

Time for Docs to Ditch the White Coat?

New infection control guidelines raise possibility that some attire may spread germs among patients

URL of this page: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_144152.html (*this news item will not be available after 04/21/2014)

By Robert Preidt

Tuesday, January 21, 2014

HealthDay



TUESDAY, Jan. 21, 2014 (HealthDay News) — Could a doctor's white coat or necktie help spread germs among patients?

The jury's still out on that question. But one of the world's leading infection control organizations is raising that possibility under just-released germ control recommendations.

"White coats, neckties, and wrist watches can become contaminated and may potentially serve as vehicles to carry germs from one patient to another," Dr. Mark Rupp, one of the authors of the recommendations issued Jan. 20 by the Society for Healthcare Epidemiology of America, said in a society news release.

"However, it is unknown whether white coats and neckties play any real role in transmission of infection," added Rupp, chief of the division of infectious diseases at the University of Nebraska Medical Center. "Until better data are available, hospitals and doctor's offices should first concentrate on well-known ways to prevent transmission of infection — like hand hygiene, environmental cleaning, and careful attention to insertion and care of invasive devices like vascular [blood vessel] catheters."

Additional infection prevention measures could include limiting the use of white coats and neckties, or at least making sure they are frequently laundered, the society said.

"As these measures are unproven, they should be regarded as voluntary and if carried out, should be accompanied by careful educational programs," Rupp said. "There is a need for education because the public, as well as health professionals, regard the white coat as a symbol of professionalism and competence. In the future, patients may see their health professionals wearing scrubs — without white coats, ties, rings, or watches."

Here is a full list of the recommendations that appear in the February online issue of the journal *Infection Control and Hospital Epidemiology*:

- Keep arms bare below the elbows, which is defined as wearing short sleeves and no wristwatch, jewelry, or ties.
- Health care workers should have two or more white coats available and have access to easy and cheap ways to launder white coats.
- Coat hooks should be available so health care workers can take off their white coats before contact with patients or their immediate surroundings.
- Any clothing that comes in contact with patients or their immediate surroundings should be laundered frequently. If laundered at home, a hot water wash cycle (ideally with bleach) followed by a cycle in the dryer or ironing has been shown to eliminate bacteria.
- All footwear should have closed toes, low heels, and non-skid soles.
- Shared equipment such as stethoscopes should be cleaned between use on different patients.
- Items such as lanyards, identification tags and sleeves, cell phones, pagers, and jewelry that come into direct contact with patients or their surroundings should be disinfected, replaced, or eliminated.

Each year in the United States, there are 1.7 million hospital-acquired infections and 99,000 associated deaths, according to the federal Centers for Disease Control and Prevention.

SOURCE: Society for Healthcare Epidemiology of America, news release, Jan. 20, 2013

HealthDay

Copyright (c) 2014 HealthDay [<http://www.healthday.com/>]. All rights reserved.

Related MedlinePlus Page

Infection Control [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/infectioncontrol.html>]

Page last updated on 22 January 2014



Daycare Surfaces May Hold Germs Longer Than Thought

Even well-cleaned cribs were contaminated with bacteria that can cause illness, study found

URL of this page: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_143866.html (*this news item will not be available after 04/03/2014)

By Mary Elizabeth Dallas
Friday, January 3, 2014

HealthDay

FRIDAY, Jan. 3, 2014 (HealthDay News) -- Germs that cause common illnesses, including ear infections and strep throat, can linger on surfaces such as cribs, children's toys and books for hours after contamination -- even after the objects are well cleaned -- according to a small new study.

Researchers suggested that additional steps may need to be taken to protect children and adults from *Streptococcus pneumoniae* and *Streptococcus pyogenes*, particularly in schools, daycare centers and hospitals.

"These findings should make us more cautious about bacteria in the environment since they change our ideas about how these particular bacteria are spread," study senior author Anders Hakansson, of the University at Buffalo, said in a university news release.

"This is the first paper to directly investigate that these bacteria can survive well on various surfaces, including hands, and potentially spread between individuals," said Hakansson, an assistant professor of microbiology and immunology in UB's School of Medicine and Biomedical Sciences.

Last year, University at Buffalo researchers found that some bacteria may remain on surfaces for extended periods of time because they form "biofilms" when infecting human tissues. These highly sophisticated biofilms are more resilient than other types of bacteria.

In their latest study, published Dec. 26 in *Infection and Immunity*, the researchers found that in the daycare center they examined, four of five stuffed toys were contaminated with *S. pneumoniae*, a leading cause of ear infections in children. The germ can also lead to dangerous respiratory tract infections in children and older people, according to the news release.

Meanwhile, several surfaces, including cribs that had been cleaned, were contaminated with *S. pyogenes*, a bacteria that commonly causes strep throat and skin infections in schoolchildren and can cause serious infection in adults.

The testing took place in the morning before the facility opened so hours had passed since anyone had been inside, the researchers noted.

Although previous studies have shown that bacteria on surfaces and objects die quickly, the investigators pointed out that those findings were based on cultures grown in labs.

In the latest study, month-old biofilms of *S. pneumoniae* and *S. pyogenes* from contaminated surfaces were quick to infect mice. The researchers also found that biofilms survived for hours on people's hands and lingered for hours on books and soft and hard toys and surfaces.

"In all of these cases, we found that these pathogens [germs] can survive for long periods outside a human host," Hakansson said. "Commonly handled objects that are contaminated with these biofilm bacteria could act as



**Il Fotovoltaico adesso costa m
ma metterlo a casa conviene?
ecco le 3 novità da sapere**

NEWS

FAMIGLIA

FIGLI

SALUTE

Sei qui: [Home](#) > [News](#) > [Attualità](#)

[Ricerca sul sito](#)

04.11.2013 - ore 15.55

Innovazione digitale in sanità: risparmio per il Ssn

Risparmio ed efficienza per la sanità: la soluzione può essere trovata nello sviluppo di un apparato digitale. Lo dimostrano studi economici e lo ha ribadito anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Un uso corretto delle ICT – Information Communication Technology – potrebbe portare risparmi per circa 6,8 miliardi di euro all'anno. Oggi la sanità del nostro paese spende per tecnologie dell'informazione e della comunicazione l'1,4 per cento del budget annuale, circa 920 milioni di euro.

Un dato molto basso, che colloca l'Italia al trentesimo posto della classifica mondiale. La rivoluzione digitale dovrebbe essere fatta dalle professioni sanitarie, per recuperare il divario e ottenere un ammodernamento tecnologico professionale. Uno studio fatto da Confindustria mostra come lo sviluppo tecnologico potrebbe far risparmiare 3 miliardi di euro grazie alla deospedalizzazione di pazienti cronici, grazie all'utilizzo di tecnologie a supporto dell'assistenza domiciliare. E ancora: l'utilizzo della cartella clinica elettronica taglierebbe spese per oltre un miliardo di euro.



