



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Le nomine

Sanità, nella corsa per il commissario spunta Russo

Giudice, ha già lavorato in Sicilia
In calo le quotazioni di Zuccatelli
Da sciogliere anche il nodo dei vice

Per la poltrona di commissario della sanità campana spunta Massimo Russo. Giudice di sorveglianza al tribunale di Napoli ed ex assessore alla sanità della Regione Sicilia, Russo sarebbe nella lista dei papabili per il delicato incarico che dovrà essere assegnato nei prossimi giorni.

La scelta spetterà al governo d'intesa con Palazzo Santa Lucia e sarà necessaria perché, dopo la modifica della legge, il commissario non è più il presidente della giunta, com'era avvenuto con l'ex governatore Stefano Caldoro. Secondo l'ex europarlamentare Enzo Rivellini, oggi coordinatore regionale dei Popolari per l'Italia, «Russo, figura certamente prestigiosa, è un renziano e come tale sembra sia stato destinato a dirigere la complicata sanità della Campania». Voci. Indiscrezioni. Anche perché al momento la partita è tutta aperta. Per l'incarico di commissario resta in corsa il presidente facente funzioni dell'Agenas Giuseppe Zuccatelli, anche se le sue quotazio-

ni sono in discesa (per i dubbi del ministro Beatrice Lorenzin). Da definire, poi, le posizioni degli attuali subcommissari: sembra destinato a fare le valigie il subcommissario Mario Morlacco mentre potrebbe restare l'altro subcommissario, Ettore Cinque, che ha partecipato alla conferenza stampa sulla sanità del governatore Vincenzo De Luca (insieme con Enrico Coscioni, che è consigliere del presidente per la salute). È questione di ore, inoltre, per le nomine dei vertici di aziende sanitarie e ospedaliere, rimaste in sospenso sia per le lungaggini legate alle procedu-



re di nomina sia per la decisione dell'ex governatore Stefano Caldoro di rinviare le scelte a dopo il voto. Finora De Luca ha firmato un solo decreto, quello con cui ha nominato come commissario dell'Asl di Salerno l'avvocato Antonio Postiglione, dirigente della direzione Sanità della giunta regionale. Ma in quasi tutte le aziende sanitarie e ospedaliere, ormai da troppo tempo, c'è una gestione straordinaria. Emblematica, in questo senso, la situazione del Cardarelli, il più grande ospedale del Mezzogiorno: dopo l'addio di Rocco Granata, ad agosto del 2014, c'è stato l'interim del direttore sanitario Patrizia Caputo, successivamente nominata commissario. Stesso discorso per un altro polo strategico, l'Istituto Pascale, e per tutte le Asl.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli incarichi

De Luca dovrà indicare pure i vertici di aziende sanitarie e ospedaliere commissariate

Nuovo commissario per la Sanità In corsa Russo, Zuccatelli e Bissoni

A breve la nomina del Governo. Trattativa tra Pd e Ncd per la designazione

NAPOLI È corsa a tre per la nomina del nuovo commissario per la sanità in Campania. Una partita politica delicata e complicata che, ad oggi, vede Pd e Ncd impegnati in prima linea nella trattativa.

Sul tavolo del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, del Nuovo centrodestra, ci sarebbero i nomi di Beppe Zuccatelli, presidente Agenas, molto vicino al Pd, già subcommissario in Campania fino al febbraio 2011 quando, a seguito dei dissidi scoppiati con l'amministrazione Caldoro, fu indotto a lasciare l'incarico, ma oggi sostenuto dal governatore Vincenzo De Luca; di Massimo Russo, giudice di sorveglianza a Napoli, ex assessore regionale alla Sanità in Sicilia con la giunta di Raffaele Lombardo, quando si rese protagonista di un severo piano di tagli ospedalieri (poi si parlò di lui come possibile candidato governatore a capo di un raggruppamento di liste civiche, iniziativa che lo pose inevitabilmente in con-

trasto con l'attuale presidente della Regione Siciliana, Rosario Crocetta). E infine di Giovanni Bissoni, architetto, già sindaco di Cesenatico e soprattutto per molti anni (dal 1995 al 2010) assessore alla sanità delle giunte di sinistra dell'Emilia Romagna, attualmente impegnato come subcommissario nel Lazio.

