibattito all'Auditorium della Conciliazione a Roma. La ricerca ha cambiato radicalmente la storia naturale della malattia nei ragazzi di età compresa fra 15 e 19 anni. Le guarigioni negli adolescenti sono cresciute del 17% negli ultimi 15 anni e oggi sono pari all'86%. Ma troppo spesso i giovani si trovano in una 'terra di nessuno', chiusi tra il mondo dell'oncologia pediatrica, che esclude l'accesso ai pazienti 'over 15', e quello dell'oncologia medica dell'adulto, dove è poco diffusa l'esperienza per curare la patologia specifica di questa fascia di età. È indispensabile migliorare la collaborazione tra le due realtà perché tutti gli adolescenti possano accedere alle cure migliori e creare centri dedicati a questi giovani malati. "La quasi totalità dei pazienti 'under 15' è trattata in strutture di oncologia pediatrica, invece per quelli fra 15 e 19 anni assistiamo a un vuoto, mancano anche linee guida specifiche - spiega Francesco De Lorenzo, presidente Favo - Le persone con diagnosi di tumore in età adolescenziale rappresentano un sottogruppo particolare, che deve affrontare problemi di accesso ai trattamenti di eccellenza e di arruolamento nei protocolli clinici. Una situazione opposta rispetto all'ottimizzazione dei percorsi di cura da tempo in atto nell'oncologia pediatrica. Inoltre in questi pazienti è essenziale continuare a studiare non solo l'esito a lungo termine della malattia, ma anche i possibili effetti tossici dei farmaci antitumorali quali il rischio di sterilità, la maggiore possibilità di insorgenza di seconde neoplasie, di insufficienza d'organo (ad es. renale, epatica, cardiaca), fattori che hanno un impatto molto più importante rispetto a quanto si registra in persone di età più avanzata".

Nel 2013 nel nostro Paese si sono stimati 366.000 nuovi casi di cancro: circa 1.400 (meno dell'1% del totale) nei bambini sotto i 14 anni, 800 negli adolescenti (15-19 anni). In quest'ultima fascia d'età i 3 tipi più frequenti sono i linfomi (32%), i tumori epiteliali (24%, in particolare della tiroide e melanomi) e le leucemie (11%). "L'obiettivo principale - conclude Stefano Cascinu, presidente Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) - è garantire a tutti i pazienti adolescenti trattamenti adeguati, con programmi specifici. Va riconosciuta la complessità della gestione della malattia in questa fascia d'età. È possibile adottare diversi modelli organizzativi e curarli in centri dedicati all'interno delle strutture pediatriche oppure in quelle dell'adulto, che devono necessariamente essere sempre coinvolte nei progetti che riguardano i giovani. In questi centri è indispensabile inoltre il coinvolgimento di diverse figure professionali: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, gruppi di genitori e parenti e quelli dei guariti e dei pari. Questi centri dovranno inoltre porre l'attenzione agli aspetti legati all'istruzione, alla preservazione della fertilità, all'inserimento o al reinserimento lavorativo e, in generale, al mutato rapporto con i coetanei. Alcuni istituti oncologici hanno attivato programmi specifici per gli adolescenti e i giovani adulti, ma finora sono pochi. È quindi necessario stimolare la creazione di progetti su tutto il territorio nazionale".

http://www.adnkronos.com/salute/medicina/2014/05/17/tumori-teenager-guarigioni-anni-servono-centri-hoc_rWajzHzreTVXugaajZtOUP.html

In Italia la percentuale di chi lo sceglie è molto bassa

Parto in casa, polemiche sul «bonus» di 800 euro della Regione Lazio

Ginecologi e neonatologi: «Sbagliato incentivarlo, le complicanze del parto e del post-partum non sono prevedibili». Il caso delle nuove linee guida inglesi