Articoli simili

[Ici sulla prima casa, il ritorno costerebbe 136 euro a famiglia](#)

[Intramoenia: italiani sborsano 1,1 mld in un anno per visite private](#)

[Il vino rosso e caffè aiutano a rafforzare la memoria](#)

[Ticket sanitari: nel 2012 gli italiani sborseranno 140 euro a testa](#)

[Fotovoltaico: peserà ogni mese in bolletta come un caffè e un cornetto](#)

Invia ad un amico

Ultime news

Gratis per te
un libro di fiabe

ISCRIVITI

Se ti è piaciuto questo articolo condividilo con i tuoi amici e clicca su mi piace.
[Condividi](#) |

Potrebbe interessarti anche:

Venerdì, 08 Novembre 2013, 19.19

Doctor33

POLITICA E S+1 'A

Home / Politica e Sanità

ott
25
2013

Infezioni ospedaliere, risoluzione del Parlamento

TAGS: INFEZIONE, INFEZIONE, INFEZIONI BATTERICHE E MICOTICHE, DISTURBI DEL PUERPERIO, COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA, COMPLICANZE INFETTIVE IN GRAVIDANZA, INFEZIONE PUERPERALE, INFEZIONE PELVICA



Per combattere le infezioni ospedaliere Parlamento europeo, che con una risoluzione pochi giorni scorsi a Strasburgo ha sollecitato il rafforzamento della formazione del personale sanitario. Per la risoluzione è stato l'eurodeputato **Oreste Polignone** cui «l'assistenza sanitaria deve essere sempre efficiente perché rappresenta un diritto dei cittadini. I punti cardine di un sistema sanitario di qualità sono: che fare qualcosa sia possibile e doveroso».

Uno dei massimi esperti, **Gualtiero Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di igiene e della scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, ne parla in un'intervista a *l'Espresso* superiore di sanità: «le infezioni ospedaliere causano ogni anno 100 mila malati e molti morti». Questi ultimi sono oltre 37 mila in Italia e sono associati all'assistenza sanitaria, a errori medici o a problemi legati a dispositivi medici difettosi. Ma come è la situazione nel nostro Paese? «È a macchia di leopardo, – riferisce Ricciardi – ci sono strutture molto ben gestite e altre che di fatto sono corrotte. Ci sono anche nella lotta alle infezioni ospedaliere e non hanno neppure fatto la lotta alle infezioni ospedaliere, che pure dovrebbero fare. Tra le realtà virtuose ricordo gli ospedali di Udine e di

ICAAC: Solo un sesto dei casi di infezione da Clostridium difficile in un ampio centro britannico è attribuito al contatto in reparto,

RSi Communications 16 Set 2013 212 Visualizzazioni 4 Stelle



secondo uno studio presentato alla 53ª Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy.

Nonostante le preoccupazioni, usando l'identificazione della trasmissione mediante sequenziamento dell'intero genoma (WGS) risulta che solo 1/6 dei casi di infezione da *Clostridium difficile* (CDI) in un ampio centro britannico potrebbe essere attribuito al contatto in reparto con un paziente sintomatico. Il recente abstract che documenta questo risultato è stato presentato all'ICAAC, tenutasi in settembre a Denver.

I ricercatori hanno condotto uno studio osservativo di casi consecutivi di CDI per 21 mesi. Tutti i campioni di diarrea positivi al saggio della citotossina su coltura cellulare sono stati analizzati con ribotyping e WGS. Sono stati confrontati i polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) tra gli isolati. È stato cercato un donatore per tutti i nuovi casi di CDI avvenuti durante il periodo dello studio. Le corrispondenze donatore-recipiente che suggerivano la trasmissione erano basate su contatto in reparto in periodi definiti di infezione (≤ 56 giorni dopo il test positivo del donatore) e di incubazione (≤ 90 giorni prima del test positivo del recipiente) e ribotype o WGS corrispondenti (≤ 2 SNP). È stata esplorata la possibilità di contaminazione persistente con spore in reparto (≤ 90 giorni) come origine dei casi senza donatore diretto in reparto.

Ma, in base all'analisi dei dati, usando l'identificazione della trasmissione mediante sequenziamento dell'intero genoma (WGS) è risultato che solo 1/6 dei casi di CDI in un ampio centro britannico potrebbe essere attribuito al contatto in reparto con un paziente sintomatico. Un ulteriore 10% ha un possibile donatore quando si considera come origine la contaminazione dei reparti con spore.

Questo è il primo studio che usa come metodo di riferimento un test diagnostico e WGS per dimostrare tassi di trasmissione di CDI così bassi, hanno concluso i ricercatori. Devono essere condotti rapidamente ulteriori studi per individuare altre origini di CDI.

Articoli correlati

1 di 3

08/10/2013 19.40

Notizie dai congressi su Univadis

http://www.univadis.it/conference-reports/Countries/node_408086/Conference-Reports/4b488a8c...

[ICAAC: Uno spray antibiotico orale è efficace fino a 24 ore contro le infezioni delle vie aeree superiori.](#)

[ICAAC: Esposizione dell'*Acinetobacter* a disinfettanti ospedalieri può portare a isolati resistenti.](#)

[ICAAC: L'incidenza dell'infezione da *Clostridium difficile* \(CDI\) negli ospedali degli Stati Uniti è quasi raddoppiata dal 2001 al 2010.](#)

[ICAAC: Sorveglianza paneuropea della resistenza agli antimicrobici di *Clostridium difficile* da parte di ricercatori britannici.](#)

[ICAAC: Evidenze conflittuali sull'uso delle statine per l'influenza.](#)

[ICAAC: L'immunità di branco riduce del 97% la malattia meningococcica di sierogruppo C in bambini olandesi non vaccinati.](#)

[ICAAC: Ricercatori britannici hanno identificato gli organismi responsabili degli effetti benefici del trapianto fecale.](#)

[ICAAC: Primo caso noto di vancomicina-resistenza trasferibile di alto livello in MRSA associato alla comunità.](#)

[ICAAC: Un nuovo antibiotico progettato per superare la resistenza multifarmaco è in grado di sconfiggere la tularemia, una possibile arma di bioter...](#)

[ICAAC: Ricercatori nigeriani documentano le attività antimicrobiche delle erbe locali sui dermatofiti comuni.](#)

[ICAAC: I medici 'sono sull'orlo del precipizio di un'era post-antibiotici perché gli MDRO minacciano di prendere il sopravvento negli ospedali'.](#)