È probabile, come è già accaduto in Calabria, dove è stata sperimentata per la prima volta la disposizione normativa che non assegna più al presidente di Regione le responsabilità commissariali per il piano di rientro dal debito della sanità, che assieme al commissario venga nominato anche un subcommissario, con delega specifica alla contabilità. Secondo

alcune fonti ministeriali, la nomina per la Campania potrebbe avvenire in una delle prossime riunioni del consiglio dei ministri. Ma in molti convergono sulla necessità che, comunque, entro settembre venga definito il quadro degli accordi. L'eventuale nomina del giudice Russo, secondo quanto si apprende, non sarebbe per niente sgradita ad una parte dei democrat, ma soprattutto troverebbe il sostegno aperto del Nuovo centrodestra di Angelino Alfano e del ministro Lorenzin. Mentre per Zuccatelli si tratterebbe di un ritorno in Campania dopo aver provato ad attuare il piano di tagli agli ospedali e non esserci riuscito a causa dell'opposizione di Caldoro. Tra i due contendenti,

apparirebbe più debole la posizione di Bissoni, legato anche lui ai democrat, ma all'ala bersaniana. L'ex europarlamentare e attuale segretario regionale dei Popolari per l'Italia, Crescenzo Rivellini, in una nota anticipa che sarà quasi sicuramente «Massimo Russo, attuale giudice di sorveglianza al tribunale di Napoli ed ex assessore alla sanità in Sicilia, il commissario in Campania». Si tratta, continua, «di una figura certamente prestigiosa, di un renziano», mentre «la candidatura di Zuccatelli sembra essere tramontata». Per Rivellini, inoltre, «De Luca spinge affinché rimanga come vice l'attuale sub commissario, Cinque».

Angelo Agrippa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ministro
A Roma
i profili
dei
candidati

Decisione
Entro
settembre
la scelta
dei nomi

Martedì 01 SETTEMBRE 2015

Ricoveri ospedalieri. Prosegue la discesa. Nel 2014 -3,2%. Rispetto al 2001 quasi il 30% in meno. Il Rapporto SDO del Ministero

Scendono anche dell'1,8% le giornate erogate. Giù il tasso di ospedalizzazione. I tempi di degenza rimangono più o meno stabili. Ridotti i ricoveri inappropriati del 6,3% e gli errori nella compilazione dei moduli. Dopo il parto il maggior numero di ricoveri in acuti è per infarto, ictus, edema polmonare e insufficienza respiratoria. In regime diurno la principale causa è la chemioterapia. Una giornata di degenza "costa" 456 euro. [IL RAPPORTO](#)

Prosegue il calo dei ricoveri in ospedale. Se [nel 2013 erano scesi del 4%](#) rispetto al 2012, il trend continua anche nel 2014: ne sono stati effettuati 9.526.832, per un totale di 63.129.031 giornate, con una riduzione rispetto al 2013 di circa 315 mila ricoveri (-3,2%) e 1.184.000 giornate (-1,8%). E' quanto illustrato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2014), a cura dell'Ufficio VI della D.G. programmazione sanitaria del Ministero della salute. Il report analizza anche l'andamento nell'ultimo decennio. Dal 2001 al 2006 (vedi tabella in fondo) l'andamento sostanzialmente costante, intorno a 13 milioni di dimissioni e poco più di 11 milioni di giornate, mentre a partire dall'anno 2007 si osserva una chiara e costante diminuzione, ottenuta grazie alle politiche di riduzione dell'inappropriatezza dell'ospedalizzazione, e di trasferimento ad altri setting assistenziali. Nel 2014 i valori si attestano su circa 9,5 milioni di dimissioni (il 27% in meno rispetto ai 13 mln del 2001) e poco più di 63 milioni di giornate erogate.

Il report in sintesi:

La **degenza** media per Acuti si mantiene pressoché costante da diversi anni intorno al valore di 6,8 giorni, mentre per le degenze medie per Riabilitazione e per Lungodegenza si osserva un decremento a partire dal 2009; per l'anno 2014 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è pari a 26,3 giorni, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (25,7 giorni), mentre la degenza media per l'attività di lungodegenza è pari a 27,7 giorni, sostanzialmente invariata rispetto al valore dell'anno precedente (27,6 giorni).