Parto in casa sì, parto in casa no. Il dibattito tra favorevoli e contrari è di lunghissima data e ogni tanto si rinfocola. In questi giorni ci sono stati due episodi, che hanno pesato sul piatto del «pro». La **Regione Lazio** ha deciso un rimborso di 800 euro per le donne che decidono di dare alla luce il proprio bambino in casa e il **National Institute for Health and Care Excellence** inglese (Nice, organizzazione indipendente responsabile della produzione di linee guida nazionali sulla promozione della salute) ha emanato un documento in cui incoraggia questa pratica (o il parto in strutture con sole ostetriche) per le donne in salute che hanno avuto una gravidanza senza problemi. Secondo il Nice, infatti, a determinate condizioni i rischi sono indipendenti dal luogo di nascita. Le linee guida, fatte proprie dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, si basano sui risultati dello studio «Birthplace», condotto su 65mila donne in Inghilterra, da cui è emerso che le gravidanze non a rischio in punti nascita gestiti da ostetriche hanno la stessa probabilità di danni al bambino o alla mamma degli ospedali, mentre in casa il rischio aumenta leggermente se si è al primo figlio (9,3 ogni 1000 nati, mentre in ospedale è di 5,3) e torna uguale agli altri per le gravidanze successive. «Le raccomandazioni del Nice vanno supportate - spiega il Royal college in un comunicato -, a patto che si prevedano delle opzioni per le emergenze e che la valutazione del rischio della gravidanza sia fatta correttamente». Attualmente in Inghilterra e Galles circa il 2% dei parti avviene in casa, percentuale lontana da quella dell'Olanda, dove si arriva al 30%.

Il rimborso di 800 euro

Ma torniamo all'Italia. Da noi, secondo il rapporto «Cedap» del Ministero della Salute, la percentuale di parti in casa è molto bassa, arriva al massimo allo 0,4% in Friuli Venezia Giulia. Ogni anno nel nostro Paese circa 1.500 donne fanno questa scelta, di principio ma anche economica. E solo alcune regioni, Piemonte, Emilia Romagna, Marche e da pochi giorni appunto il Lazio, oltre alle province di Bolzano e Trento, garantiscono un rimborso parziale delle spese. Per quanto riguarda il Lazio, nel decreto firmato dal presidente Nicola Zingaretti si prevede un «bonus» di 800 euro: l'indicazione della tariffa era attesa dal 2011 quando venne pubblicato il decreto 29 con cui si definivano i criteri e le modalità per ricevere il rimborso forfettario nel caso si fosse optato per il parto a domicilio. Il rimborso copre in parte la spesa per ostetriche o altro personale che opera privatamente. Pare che nel Lazio le richieste ci siano: almeno dieci negli ultimi mesi, provenienti da tutte le Asl. La possibilità di partorire tra le mura della propria casa - viene spiegato nel decreto - è percorribile però solo nel caso sia accertato dal ginecologo che si tratta di un parto naturale senza complicanze. Il «bonus» ha sollevato però alcune perplessità, tanto che in una nota la Regione Lazio ha sottolineato che si tratta di «un semplice rimborso, non di un incentivo».

I ginecologi: «Troppi rischi»

«Il parto in casa in Italia è difficile da gestire - spiega Vito Trojano, presidente dell'Associazione dei ginecologi italiani (Aogoi) -. Si pensi che per tutta la durata del travaglio ci dovrebbe essere un'ambulanza ferma in attesa, e un posto letto libero in un ospedale, nelle condizioni di scarsità di personale che tutti conosciamo. Per questo come associazione siamo sempre stati diffidenti su questa

possibilità». Dal punto di vista legislativo quasi tutte le Regioni prevedono la possibilità del parto in casa ma solo alcune, come detto, garantiscono un rimborso parziale delle spese, che possono arrivare ad alcune migliaia di euro. «Anche se sulla carta il servizio sanitario risparmierebbe - continua l'esperto -, nella realtà servirebbero grossi investimenti per promuovere questa pratica. Inoltre le donne dovrebbero essere sotto i 30 anni, non alla prima gravidanza, senza patologie esterne e senza alcun problema durante la gestazione, criteri che escludono la grande maggioranza delle future mamme». Ancora più netto il commento di Paolo Scollo, presidente della Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia): «Il nostro Paese non è pronto per questa pratica. Il parto in casa è una procedura difficile da gestire, che non rispetta i moderni requisiti di sicurezza e non risponde neanche a una logica economica. Nei Paesi del Nord Europa, quando una donna decide di partorire tra le mura domestiche, fuori dalla porta di casa viene parcheggiato un centro mobile di assistenza che rimane a disposizione per tutto il travaglio. Inoltre, viene riservato un posto nell'ospedale più vicino. Senza queste fondamentali precauzioni, dare alla luce un bambino in casa diventa estremamente rischioso».