[ICAAC: Ricercatori italiani hanno determinato le caratteristiche genetiche di *Neisseria meningitidis* di tipo B.](#)

[ICAAC: Il 44,3% di *S. pneumoniae* responsabile di gravi infezioni in Canada è coperto dal vaccino PVC13.](#)

[ICAAC: Risposta precoce all'antibiototerapia in pazienti europei ricoverati con cSSTI](#)

[ICAAC: La diminuzione della pressione antibatterica di linezolid può aiutare a ridurre la diffusione di *Staphylococcus aureus* linezolid-resistente.](#)

[ICAAC: Epidemiologia molecolare dello *Staphylococcus aureus* meticillina-resistente nei reparti di terapia intensiva.](#)

[ICAAC: Vitamina D utile nel trattamento dell'otite media acuta non complicata.](#)

[ICAAC: Ricercatori studiano pazienti oncologici infettati da HIV sottoposti a diversi regimi antiretrovirali.](#)

[ICAAC: Valutazione precoce di tenofovir/emtricitabina per profilassi pre-esposizione al di fuori dell'ambiente degli studi clinici.](#)

[ICAAC: Un nuovo lievito, individuato originariamente in Africa, è stato ora isolato in donne statunitensi.](#)

[ICAAC: In Francia i mixing pattern umani variano in base alle stagioni.](#)

[ICAAC: Batteri con resistenza agli antimicrobici e geni di resistenza in un vivaio di frutti di mare.](#)

[ICAAC: Una dose singola di oritavancina comparabile a 7-10 giorni di vancomicina per le infezioni batteriche acute della cute e dei tessuti molli.](#)

Disclaimer

Conference Reports are provided by RSi Communications, an independent, professional news service. © RSi Communications

Environmental Disinfection in 2014: New Technologies, Old Dilemmas

Available: On Demand

Watch Now

Posted 5 weeks ago in Webinar

Facebook

Tweet

Download the Webinar PowerPoint Presentation "Environmental Dilemmas"
Eligible for 1.0 contact hour(s) of continuing education

Linked In
Google +1
Email

In this webinar, Dr. Curtis Donskey will discuss the role of environment in pathogen transmission. Dr. Donskey will then share key strategies for improving environmental disinfection, including for both new technologies and existing standard cleaning and disinfection practices. He will conclude with discussing some of the challenges and controversies in environmental disinfection.

Eligible for 1.0 contact hour(s) of continuing education

**This activity is provided by Infection Control Today, a provider approved by the California Board of Registered Nursing, Provider Number 15619, for 1 contact hour of continuing education.

Speakers:

Curtis Donskey, M.D.

Curtis Donskey, MD is Chair of the Infection Control Committee at the Louis Stokes DVA Medical Center in Cleveland and Associate Professor of Medicine at Case Western Reserve University. His research focuses primarily on infection control of Clostridium difficile and other healthcare-associated pathogens. He has published more than 130 peer-reviewed articles and several book chapters and review articles. His research has been funded by the Department of Veterans Affairs Merit Review program, the Centers for Disease Control and Prevention, and the Agency for Healthcare Research and Quality in addition to his research. Dr. Donskey has received awards for teaching medical students, residents, and fellows.

Surface Disinfection Insights

PELLET

Campagna stagionale di prenotazione pellet

Il punto di riferimento per il mondo della sanità

- NEWS
- PATOLOGIE
- APPROFONDIMENTI
- ECOSTAMPA
- ATTIVITÀ SCIENTIFICHE
- AREA RISERVATA

Sei qui: Home > News > Prevenzione > Agentes

27/08/2012 - Ore 17:32

SANITA': FEDERANZIANI, INFEZIONI OSPEDALIERE UCCIDONO PIU' DI INCIDENTI STRADALI =

OLTRE 22 MILA MORTI IN TRE ANNI. BRUCIATI OLTRE 11 MILI DI EURO

Roma, 25 ago. (Adnkronos Salute) - Le infezioni ospedaliere fanno piu' vittime degli incidenti stradali. In Italia nel biennio 2008-2010 si sono registrati complessivamente oltre due milioni (2.289.045) di contagi in comita, che hanno portato a 22.681 decessi.

Per un costo a carico del Servizio sanitario nazionale che oscilla tra 4,8 e 11,1 miliardi di euro. Eppure un'azione su tre e' evitabile. Lo indica una ricerca del centro studi Sic, Sanita' in cifre, di FederAnziani, che ha analizzato i dati relativi alle infezioni legate all'assistenza (ICLA) nell'ultimo triennio.

"Il triennio 2008-2010 rivela dati allarmanti per quanto riguarda le infezioni ospedaliere, i relativi costi e decessi", dice Roberto Messana, presidente di FederAnziani e responsabile del Centro studi Sic. Le vittime delle infezioni ospedaliere in Italia sono molte di piu' di quelle degli incidenti stradali, che nel triennio considerato, secondo l'Isial, sono state 13.052.

(segue)
(Com-Ram/CU/Adnkronos) 25-AGO-12 12.12
NNNN

Articoli simili

SALUTE FEDERANZIANI 2008-2010. OLTRE 2 MILI INFEZIONI OSPEDALIERE

SANITA' FEDERANZIANI IN OSPEDALI 22 MILA MORTI PER INFEZIONI

Le infezioni ospedaliere fanno piu' vittime degli incidenti stradali

FederAnziani: escalation in corsia, 22 mila morti. Si muore piu' per infezioni ospedaliere che per incidenti stradali

FederAnziani: escalation in corsia (22 mila morti). Più morti per infezioni ospedaliere che per incidenti stradali

Ricerca sul sito



E-MAGAZINE

Interisci la tua e-mail per ricevere il Magazine settimanale nella tua mail

E-mail:

ISCRIVITI

ULTIME NEWS

Salute e Benessere

29.07.2014 INPS, Italia paese per vecchi. Tre anziani ogni due giovani, ma la Germania ci batte

Gratuito per te dati e tabelle della sanità italiana

ISCRIVITI

Leggi le ultime news della sanità

Invia ad un amico

Se ti è piaciuto questo articolo condividilo con i tuoi amici e clicca su mi piace.

Condividi

Potrebbe interessarti anche:

SANITA' FEDERANZIANI, INFEZIONI OSPEDALIERE UCCIDONO PIU' DI INCIDENTI STRADALI (4)

(Adnkronos Salute) - "Proprio in ragione di tali esorbitanti costi sia in termini di salute che economici...

SANITA' FEDERANZIANI, INFEZIONI OSPEDALIERE UCCIDONO PIU' DI INCIDENTI STRADALI (2)

(Adnkronos Salute) - "In tempo di spending review, di tagli alla sanità, di proclamata attenzione agli...