Rispetto al 2013 il numero complessivo di **ricoveri** ordinari per Acuti si riduce da 6.634.977 a 6.486.438 (-2,2%), con una corrispondente diminuzione delle giornate di ricovero da 44.802.526 a 44.089.980 (-1,6%); il numero di ricoveri in regime diurno effettuati si riduce da 2.345.258 a 2.194.241 (-6,4%), per una corrispondente diminuzione di giornate da 6.497.781 a 6.033.527 (-7,1%).

Si conferma il miglioramento dell'**appropriatezza** nell'erogazione dell'assistenza ospedaliera: 43 dei 108 DRG a rischio inappropriatezza presentano un aumento della quota di Regime diurno rispetto all'anno precedente. È interessante notare che, dei restanti 65 DRG, ulteriori 58 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2013, sono caratterizzati da una consistente riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione è pari a -6,3%, con punte che arrivano al -36%. Inoltre, il numero totale di ricoveri si riduce in 103 su 108 DRG a rischio inappropriatezza. Complessivamente, quindi, si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

Rispetto al 2013, il **tasso di ospedalizzazione** (standardizzato per età) per Acuti per l'anno 2014 in Italia si riduce da 104 a 99,6 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e da 39 a 35,1 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti.

La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal **parto** (drg 373 – Parto vaginale senza diagnosi complicanti, con 296.186 dimissioni, e drg 371 – Parto cesareo senza CC, con 162.972 dimissioni).

Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a **patologie cardiovascolari** (drg 127 – Insufficienza cardiaca e shock, 190.101 dimissioni) e **respiratorie** (drg 087 – Edema polmonare e insufficienza respiratoria, 135.929 dimissioni, e ad **interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori** (drg 544, 151.849 dimissioni).

Per quanto concerne l'**attività in regime diurno**, la principale causa di ricovero è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.529.370 giornate (-2,3% rispetto all'anno 2013).

La **qualità della compilazione** è ulteriormente migliorata rispetto all'anno precedente: il numero complessivo di errori si riduce da 4.665.579 nel 2013 a 3.570.626 nel 2014, con una diminuzione del 9,9%.

Il numero complessivo di schede con almeno un errore di compilazione si riduce notevolmente, passando da 3.334.928 nel 2013 (pari al 33,9% delle schede pervenute) a 2.663.812 nel 2014 (pari al 28% delle schede pervenute), con una differenza di 5,9 punti percentuali.

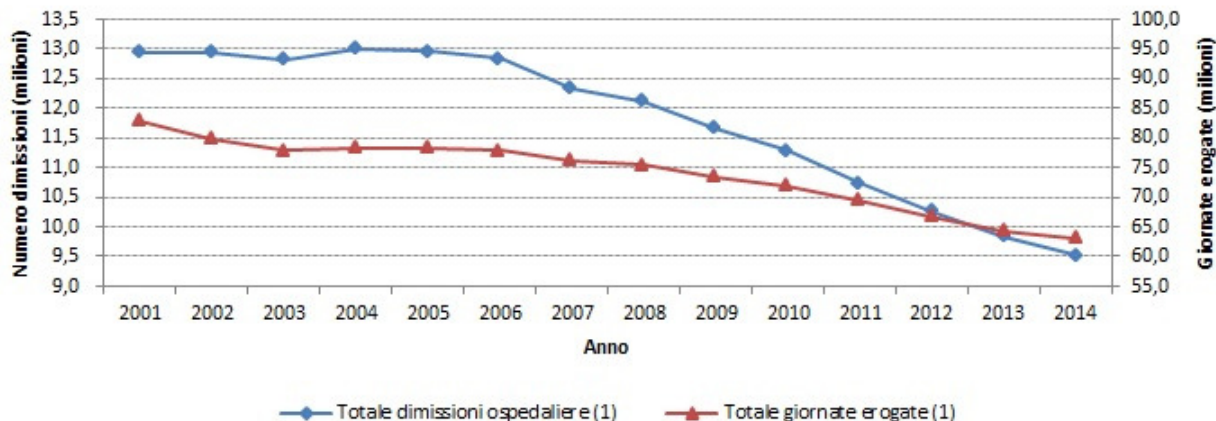
Una giornata di degenza "costa" 456 euro. Secondo il report la remunerazione complessiva dei Drg si attesta a circa 26,3 miliardi di euro per l'attività per Acuti (di cui 23,5 miliardi in regime ordinario e 2,8 miliardi in regime diurno), poco più di 2 miliardi di euro per l'attività di riabilitazione (di cui circa 96 milioni per il regime diurno) e circa 452 milioni per l'attività di lungodegenza, per un totale di circa 28,8 miliardi di euro complessivi, in leggera diminuzione rispetto al valore di 29,1 miliardi di euro dell'anno precedente (-1%).