I neonatologi: puntare a massima sicurezza

Per il presidente della Società Italiana di Neonatologia, **Costantino Romagnoli**, «le complicanze del parto e del post-partum non sono prevedibili in modo assoluto: ne è la prova la mole di contenziosi medico-legali che i colleghi ostetrici si trovano a dover fronteggiare. Di qui la perplessità della SIN verso questa decisione che potrebbe portare alla possibilità di ripercussioni sulla mortalità neonatale e a un ulteriore incremento di contenziosi medico-legali. Penso che l'obiettivo da perseguire sia quello della garanzia della massima sicurezza dell'evento parto sia per la madre che per il neonato - continua Romagnoli -, incrementando la collaborazione tra tutti gli operatori del settore, coinvolgendo maggiormente le famiglie nella gestione del post-partum e dell'allattamento, incrementando la dimissione precoce in sicurezza con accurati controlli di follow-up post dimissione. Forse questo costa di più degli 800 euro stabiliti dal decreto, ma è certamente più utile per i nostri neonati che sono il nostro futuro».

http://www.corriere.it/salute/14_maggio_16/parto-casa-polemiche-bonus-800-euro-regione-lazio-99110cfe-dcfb-11e3-a199-c0de7a3de7c1.shtml

Zucchero: il killer silenzioso che causa malattie cardiache, e molto di più

Secondo un nuovo studio, tra i tanti danni causati dallo zucchero, c'è anche il rischio di malattie cardiache e cardiovascolari. Vediamo perché è bene limitare l'assunzione di questo dolce nemico della salute e i quasi 80 motivi per farlo



Zucchero killer. In molti ormai sono convinti che un'assunzione eccessiva possa intaccare in modo grave la salute. Eccesso di zuccheri è, per esempio, causa di eccitabilità e iperattività. Eccesso di zuccheri è legato al rischio di obesità – e dunque di diabete. ...Eccesso di zuccheri è molto molto dannoso in tanti modi. Se volete farvene un'idea maggiore potete leggere **la lista dei ben 77 danni che lo zucchero può causare alla salute**, e non solo, redatta dalla dott.ssa [Nancy Appleton](#), autrice del libro *Lick the Sugar Habit* e che trovate in calce all'articolo.

Ma, per il momento, torniamo allo studio in questione. Qui, i ricercatori del Research Fellow in collaborazione con l'Otago Department of Human Nutrition hanno condotto uno studio revisionale e una meta-analisi di **tutti gli studi internazionali che hanno confrontato gli effetti di un maggiore o minore consumo di zuccheri** aggiunti sulla pressione arteriosa e i lipidi (grassi e colesterolo) nel sangue, che sono entrambi importanti fattori di rischio cardiovascolare.

La dott.ssa Lisa Te Morenga, con il professor Jim Mann e colleghi, hanno scoperto che lo zucchero ha un effetto diretto sui fattori di rischio per le malattie cardiache, con un probabile che impatto sulla pressione sanguigna, indipendente dall'aumento di peso.

La nuova ricerca ha preso in esame gli studi pubblicati tra il 1965 e il 2013. Di questi, 37 erano incentrati sulla segnalazione degli effetti dello zucchero sui lipidi e 12 sugli effetti sulla pressione sanguigna. I risultati delle singole prove sono state poi **sommate per determinare gli effetti complessivi di tutti gli studi**.

Le precedenti ricerche, commenta la dott.ssa Te Morenga, hanno suggerito che non vi sembra essere un qualsiasi particolare effetto metabolico degli zuccheri – che rende le persone più inclini ad aumentare di peso con diete ad alto contenuto di zucchero, rispetto a diete a basso contenuto di zucchero – quando la quantità totale di carboidrati e di energia rimane la stessa. Nonostante ciò, l'impatto sulla salute cardiovascolare rimane.

Lo studio è stato pubblicato sulla versione online dell'*American Journal of Clinical Nutrition*.

Ecco dunque come un nuovo studio sostiene l'idea che lo zucchero, specie se raffinato, e quello aggiunto possano avere **un impatto significativo sulla salute**. Ma, per concludere, ecco il lungo elenco stilato dalla dottoressa Appleton sui possibili danni dello zucchero.

<http://www.lastampa.it/2014/05/19/scienza/benessere/salute/zucchero-il-killer-silenzioso-che-causa-malattie-cardiache-e-molto-di-pi-Jezdn9AZak0Zsat3Dv9QKP/pagina.html>



SALUTE

Salute: Iss, 23% ricoveri da trauma per incidenti in casa, cadute record

Più colpiti i bambini 'under 5' e gli anziani 'over 65'

Consiglia

Condividi

Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.