SANITA' FEDERANZIANI, INFEZIONI OSPEDALIERE UCCIDONO PIU' DI INCIDENTI STRADALI (3)

(Adnkronos) - Ma tra i professionisti sanitari la semplice pratica viene adottata scrupolosamente in...

SANITA' FEDERANZIANI IN OSPEDALI 22 MILA MORTI PER INFEZIONI

IN TRE ANNI DECESSI SUPERANO QUELLI PER INCIDENTI STRADALI (ANSA) - ROMA, 25 AGO - In Italia nel triennio...

Thomson Reuters Paid Post

Lab Tests Online
Integrità online dei tuoi risultati di laboratorio

astellas
Leading Light for Life

NOBIS
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

ALBUM FOTO

Scrivi un commento:

ENTRA | Sei un nuovo utente? Registrati per lasciare un commento



HEALTHCARE INFECTION

Official Journal of the Australian College for Infection Prevention and Control

Search

This Journal Advanced Search

Next >> Contents Vol 10(3)

Subscriber Login
Username: _____ Password: _____

Article

A microbiological survey of stethoscopes in Australian teaching hospitals: potential for nosocomial infection?

Justin T. Denholm, Anthony Levine, Ian H. Kerridge, Chris Ashihursi-Smith, John Ferguson and Catherine D'Este
Australian Infection Control 10(3):76 - 80
Published: 2005

Abstract

Our study aimed to investigate how frequently ward-based stethoscopes in high-risk areas are colonised with potential pathogens, and to compare that with the colonisation rates for personal stethoscopes. We performed a survey of microbiological flora on stethoscopes, with single-blinded laboratory analysis, based in immunologically high-risk areas in three tertiary teaching hospitals in Newcastle, Australia. One hundred fifty-five doctors and medical students working in pre-selected areas of each hospital at the time of the survey were selected for inclusion, and participants' stethoscopes and the ward-based stethoscopes used in the same areas were swabbed and cultured. Participants also completed a questionnaire regarding their stethoscope use and cleaning. The stethoscopes were compared on the basis of total colony count and pathogenic organisms, cross-matched against personal characteristics (e.g. doctor or student) and stethoscope use and cleaning habits. We found that there were significantly more organisms isolated from personal stethoscopes (mean colony count (CC) = 50.3, 95% CI 41.77-58.9) than ward-based (mean CC = 29.3, 95% CI 17.9-40.7) ($p < 0.01$). There was no significant relationship between the frequency of stethoscope cleaning and degree of stethoscope contamination, nor was the amount of patients seen per day a significant factor. This study suggests that even regular cleaning of stethoscopes may be insufficient to prevent colonisation with potentially pathogenic organisms, and that patients at high-risk for nosocomial infection should only be examined with stethoscopes that are restricted to single-patient use.

PDF (1.6 MB) \$25
 Export Citation
 Print
 ShareThis

e-Alerts
Subscribe to our Email Alert or RSS feeds for the latest journal papers.

Full text doi:10.1071/HI05079
© Australian Infection Control Association 2005

Connect with HI

Connect with CP

COPE Member
This journal is a member of, and subscribes to the principles of, the Committee on Publication Ethics (COPE)



Mercoledì, 25 Giugno 2014, 18:51

Doctor33

POLITICA E SANITÀ

Home / News / Politica e Sanità

giu
25
2014

Report Ue, 37mila morti l'anno per infezioni ospedaliere

TAGS INFEZIONE INFEZIONI BATTERICHE E MICOTICHE



«Ogni anno nell'Unione Europea circa 4,1 milioni di pazienti hanno un'infezione ospedaliere e almeno 37.000 di loro muoiono per le conseguenze». È quanto rileva il report della Commissione Ue sulla "Sicurezza del paziente e infezioni ospedaliere". Il rapporto che è accompagnato da altri due documenti rappresenta una valutazione dei progressi fatti nell'ambito della sicurezza dei pazienti dalla raccomandazione sul tema del 2009 del Consiglio. Ma gli ostacoli da rimuovere (tagli al budget, scarsa consapevolezza del problema, "cultura

della colpa" e non dell'analisi delle cause, scarso coinvolgimento pazienti) sono ancora molti. «La buona notizia - ha dichiarato Tonio Borg, Commissario Ue per la Salute - è che la maggior parte degli Stati ha attuato programmi per la sicurezza dei pazienti. La cattiva è che, nonostante i progressi, nelle strutture sanitarie continuano a registrarsi eventi sfavorevoli e la sicurezza dei pazienti è raramente contemplata nella formazione del personale sanitario». Le stime segnalano come l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale subisce un evento avverso, come un'infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25%). Si calcola che in un dato giorno almeno 1 paziente su 18 ricoverati in ospedali europei ha una infezione ospedaliere. Si stima inoltre che il 20-30% delle infezioni nosocomiali può essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. «Non si tratta solo di una questione di salute pubblica - si legge nel report - questo problema rappresenta un notevole onere economico». Per quanto riguarda l'Italia (per la quale hanno partecipato alla consultazione il Centro GRC della Regione Toscana e il ministero della Salute) è indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'"empowerment" del cittadino (fornire informazioni sulle misure di sicurezza, il diritto al consenso informato, le procedure di reclamo e i meccanismi di ricorso), mentre sono stati segnalati parziali avanzamenti sui programmi e politiche per la sicurezza e sui sistemi di reporting. Da evidenziare anche il dato che vede il 71% dei cittadini europei affermare che la qualità della sanità nel loro paese è buona (seppur con differenze considerevoli tra i vari paesi). Mentre nel caso dell'Italia la percentuale scende al 56% e il 35% ritiene che la propria sanità sia peggiore.

E RIPRODUZIONE RISERVATA

More Drug-Resistant Infections Seen in U.S. Children

Although still uncommon, certain bacteria may need stronger treatment than oral meds, study says

URL of this page: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_145226.html (*this news item will not be available after 06/18/2014)

By Robert Preidl
Thursday, March 20, 2014

HealthDay



THURSDAY, March 20, 2014 (HealthDay News) -- A growing number of American children are developing infections caused by a worrisome type of antibiotic-resistant bacteria, a new study reports.

While still rare, the bacteria are being found more often in children of all ages, especially those who are 1 to 5 years old, the study found.

Investigators analyzed samples collected from children nationwide between 1999 and 2011 to assess the prevalence of the antibiotic-resistant type of bacteria called *Enterobacteriaceae*, which produces an enzyme called extended-spectrum beta lactamase (ESBL).

The enzyme defeats many strong antibiotics, the study authors said.