Confrontando le cifre pagate per i ricoveri in istituti pubblici e privati accreditati, con il numero di dimissioni (9.526.832) e le giornate (63.129.031) trascorse in corsia, emerge come in media la remunerazione (la cifra pagata per il servizio) per un ricovero sia stata in media di 3023 euro e per giornata di degenza sia stata di 456 euro.

Anche la distribuzione degli errori migliora, infatti il numero di schede senza errori aumenta da 6.509.064 a 6.864.695 unità, il numero di schede con un singolo errore si riduce da 2.220.718 a 1.934.455, il numero di schede con due errori si riduce da 936.673 a 585.191, il numero di schede con tre errori si riduce da 142.553 a 115.313; il numero mediano di errori si conferma pari a zero, stando a significare che più della metà delle schede pervenute sono prive di errori (per la precisione, il 72%, mentre nel 2013 le schede prive di errori ammontavano al 66,1% del totale).

Infine, per avere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda SDO contiene 45 variabili, per un totale di 9.528.507 schede pervenute corrisponde a 428.782.815 informazioni distinte raccolte. Il numero di errori riscontrato, pari a 3.570.626 corrisponde quindi a una percentuale di errori dello 0,8%, mentre nel 2013 era pari al 1,1%. Il livello qualitativo della banca dati SDO, pertanto, è estremamente elevato.

Trend Dimissioni e Giornate erogate



Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

LA DESIGNAZIONE

Commissario per la Sanità, corsa a tre: Russo, Zuccatelli e Bissoni

A breve la nomina del Governo

Angelo Agrippa

È corsa a tre per la nomina del nuovo commissario per la sanità in Campania. Una partita politica delicata e complicata che, ad oggi, vede Pd e Ncd impegnati in prima linea nella trattativa. Sul tavolo del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, del Nuovo centrodestra, ci sarebbero i nomi di Beppe Zuccatelli, presidente Agenas, molto vicino al Pd, già subcommissario in Campania fino al febbraio 2011 quando, a seguito dei dissidi scoppiati con l'amministrazione Caldoro, fu indotto a lasciare l'incarico, ma oggi sostenuto dal governatore Vincenzo De Luca; di Massimo Russo, giudice di sorveglianza a Napoli, ex assessore regionale alla Sanità in Sicilia con la giunta di Raffaele Lombardo, quando si rese protagonista di un severo piano di tagli ospedalieri (poi si parlò di lui come possibile candidato governatore a capo di un raggruppamento di liste civiche, iniziativa che lo pose inevitabilmente in contrasto con l'attuale presidente della Regione Siciliana, Rosario Crocetta). E infine di Giovanni Bissoni, architetto, già sindaco di Cesenatico e soprattutto per molti anni (dal 1995 al 2010) assessore alla sanità delle giunte di sinistra dell'Emilia Romagna, attualmente impegnato come subcommissario nel Lazio.

È probabile, come è già accaduto in Calabria, dove è stata sperimentata per la prima volta la disposizione normativa che non assegna più al presidente di Regione le responsabilità commissariali per il piano di rientro dal debito della sanità, che assieme al commissario venga nominato anche un subcommissario, con delega specifica alla contabilità. Secondo alcune fonti ministeriali, la nomina per la Campania potrebbe avvenire in una delle prossime riunioni del consiglio dei ministri. Ma in molti convergono sulla necessità che, comunque, entro settembre venga definito il quadro degli accordi. L'eventuale nomina del giudice Russo, secondo

quanto si apprende, non sarebbe per niente sgradita ad una parte dei democrat, ma soprattutto troverebbe il sostegno aperto del Nuovo centrodestra di Angelino Alfano e del ministro Lorenzin. Mentre per Zuccatelli si tratterebbe di un ritorno in Campania dopo aver provato ad attuare il piano di tagli agli ospedali e non esserci riuscito a causa dell'opposizione di Caldoro. Tra i due contendenti, apparirebbe più debole la posizione di Bissoni, legato anche lui ai democrat, ma all'ala bersaniana. L'ex europarlamentare e attuale segretario regionale dei Popolari per l'Italia, Crescenzo Rivellini, in una nota anticipa che sarà quasi sicuramente «Massimo Russo, attuale giudice di sorveglianza al tribunale di Napoli ed ex assessore alla sanità in Sicilia, il commissario in Campania». Si tratta, continua, «di una figura certamente prestigiosa, di un renziano», mentre «la candidatura di Zuccatelli sembra essere tramontata». Per Rivellini, inoltre, «De Luca spinge affinché rimanga come vice l'attuale sub commissario, Cinque».