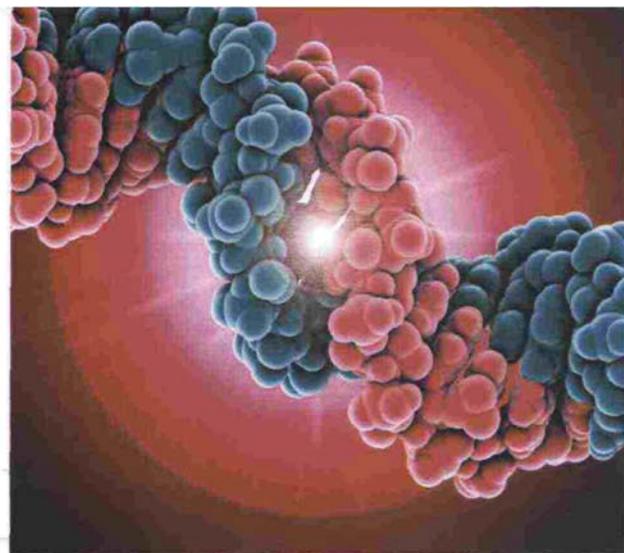
Roma Roma, 16 mag. (Adnkronos Salute) - Il 23% di tutti i ricoveri per trauma è dovuto ad un infortunio domestico. Più colpiti i bambini 'under 5' e gli anziani 'over 65'. La dinamica più frequente è la caduta da una altezza non specificata (29,7%) inclusi gli inciampi, i salti e le spinte, seguita dalla caduta a livello (non dall'alto) (11,9%), compresi gli scivolamenti. Seguono gli urti (15,5%) e gli incidenti con ferita da oggetto penetrante o tagliente (11,8%). Lesioni superficiali (contusione o livido) raggiungono il 25,3% dei casi, cui seguono le ferite aperte (24,7%). E' la fotografia scattata dall'Istituto superiore di sanità (Iss). "Non accenna a diminuire il tasso di mortalità degli infortuni domestici e del tempo libero in Ue rispetto alle altre grandi categorie d'incidente, ad esempio quelli stradali", sottolineano gli esperti. Gli spazi della casa dove avviene il maggior numero di infortuni sono: il soggiorno e la camera da letto (18,6%), il garage (17,9%) e la cucina (17,2%). Il report sulla sorveglianza ospedaliera dei pronto soccorso di 11 regioni italiane (Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Sardegna) sugli incidenti e la violenza in Italia sarà presentato durante il convegno: 'Sistema di sorveglianza ospedaliera degli incidenti in Italia e in Europa' a Genova il 16 e 17 maggio. Il Siniaca dell'Iss ha stimato in circa 7.378.000 l'anno gli accessi in pronto soccorso in Italia causati da incidenti e violenza. Di questi, oltre 1.825.000 sono accaduti in casa. La Liguria, unico caso, ha fatto registrato un calo del numero degli accessi per incidente domestico in età pediatrica, che è passato da un massimo di 3.298 nel 2010 a 2653 nel 2013, con un calo del 19% in tre anni. "Grazie all'ampia copertura e al livello di dettaglio delle informazioni raccolte - afferma Alessio Pitidis, responsabile del sistema di sorveglianza Siniaca-Idb - siamo ora in grado di fornire le informazioni indispensabili per il contenimento e prevenzione degli incidenti". Dai dati del sistema è possibile stimare in circa 135 mila il numero di ricoveri ospedalieri per infortunio domestico, cifra congrua con il 23% degli incidenti domestici su tutti i ricoveri per traumatismi osservata nel sistema delle schede di dimissione ospedaliera. Il report evidenzia come il tasso medio di accesso in pronto soccorso per l'infortunio domestico è di 3.075 pazienti l'anno ogni 100 mila abitanti con alcuni gruppi maggiormente a rischio: i bambini sotto ai 5 anni (più i maschi che le femmine); gli anziani a partire dai 65 anni (più le donne che gli uomini), con tassi progressivamente maggiori al crescere dell'età; le donne in età lavorativa (18-64 anni) impegnate in attività di lavoro domestico; gli adulti (più uomini che donne) tra i 15 e i 49