The researchers also measured ESBL prevalence by looking at rates of resistance to third-generation cephalosporins, which are an important class of antibiotics used to treat many infections.

The prevalence of ESBL-producing bacteria rose from 0.28 percent in 1999 to 0.92 percent in 2011. And resistance to third-generation cephalosporins climbed from 1.4 percent to 3 percent, the study found.

ESBL-producing bacteria were found in children of all ages nationwide, but slightly more than half were found in youngsters 1 to 5 years old. About 74 percent of these bacteria were resistant to many types of antibiotics.

The study appears online March 20 in the *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*.

"These antibiotic-resistant bacteria have traditionally been found in health care settings but are increasingly being found in the community, in people who have not had a significant history of health care exposure," study author Dr. Latania Logan, of Rush University Medical Center in Chicago, said in a journal news release.

The rate of these infections in children is still low, but ESBL-producing bacteria can spread rapidly, Logan and colleagues noted.

They added that these bacteria have been linked to longer hospital stays, increased risk of death and higher health care costs.

When treating children with suspected bacterial infections, doctors should obtain cultures to determine which antibiotics would be most effective, the researchers said.

"Some infections in children that have typically been treated with oral antibiotics in the past may now require hospitalization, treatment with intravenous drugs, or both, as there may not be an oral option available," the study authors concluded.

SOURCE: *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, news release, March 20, 2014

HealthDay

Copyright (c) 2014 HealthDay (<http://www.healthday.com/>) All rights reserved.

Related MedlinePlus Pages

Antibiotics [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/antibiotics.html>]

Bacterial Infections [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/bacterialinfections.html>]

Children's Health [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/childrenshealth.html>]

Page last updated on 21 March 2014



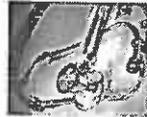
Doctors' Germ-Laden Stethoscope May Spread Nasty Bacteria

Cleaning after each use should be part of good patient care, study says

URL of the page: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_144853.html (This news item will not be available after 05/26/2014)

Thursday, February 27, 2014

HealthDay



THURSDAY, Feb. 27, 2014 (HealthDay News) — Stethoscopes help diagnose and treat, but the primary tool of physicians also has significant potential to spread germs from patient to patient, a new study reports.

The design of a stethoscope — the round piece placed against a patient's body — can become filthy with antibiotic-resistant bacteria such as potentially deadly MRSA, researchers said.

They discovered that a stethoscope will pick up more bacteria during a patient examination than any part of the doctor's hand except the fingertips. The tube of the stethoscope also can become laden with bacteria, and the contamination level of both the diaphragm and the tube increases with the amount of contact on the doctor's fingertips, the study said.

"Germs are acquired from the patient's skin in contact with the stethoscope, the same way hands usually get colonized with the patient's germs," said study senior author Dr. Daniel Spigler, director of the Infection Control Program at L. Pennington of Geneva Hospital, in Switzerland.

"The important implication is that the stethoscope is neither used by a doctor, a nurse, an assistant nurse or any staff, needs to be cleaned after each use," said Philip White, who heads the World Health Organization's Collaborative Centre on Patient Safety at the Hospital.

The potential of health care professionals to evolve early spread diseases through their tools or attire is becoming an area of focus because of concerns about the rise of antibiotic resistant "superbugs."

Epidemiologists — experts who study disease patterns and causes — raised the possibility in January that doctors may want to ditch their traditional attire of white coat and necktie, since the clothes of doctors can become contaminated and are not easily washed between patients.

The new study compares the level of contamination in physicians' hands and stethoscopes.

In the study, physicians examined 71 patients using sterile gloves and a sterile stethoscope.

After doctors completed the examination, researchers swabbed the bacteria on the tube and diaphragm of the stethoscope. They also tested the fingertips, ball of the thumb, palm and back of the physicians' hands for bacteria.

They found that the stethoscope and the fingertips tended to be more contaminated than all other parts of the physicians' hands, both with bacteria in general and MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) specifically. They also found that the contamination level of the stethoscope increased with contamination of the hands.

"Although infection cross-transmission from one patient to another has not been demonstrated in this study, it seems clear that staff and faster stethoscopes could be an entrance of their fingertips to hands, for germ cross-transmission," Philip said.

"Hand hygiene remains the primary measure for the prevention of nosocomial infections, and appropriate handling of stethoscopes — their cleaning immediately after use — should be part of good patient care practices," Philip said.

The study results are published Feb. 27 in the journal *Mayo Clinic Proceedings*.

Leaders of two primary care medical colleges said they weren't surprised by the study findings, and called on doctors to practice better hygiene. "The numbers are alarming, low on the frequency of handwashing among physicians," said Dr. Charles Collier, chair of the American College of Physician Board of Regents. "We've got to get it to 100 percent between patients. Anything less, then that is not good enough."

Medical schools emphasize that students should regularly wash their white coat and tie, and wipe down their stethoscopes between patients, said Dr. Daniel Spigler, chair of family and community medicine at the University of Nevada. "School of the future and a member of the American Academy of Family Physicians' board of directors.

"Being a practicing physician, there are things that we carry from room to room between exams, and the stethoscope is the main one," Spigler said. "We encourage them to do this, their staff occupies between patients, but some days, when you're moving quickly between patients, you sometimes can forget."

Collier and Spigler said patients should feel free to speak up and ask health care professionals to wipe down a stethoscope before using it. "Don't worry about offending your doctor," they said.

"If I were a patient, I would want to be certain that I look like a doctor," Collier said. "If this does is extended, the doc better go back to school."

SOURCES: Collier, Philip, M.D., director, Infection Control Program and WHO Collaborating Center on Patient Safety, University of Geneva Hospitals, Geneva, Switzerland; Charles Collier, M.D., chair, American College of Physicians Board of Regents; Daniel Spigler, M.D., chair, family and community medicine, University of Nevada School of Medicine; Reno News and Observer, American Academy of Family Physicians, board of directors, March 2014; *Mayo Clinic Proceedings*.

HealthDay

Copyright © 2014 HealthDay (http://www.healthday.com). All rights reserved.