Angelo Agrippa
1 settembre 2015 | 12:22
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Operatori sanitari in sciopero

Rischio paralisi anche a S. Felice e Marcianise. I sindacati chiedono all'Asl l'aumento del monte ore

Giuseppe Miretto

MADDALONI. Trattativa a muso duro. Gli ospedali di Maddaloni, Marcianise e San Felice a Cancellò guidano la rivolta. Prima minacciata, poi annunciata e oggi attuata: avviata, per 24 ore (dalle otto di stamane fino alla stessa ora di domani) la paralisi totale dei servizi ospedalieri casertani. Cancellati totalmente i turni mattini, pomeridiani e notturni per le attività essenziali di assistenza ai degenti. E poi ancora il trasporto delle barelle, l'assistenza ai degenti non autosufficienti, in aggiunta la cura alberghiera dei reparti, servizi giroletti, igiene e assistenza per i pazienti allettati o con mobilità limitata, nonché le attività indispensabili di ausilio agli infermieri. Insomma, si può parlare di autentico «black out assistenziale» destinato a mettere in ginocchio gli ospedali di Maddaloni, Marcianise e San Felice a Cancellò: i tre nosocomi portano la bandiera del dissenso sia contro l'«inspiegabile esclusione dai benefici pianificati dall'Asl (incremento del 20 per cento del monte orario destinati agli operatori socio-assistenziali detti Oss) e sia contro la omessa riorganizzazione dei servizi assistenziali. È l'effetto del naufragio delle trattative, tentate in extremis dalle segreterie Cisl-Fp, Cgil-Fp, Uil-Fpl, Fials, Fsi la scorsa settimana. È stato un dialogo tra sordi. Il fronte sindacale ha formulato due richieste non negoziabili: «Primo: portare gli Oss di Maddaloni (fermi a 83

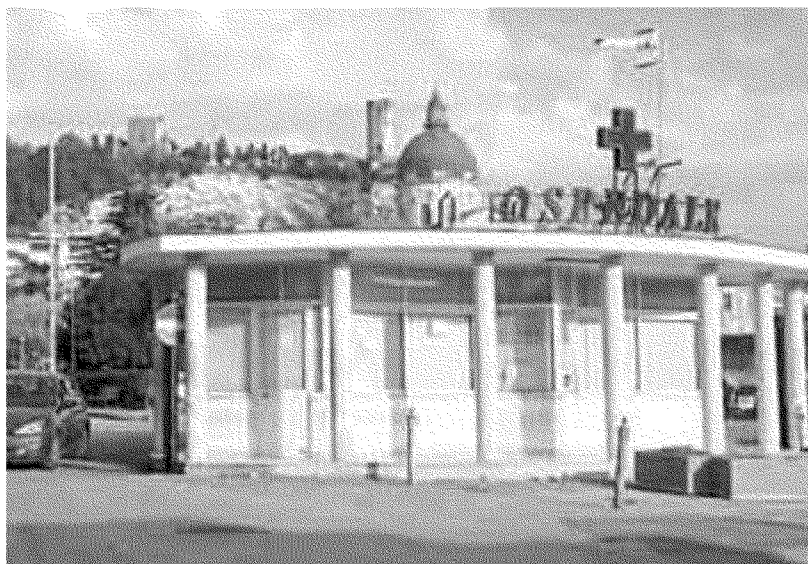
ore) e di Marcianise (appena 75) a cento ore condizione necessaria, sebbene non sufficiente per sostenere la produttività dei due nosocomi». Ancora più severa la seconda richiesta: «Rimodulare i servizi di assistenza, erogati in tutti i nosocomi provinciali, in funzione delle reali necessità produttive». La mancanza di interlocuzione ne ha irrigidito le posizioni. Stamattina, i massimi vertici dell'Asl incontreranno i sindacati per ammorbidire uno scontro che non promette nulla di buono. Dal tracollo dei servizi ausiliari non saranno risparmiati nemmeno i presidi di Sessa Aurunca, Aversa, Santa Maria Capua Vetere.