anni. Sul totale dei casi d'infortunio domestico analizzati (37.450) i luoghi con le maggiori frequenze d'infortunio della casa sono rappresentati dal soggiorno/camera da letto (18,6%), seguiti da varie pertinenze come garage, parcheggio (17,9%) e dalla cucina (17,2%). All'aumentare dell'età (15-69), i luoghi in cui più spesso si osservano infortuni sono alcune specifiche pertinenze della casa (strada privata, parcheggio, garage, posto auto coperto, sentiero, area pedonale). La dinamica più frequente (e anche quella mediamente più grave in termini di conseguenze invalidanti, soprattutto per la popolazione anziana) è la caduta. Sommando tra loro tutte le dinamiche di caduta si ottiene una proporzione prossima alla metà dei casi d'infortunio domestico (47,9%). Seguono gli urti (15,5%) e gli incidenti con ferita da oggetto penetrante o tagliente (11,8%). Sono le attività di pulizia domestica e preparazione del cibo che comportano assai spesso un incidente in casa (23,2%), a seguire il fai da te (16,5%). Attività quali nutrirsi, riposare e lavarsi venivano svolte complessivamente nel 14,2% degli infortuni. In 10 centri di pronto soccorso è stato possibile registrare gli oggetti e le sostanze coinvolte nell'incidente. Nei casi d'incidente domestico osservati (17.320) gli oggetti o le strutture della casa che più frequentemente coinvolti nell'evento accidentale sono rappresentati dalle scale o i gradini (16,3%) e dai letti (8,9%), a seguire ferite da taglio o punta con il coltello da cucina (4,2%), e incidenti con le porte per schiacciamento o urto (3,9%).



FUMO: ESPOSIZIONE TABACCO IN GREMBO RIDUCE FRENI INIBITORI

(AGI) - Washington, 17 mag. - Le persone esposte in fase prenatale al fumo di tabacco esibiscono una risposta piu' debole in alcune regioni del cervello durante l'elaborazione di compiti che includono il controllo delle inibizioni (la capacita' di frenare risposte inappropriate). Lo ha scoperto un nuovo studio pubblicato su 'Jama Psychiatry'. Il fumo durante la gravidanza e' stato associato recentemente ad un aumento del rischio di psicopatologie nei bambini, come il deficit di attenzione. I bimbi con questa patologia possono presentare, tra i sintomi, scarso controllo inibitorio. Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno sottoposto a risonanze magnetiche un gruppo di giovani adulti fino ai 25 anni d'eta' seguiti sin dalla nascita per valutare gli effetti dell'esposizione prenatale al tabacco sull'attivita' neurale coinvolta in disturbi come il deficit di attenzione. Lo studio ha coinvolto in tutto 178 madri e 175 figli, sui quali i sintomi di disturbo da deficit di attenzione e iperattivita' sono stati misurati durante l'infanzia. Le risposte inibitorie nel cervello sono risultate decisamente piu' deboli tra gli individui esposti nel grembo alle sigarette.



IL DNA SI CORREGGE

L'editing del genoma rivoluzionerà la cura delle patologie. Grazie al MIT di Deborah Ameri

Prendete un'enciclopedia con tre miliardi di caratteri alfabetici e immaginate di poter istantaneamente individuare e correggere l'unica lettera fuori posto. Quella che causa l'unico errore. Un gruppo di scienziati del Massachusetts Institute of Technology ci è riuscito. Solo che non stava lavorando su un'enciclopedia, ma sul Dna di un topo da laboratorio. E per la prima volta, grazie a una tecnica rivoluzionaria, una malattia ereditaria è stata curata in un animale semplicemente "editando" il suo Dna e correggendo quella singola "lettera" dell'alfabeto genetico, con il risultato di eliminare la mutazione che aveva creato la malattia al fegato, una patologia di fatto molto simile a quella che colpisce anche gli umani.

«È una prova importante del fatto che la tecnica può essere applicata su un essere vivente. Siamo elettrizzati perché abbiamo curato un disordine genetico correggendo il Dna», dichiara entusiasta il professor Daniel Anderson che ha guidato l'esperimento. La tecnica viene chiamata Crispr (si pronuncia *crisper*) e secondo la comunità scientifica rappresenta una rivoluzione in campo terapeutico. Perché è semplice, efficace e rapida. Può correggere i difetti genetici e così curare istantaneamente una patologia come quella del topolino. Certo, la sperimentazione sull'uomo arriverà solo tra qualche anno e il grande problema che si presenterà per gli scienziati sarà questo: come raggiungere il gene sbagliato? Con i topi sono state usate iniezioni intravenose ad alta pressione, ma nell'uomo potrebbero essere troppo pericolose. Per questo si sta lavorando alle alternative. Il professor Feng Zhang, del Mit, vorrebbe veicolare la correzione tramite virus adeno-associati, che sono innocui. Ma la strada è ancora tutta da percorrere.