Related HealthDay Pages

Bacterial Infections (http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/bacterialinfections.html)
 Infection Control (http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/infectioncontrol.html)
 MRSA (http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mrsa.html)

set 18 2013 Batteri resistenti ad antibiotici, ora c'è classificazione

TAGS: ANTIBIOTICI, FENOMENI MICROBIOLOGICI, PROFILASSI ANTIBIOTICA, PREMEDICAZIONE, CHEMOPREVENZIONE, FENOMENI CHIMICI E FARMACOLOGICI, FARMACORESISTENZA, FARMACORESISTENZA BATTERICA, FARMACORESISTENZA MICROBICA, ANTINEOPLASTICI, FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLA TUBERCOLOSI, ANTIBIOTICI ANTITUBERCOLARI, AGENTI ANTIBATTERICI, ANTIBIOTICI ANTINEOPLASTICI



Urgente, grave, preoccupante: nell'ordine sono i tre livelli di rischio previsti dalla nuova classificazione dei batteri resistenti agli antibiotici, introdotta dai Centers for disease control and prevention (Cdc) americani. Il direttore dell'Istituto di igiene dell'Università Cattolica di Roma **Walter Ricciardi**, la giudica una misura necessaria, «perché siamo di fronte a una sfida assolutamente cruciale per il prossimo futuro: in tutto il mondo occidentale stiamo assistendo a eventi catastrofici di sepsi legati a batteri che sono resistenti a tutti gli antibiotici conosciuti.

Fortunatamente questi casi non sono ancora numerosissimi, ma cominciano a verificarsi anche nei nostri pronto soccorso». Alcuni sono particolarmente pericolosi, Ricciardi cita germi come *Klebsiella pneumoniae* o *Acinetobacter baumannii*: «ci sono alcuni gram negativi che infettano tutto l'organismo e contro i quali non abbiamo armi, possiamo solo assistere il paziente mentre muore». Con l'introduzione di una classificazione, tutti gli ospedali sono avvertiti e quando diagnosticano un'infezione di questo tipo conoscono il rischio che possono correre. «Questo è un primo passo – si augura Ricciardi – verso un'alleanza forte tra pubblico e privato, la sola che possa affrontare in maniera sistematica il problema. Sostanzialmente oggi le aziende farmaceutiche non investono in nuovi antibiotici perché l'investimento è altissimo e ha ritorni modesti, eppure serve una strategia globale per studiare nuovi antibiotici in grado di combattere i germi resistenti». La seconda necessità è la prevenzione: «l'uso appropriato degli antibiotici è importantissimo, ma purtroppo in Paesi come l'Italia, la Francia e la Spagna è molto episodico e lasciato all'iniziativa dei singoli ospedali. Occorre attivare programmi organizzati su base nazionale, come stanno cominciando a fare i Paesi del nord Europa». Ricciardi ricorda che il ministro Fazio aveva lanciato una campagna per contrastare l'abuso degli antibiotici e confida nell'azione del nuovo ministro per la Salute e del Consiglio superiore di sanità appena insediato.

Lo stetoscopio va nel 'cloud' e diventa più efficace del medico

MEDICINA 03.2014 0 Comments



Anche lo stetoscopio, il più familiare degli strumenti medici, va nel 'cloud'. Un modello che trasforma il battito del cuore in una immagine che può essere confrontata con un database nel web, racconta la rivista IEEE Speculum, è stata appena presentata al meeting 'StartX' dell'università di Stanford. Alti modelli, che stiamo arrivando sul mercato, si proclamano più efficaci nell'individuare eventuali cardiopatie rispetto al semplice orecchio del medico.

Prato approvato dalla Fda

Il prototipo presentato a Stanford, Eko, consiste in un piccolo dispositivo che si aggiunge allo stetoscopio tradizionale, in grado di registrare il suono del battito, filtrare il rumore di fondo e inviarlo via Bluetooth allo smartphone del medico, che a sua volta lo confronta on line con un database sul web. Eko non ha ancora avuto l'approvazione dell'Fda, mentre altri dispositivi simili sono anche più avanti nella commercializzazione, ed entreranno sul mercato nei prossimi mesi.

Utile nella diagnosi e nella ricerca

Oltre a dare la possibilità anche a non esperti di verificare la salute del cuore, utile ad esempio in contesti isolati, spiega Akhil Sankhe della Northeastern Ohio University, lo stetoscopio 'evoluto' può essere utile anche alla ricerca. "C'è l'opportunità di creare un database che fa molto di più che distinguere tra cuore sano e malato - sottolinea -. Si può immaginare ad esempio di trovare il suono particolare associato alla stenosi aortica, una patologia critica che richiede un intervento urgente, distinguendola ad esempio dal meno grave prolasso della valvola mitrale".

Tag

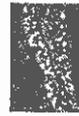
Retweet This Share This StumbleUpon This Digg This Bookmark This

FRANCESCO MARIA AVITTO

You might also like



La tela del ragno: perché può essere utile all'uomo?
03.2014



Nobel per la Medicina per la scoperta del 'Gps' delle cellule
03.2014

Lascia un Commento



Sourcing Packaging Material Making Machines?

You Need The Leading Global B2B Platform



ULTIMI

PIÙ LETTI

COMMENTI



La tela del ragno: perché può essere utile all'uomo?

La ragnatela rappresenta uno dei materiali più incredibili in natura: sono sottili, elastiche, praticamente prive...



Conchiglie lapinano una colla che funziona sott'acqua. Esiste un nuovo prototipo di colla che si attacca come una conchiglia agli scogli, in...



Nobel per la Medicina per la scoperta del 'Gps' delle cellule. Il Nobel per la Medicina è stato assegnato a John O'Keefe e May-Britt e Edvard...



Lo stetoscopio va nel 'cloud' e diventa più efficace del medico. Anche lo stetoscopio, il più familiare degli strumenti medici, va nel 'cloud'. Un modello che...

ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER

SETTIMANALE

Pediatrics. 2014 Sep 8 pii: peds.2014-0613. [Epub ahead of print]

Health Care-Associated Infections Among Critically Ill Children in the US, 2007-2012.

Patrick SW¹, Kawai AT², Kleinman K², Jin R², Vaz L³, Gav C², Kassler W⁴, Goldmann D⁵, Lee GM³

Author Information

Abstract

BACKGROUND: Health care-associated infections (HAIs) are harmful and costly and can result in substantial morbidity for hospitalized children; however, little is known about national trends in HAIs in neonatal and pediatric populations. Our objective was to determine the incidence of HAIs among a large sample of hospitals in the United States caring for critically ill children from 2007 to 2012.

METHODS: In this cohort study, we included NICUs and PICUs located in hospitals reporting data to the Centers for Disease Control and Prevention's National Healthcare Safety Network for central line-associated bloodstream infections (CLABSIs), ventilator-associated pneumonias, and catheter-associated urinary tract infections. We used a time-series design to evaluate changes in HAI rates.