E se non aderiranno alla mobilitazione comunque saranno intaccati dalla messa in discussione dei criteri di distribuzione del personale ausilia-

rio in eccesso. Oltre ai problemi organizzativi c'è di più: più ore lavorate rappresentano un riconoscimento e una prima «stabilizzazione professionale» dei precari di lungo corso impiegati in tutte le mansioni. «Per chi segue da anni - spiega Franco D'Angelo (Cisal) - il calvario dei precari è corretto parlare di dignità professionale riconosciuta: stiamo parlando di pochi spiccioli in più (per superare o agganciare quota 900 euro mensili) spettanze spesso erogate pure in ritardo, a fronte di un servizio erogato che è insostituibile». Oltre al duro confronto con l'Asl, sussiste una oggettiva mancanza di confronto o tentativo di conciliazione tra la galassia sindacale e l'Ati Aido-Pellicano-Cons. Filippando che gestisce gli ausiliari esternalizzati. E per questo, è stata scelta la strada

del pressing sul committente dei servizi, che è chiamato anche a svolgere la funzione di garante e controllore dei rapporti contrattuali. Lo sciopero produrrà disagi enormi, soprattutto agli infermieri: non c'è proporzione tra il disservizio procurato e le cifre da fame ancorate a 600 euro mensili. E gli ausiliari di lungo corso e comprovata esperienza professionale lottano per un incremento orario del 20 per cento per approdare alle sospirate 900 euro mensili. La mobilitazione è seguita con simpatia a attenzione anche dai medici e dagli infermieri sui quali si scaricano tutti i disservizi conseguenti ad una mancanza adeguata di copertura dei servizi ausiliari. In discussione, c'è la difesa dei livelli essenziali di assistenza (Lea).

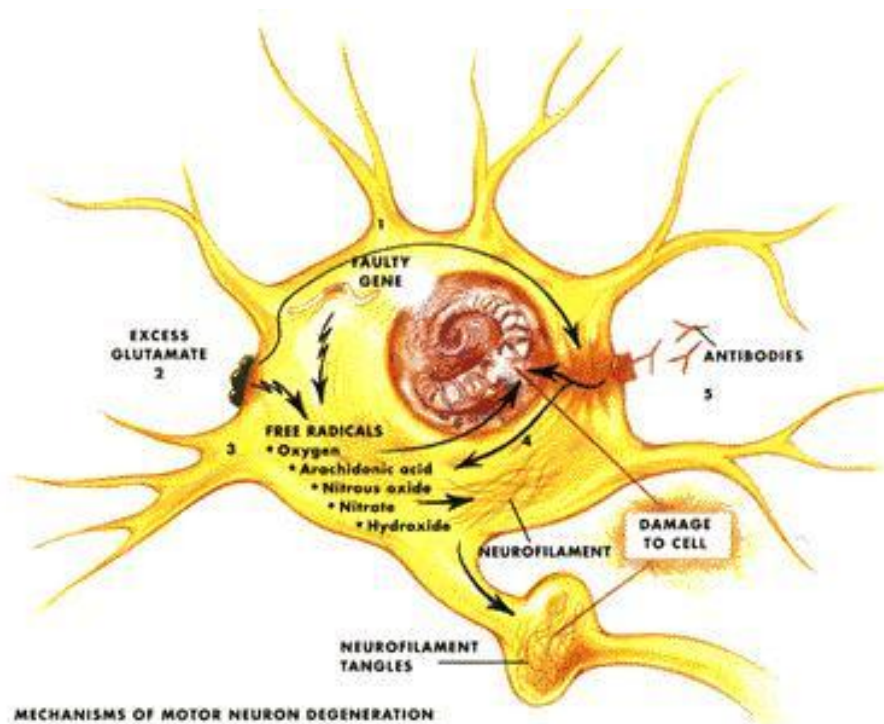
© RIPRODUZIONE RISERVATA





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

PROTOTIPO GIAPPONESE

Un cerotto che si scioglie nell'acqua per l'antinfluenzale del futuro

Vaccini più facili, sicuri e senza dolore con cerotti speciali a base di microaghi di acido ialuronico che si dissolvono dopo l'immunizzazione

Elena Meli

Il sogno di tanti paurosi, che si bloccano appena vedono una siringa: fare i vaccini senza pungersi con aghi, almeno non con quelli di dimensioni standard che fanno male solo a guardarli. La speranza ora sembra più vicina a diventare realtà grazie agli studi di ricercatori giapponesi pubblicati di recente sulla rivista Biomaterials: scienziati dell'università di Osaka hanno infatti messo a punto un cerotto che si scioglie nell'acqua e "trasporta"

microaghi di acido ialuronico in grado di inoculare efficacemente e in tutta sicurezza il vaccino antinfluenzale.