RESULTS: A total of 173 US hospitals provided data from NICUs, and 64 provided data from PICUs. From 2007 to 2012, rates of CLABSIs decreased in NICUs from 4.9 to 1.5 per 1000 central-line days (incidence rate ratio (IRR) per quarter = 0.96, 95% confidence interval 0.94-0.97) and in PICUs from 4.7 to 1.0 per 1000 central-line days (IRR per quarter = 0.96 [0.94-0.98]). Rates of ventilator-associated pneumonias decreased in NICUs from 1.6 to 0.6 per 1000 ventilator days (IRR per quarter = 0.97 [0.93-0.99]) and PICUs from 1.9 to 0.7 per 1000 ventilator-days (IRR per quarter = 0.95 [0.92-0.98]). Rates of catheter-associated urinary tract infections did not change significantly in PICUs.

CONCLUSIONS: Between 2007 and 2012 there were substantial reductions in HAIs among hospitalized neonates and children.

Copyright © 2014 by the American Academy of Pediatrics.

KEYWORDS: Medical; catheter-associated urinary tract infections; central line-associated bloodstream infections; health care-associated infections; ventilator-associated pneumonia

PMID: 25201802 [PubMed - as supplied by publisher]



LinkOut - more resources

PubMed Commons

0 comments

[PubMed Commons home](#)

[How to join PubMed Commons](#)

Sai qui Home >> News, Ricerca

Ricerca sul sito

26.11.2014 - ore 16.17

Infezioni ospedaliere, un costo sociale ed economico

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono una tematica centrale di salute pubblica di tutti i Paesi, e rappresentano uno dei fenomeni più rilevanti per la sicurezza dei pazienti. Nel 1994, la National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) ha definito l'infezione nosocomiale come una "condizione localizzata o sistemica che è il risultato della reazione avversa creata dalla presenza di un agente infettivo o delle sue tossine, e che non era presente, neanche in incubazione, al momento dell'immissione del paziente in ospedale". Le infezioni legate all'assistenza sanitaria presentano un costo sia in termini di salute che economico: ogni anno si verificano circa 450-700 mila infezioni (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi) facendo aumentare in

media di 7 giorni la convalescenza di chi le contrae, e nell'1% dei casi si stima che esse siano la causa diretta del decesso del paziente (ISS, 2009). Un ciclo vizioso economico che parte dalle Asl che pagano premi assicurativi più elevati per difendersi da eventuali costi legali, innalzati dalle compagnie assicurative che vedono un settore sempre più in perdita ed in cui non conviene rimanere, e dai vari operatori sanitari che trovano sempre più difficile ottenere queste coperture assicurative. Oltre a ciò, si pensi che il rischio economico ricade anche sui vari sistemi sanitari regionali e nazionali, in quanto le infezioni aumentano le

giornate di degenza e convalescenza del malato e c'è la necessità, nel caso di infezioni da ferite chirurgiche, di successivi controlli ambulatoriali. Tuttavia, il carico economico che le infezioni si portano dietro, deve comprendere anche i costi indiretti dovuti alle assenze lavorative o ai vari spostamenti sostenuti da questi pazienti per farsi curare. Sebbene non tutte le infezioni siano prevenibili, è stimato che circa il 30% è potenzialmente evitabile con l'adozione di misure preventive efficaci. La singola azione di igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata di microrganismi. Nonostante ciò, vi sono numerose evidenze di scarsa adesione a questa pratica da parte dei professionisti sanitari: il tasso di adesione raramente supera il 50%. Il 70% circa deriva invece dalle condizioni cliniche e dall'insorgenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici. Operando un'attenta analisi del problema, notiamo che in media, le infezioni ospedaliere fanno aumentare di 7 giorni (minimo) la convalescenza di chi le contrae. Nello specifico, un'infezione del tratto urinario aumenta le giornate di degenza da 1 a 4 giorni; del sito chirurgico da 7 a 8; la sepsi da 7 a 21 giorni; mentre la polmonite da 7 a 30 giorni.



Articoli simili

SANITÀ FEDERANZIANI, INFEZIONI OSPEDALIERE UCCIDONO PIÙ DI INCIDENTI STRADALI (3) =

SALUTE FEDERANZIANI 2008-2010, OLTRE 2MLN INFEZIONI OSPEDALIERE -2-

FederAnziani: ecatombe in corsia (22mila morti). Più morti per infezioni ospedaliere che per incidenti stradali

Le infezioni ospedaliere fanno più vittime degli incidenti stradali

FederAnziani: ecatombe in corsia, 22mila morti. Si muore più per infezioni ospedaliere che per incidenti stradali



E-MAGAZINE

Inserisci la tua e-mail per ricevere il Magazine settimanale nella tua mail

* Email:

ISCRIVITI

ULTIME NEWS

News
Ricerca

26.11.2014 [Infezioni ospedaliere, un costo sociale ed economico](#)

Lab Tests Online
Distributrice online dei test clinici di laboratorio

astellas
Leading Light for Life

NOBIS
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

ALBUM FOTO

Invia ad un amico

Leggi le ultime news della sanità

Gratis per te dati e tabelle della sanità italiana

ISCRIVITI

Se ti è piaciuto questo articolo condividilo con i tuoi amici e clicca su mi piace
Condividi |

Potrebbe interessarti anche:

SIC

sanità in cifre



Sai come affrontare il dolore?

Il punto di riferimento per il mondo della sanità

NEWS

PATOLOGIE

APPROFONDIMENTI

ECOSTAMPA

ATTIVITÀ SCIENTIFICHE

AREA RISERVATA

Sei qui: Home > News > Ricerca

Ricerca sul sito

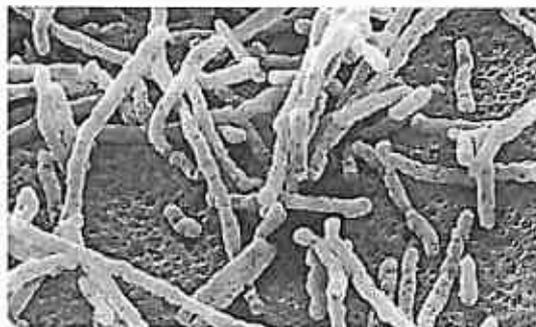
28.07.2014 - ore 11:38

ICA, Infezioni Correlate all'Assistenza: un rischio frequente della degenza ospedaliera

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. In poche parole sono infezioni che insorgono a seguito di una degenza ospedaliera, contratte quindi proprio nel luogo dove si pensa di essere maggiormente al sicuro da altre eventuali complicanze. Spesso sottovalutate queste infezioni presentano un costo sia in termini di salute che economico: ogni anno si verificano circa 450-700 mila infezioni (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi) facendo aumentare in media di 7 giorni la convalescenza di chi le contrae, e nell'1% dei casi si stima che esse siano la causa diretta del decesso del paziente (ISS, 2009).