MICROAGHI CHE SI SCIOLGONO NELL'ACQUA L'obiettivo, prima ancora che venire incontro alle fobie di chi non tollera le siringhe, è avere vaccini semplici da usare, economici e privi dei rischi connessi all'uso di aghi: il pericolo di infezioni ed eventi avversi locali non è pari a zero e nei Paesi in via di sviluppo, dove le vaccinazioni di massa sono a dir poco necessarie, è ancora assai concreto. Togliere la necessità dell'iniezione da parte di personale sanitario è un traguardo più che appetibile, perché oltre a ridurre la probabilità di complicanze rende il tutto anche più economico, facile e sicuro: per questo Shinsaku Nakagawa sta studiando da anni il vaccino in cerotto, oggi finalmente diventato un prototipo che si chiama MicroHyal e, nelle sperimentazioni già avviate, sembra assai promettente. «I microaghi del cerotto che si scioglie nell'acqua sono fatti di una sostanza naturale presente nell'organismo, l'acido ialuronico – spiega Nakagawa –. I microaghi si “ancorano” allo strato più superficiale della pelle e si dissolvono nell'organismo, portando con sé il vaccino».

IL CONFRONTO CON I VACCINI TRADIZIONALI Il ricercatore ha sperimentato MicroHyal su un gruppo di volontari per metterlo a confronto con antinfluenzali tradizionali veicolati tramite siringa; sia il cerotto che i vaccini standard erano contro tre ceppi influenzali ovvero A/H1N1, A/H3N2 e B. Il cerotto non ha comportato eventi avversi, mostrandosi sicuro per l'uomo; inoltre, è anche efficace visto che la reazione immunitaria all'influenza è risultata ugualmente forte a quella dei vaccinati per la via classica. «Aver verificato che il cerotto è privo di rischi e che funziona quanto i vaccini tradizionali, in alcuni casi perfino meglio, è un grosso passo avanti – dice Nakagawa –. In passato era stato valutato l'impiego di microaghi in silicone o metallo, ma non erano sicuri perché ad esempio potevano rompersi rilasciando frammenti nella cute, un pericolo del tutto superato con il cerotto che si riassorbe. Inoltre, l'applicazione di MicroHyal non è dolorosa e può essere fatta da chiunque, anche da personale senza una preparazione medica: per questo pensiamo che possa essere un sistema di vaccinazione vantaggioso ovunque, ma in particolar modo nei Paesi in via di sviluppo dove le risorse sanitarie sono limitate e il bisogno di vaccinazioni, non solo antinfluenzali, è enorme».

Elena Meli

24 agosto 2015 | 09:43

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

CARDIOLOGIA

Freddo killer per il cuore: rischio infarto a basse temperature

Ogni volta che la colonnina di mercurio scende di dieci gradi la probabilità di un attacco cardiaco grave aumenta del 7 per cento

Adriana Bazzi (nostra inviata a Londra)

Il freddo fa male al cuore. E questo, tutto sommato, si sapeva. Ma a Londra, dove è in corso il congresso annuale dell'European Society of Cardiology (Esc), sono arrivati i dati, molto dettagliati, di una ricerca canadese condotta dalla dottoressa Shuangbo Liu dell'University of Manitoba a Winnipeg, in Canada che certificano: ogni volta che la colonnina di mercurio scende di dieci gradi la probabilità di un attacco cardiaco grave aumenta del 7 per

cento. I canadesi di Winnipeg conoscono bene il freddo e la neve (la temperatura, in quella zona, ha toccato il record di meno 47 nel 1879) . Ma si confrontano anche con il caldo che ha raggiunto i suoi livelli massimi nel 1936 con 42 gradi centigradi.

CLIMI ESTREMI «Abbiamo studiato gli effetti della temperatura sul rischio di attacchi cardiaci a Winnipeg, una delle più grandi (700 mila abitanti, ndr) e, appunto, più fredde città al mondo – ha detto Liu – Abbiamo dimostrato (lo studio ha preso in considerazione quasi 2 mila pazienti con infarto grave) che esiste una evidente relazione fra la temperatura giornaliera e il rischio di Stemi (con la sigla Stemi si indica una particolare forma di infarto caratterizzata da specifiche anomalie all'elettrocardiogramma – per gli addetti ai lavori che ci leggono si tratta del sovraslivellamento del tratto ST - e che è piuttosto grave. Cioè: più diminuiscono le temperature, più si ha probabilità di andare incontro a un grave attacco cardiaco». La neve, invece, non sembra un fattore di rischio: quello che conta è sempre la temperatura.

METEOROLOGIA Se si facesse ricorso alle previsioni meteorologiche si potrebbe anche predire il rischio di attacco con due giorni di anticipo, puntualizza la dottoressa Liu. Sempre al congresso Esc un altro lavoro punta il dito sulle basse temperature: sarebbero associate anche a un aumento del rischio di ictus ischemico nei pazienti con fibrillazione atriale, secondo Tze-Fan Chao, cardiologo del Taipei Veterans General Hospital e della National Yang-Ming University di Taiwan. **ICTUS** - La ricerca, condotta su ben 290.000 pazienti ha dimostrato che una diminuzione di 5 °C della temperatura media giornaliera può fare la differenza, forse perché determina una maggiore viscosità e coagulabilità del sangue. Il suggerimento è quello di aggiustare le terapie anticoagulanti e ridurre l'esposizione al freddo attraverso abbigliamento e riscaldamento adeguati.

Adriana Bazzi (nostra inviata a Londra)

1 settembre 2015 | 14:15

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stampa | Stampa senza immagine | Chiudi

STUDIO ITALIANO

Test già usato per le donne incinte predice la comparsa del diabete nei successivi 5 anni

Individua una nuova categoria di persone con pre-diabete con rischio aumentato del 400% di ammalarsi. Un esercito finora invisibile alle strategie di prevenzione

Redazione Salute online

Nuova opportunità per la prevenzione del diabete da un test già conosciuto eseguito di routine sulle future mamme: il test da carico orale di glucosio. Uno studio italiano condotto da Giorgio Sesti, presidente eletto della Società italiana di diabetologia (Sid), insieme ai ricercatori delle università *Magna Graecia* di Catanzaro e Roma *Tor Vergata*, e pubblicato sul *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism (Jcem)*, organo ufficiale della Società di

endocrinologia americana, ha dimostrato che il test è in grado di prevedere la comparsa del diabete anche in persone finora ritenute non a rischio, ma che invece hanno una probabilità quadruplicata di svilupparla.

UN ESERCITO FINORA INVISIBILE ALLE STRATEGIE DI PREVENZIONE Un importante strumento di prevenzione per i successivi 5 anni quindi e da un esame *low-cost*: per il diabete 2 tra l'altro assume grande importanza scoprire in tempo la malattia per poterla affrontare e trattare immediatamente, modificando lo stile di vita, correggendo i fattori di rischio e assumendo se necessario farmaci *ad hoc*. Il test individua in particolare una nuova categoria di persone con pre-diabete, i cosiddetti "NGT-con alta glicemia a un'ora", che presentano un rischio aumentato del 400% di ammalarsi di diabete entro 5 anni. Un esercito finora invisibile alle strategie di prevenzione.

UNA STRATEGIA VINCENTE «Questa condizione di elevata glicemia, un'ora dopo carico standard di glucosio, è associata a un peggiore profilo di rischio

cardiovascolare», dice Giorgio Sesti e continua: «L'aspetto nella pratica clinica più rilevante è che la misurazione della glicemia un'ora dopo carico orale di glucosio, in aggiunta alle 2 misurazioni che abitualmente si eseguono (glicemia a digiuno e quella a 2 ore), consente di identificare persone a rischio di diabete tipo 2 che sarebbero altrimenti ignorate nel tempo e private di indicazioni utili a modificare lo stile di vita e a prevenire lo sviluppo della malattia. Il tutto con un test ambulatoriale, comunemente eseguito e dai costi assai limitati».

Redazione Salute online

24 agosto 2015 | 13:42

© RIPRODUZIONE RISERVATA