Una delle cause principali di infezioni correlate all'assistenza c'è il Clostridium Difficile, un batterio che provoca un elevato numero di infezioni ospedaliere l'anno, i cui sintomi sono identificabili principalmente nei pazienti ricoverati in ospedale con forte dissenteria. L'aumentata frequenza di infezioni da Clostridium Difficile può essere attribuita a diversi fattori: cambiamenti in procedure sanitarie, aumentata attenzione alla diagnosi, diverso profilo di rischio dei pazienti (ad esempio, popolazione con numero percentualmente più elevato di soggetti anziani), incremento di patologia acquisita in comunità. L'infezione da questo batterio è un problema che attualmente riguarda non solo l'ospedale, ma anche tutte le strutture in cui si pratica assistenza sanitaria come reparti riabilitativi, lungodegenzie e strutture per anziani. La singola azione di igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata di microrganismi. Nonostante ciò, vi sono numerose evidenze di scarsa adesione a questa pratica anche da parte dei professionisti sanitari che raramente supera il 50%. Il 70% circa dell'insorgenza di infezione deriva invece dalle condizioni cliniche e dallo sviluppo di ceppi batterici resistenti agli antibiotici.

Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ci ha fornito utili strumenti per valutare il rischio di queste infezioni e, laddove possibile, cercare di valutarle e prevenirle con l'attuazione di misure di controllo e linee guida. Proprio uno studio americano SENIC (Study in the Efficacy of Nosocomial Infection Control) condotto dal 1980 al 1990 che ha coinvolto 338 ospedali, dimostrerebbe come in assenza di monitoraggio, l'incidenza delle infezioni ospedaliere tende ad aumentare drasticamente. In Italia non esiste un sistema di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, anche se numerosi studi di prevalenza e di incidenza, che hanno interessato ospedali con alcuni reparti a rischio, hanno riportato una frequenza di infezioni ospedaliere paragonabile a quella rilevata nei paesi anglosassoni e in alcuni casi superiore.



Articoli simili

Le infezioni ospedaliere e il Clostridium Difficile

INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE, FINO A 700 MILA CASI ALL'ANNO

Infezioni ospedaliere, attenzione al Clostridium Difficile

Aumentano le infezioni correlate all'assistenza. Tra le cause la scarsa pulizia delle mani

FederAnziani: ecalombe in corsia (22mila morti). Più morti per infezioni ospedaliere che per incidenti stradali



E-MAGAZINE

Inserisci la tua e-mail per ricevere il Magazine settimanale nella tua mail

* Email:

ISCRIVITI

ULTIME NEWS

Sanità

15.10.2014 A Rimini il III Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Lab Tests Online
Biblioteca online dei test clinici di laboratorio

astellas
Leading Light for Life

NOBIS
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

ALBUM FOTO

Invia ad un amico

Leggi le ultime news della sanità

Gratis per te dati e tabelle della sanità italiana

ISCRIVITI

Se ti è piaciuto questo articolo condividilo con i tuoi amici e clicca su mi piace.
Condividi |

Potrebbe interessarti anche:

ICA una complicanza frequente della degenza

Le infezioni ospedaliere e il Clostridium Difficile

SALUTE FEDERANZIANI: 2008-2010, OLTRE 2MLN

SALUTE FEDERANZIANI: 2008-2010, OLTRE 2MLN



Il punto di riferimento per il mondo della sanità

NEWS

PATOLOGIE

APPROFONDIMENTI

ECOSTAMPA

ATTIVITÀ SCIENTIFICHE

AREA RISERVA

Sei qui: Home > News > Ricerca Sanità

Ricerca sul sito

01.09.2014 - ore 18.23

Aumentano le infezioni correlate all'assistenza. Tra le cause la scarsa pulizia delle mani

Aumentate negli ultimi cinque anni in Europa le infezioni intestinali provocate da Clostridium difficile, un batterio causa di un elevato numero di infezioni ospedaliere. Il più colpito gli over 65 con un incremento ancora più accentuato per chi supera gli 85 anni, età in cui aumenta contestualmente la frequenza di forme clinicamente severe alle quali si associa un rischio di mortalità. I sintomi sono identificabili principalmente nei pazienti ospedalieri con forte dissenteria.

In Italia il numero di infezioni ospedaliere è compreso tra il 5% e l'8%. Ogni anno si verificano circa 450-700 mila infezioni (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi) e nell'1% dei casi si stima che esse siano la causa diretta del decesso del paziente (ISS, 2009). Il 70% circa deriva invece dalle condizioni cliniche e dall'insorgenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici. Sebbene non tutte le infezioni siano prevenibili, è stimato che circa il 30% è potenzialmente evitabile con l'adozione di misure preventive efficaci. La singola azione di igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata di microrganismi. Nonostante ciò, vi sono numerose evidenze di scarsa adesione a questa pratica da parte dei professionisti sanitari: il lasso di personale sanitario che si lava le mani raramente supera il 50%.

Anche le ricadute economiche dell'infezione appaiono rilevanti per il SSN. Le infezioni da Clostridium difficile sono associate ad un prolungamento della degenza ospedaliera (secondo dati USA da 2,6 a 4,5 giorni) e richiedono spesso anche la riammissione in ospedale e l'effettuazione di indagini diagnostiche mirate (laboratoristiche, radiologiche, endoscopiche). Secondo il Centro Studi SIC Sanità in Cifre, da una semplice indagine effettuata in alcuni laboratori di microbiologia si è riscontrato che le richieste di test GDH e approfondimenti sulle tossine A e B sono praticamente semiconosciute negli ospedali del Sud e parzialmente conosciute negli ospedali del Nord. Secondo dati dell'European CDC, in

Inghilterra le infezioni da CD comportano una spesa indotta di € 5.000-15.000 per caso; se si riporta questo dato sull'intera popolazione europea, ciò porta a stimare che CDAD provochi ai sistemi sanitari europei un potenziale costo aggiuntivo di 3.000 milioni di € per anno, dato da ritenere in crescita per i prossimi decenni; negli USA il costo attribuibile per un paziente con CDAD è stato stimato in \$ 2.470- 3.669 per episodio; il costo attribuibile per paziente nei sei mesi dopo la diagnosi varia da \$ 5.042 a 7.179. La spesa degli ospedali USA per il trattamento di CDAD è stata così stimata in 3,2 miliardi di dollari/anno.



Articoli simili

Infezioni ospedaliere, attenzione al Clostridium Difficile

INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE, FINO A 700 MILA CASI ALL'ANNO

SALUTE. FEDERANZIANI: 2008-2010, OLTRE 2MLN INFEZIONI OSPEDALIERE -2-

SANITÀ: FEDERANZIANI, IN OSPEDALI 22MILA MORTI PER INFEZIONI

ICA. Infezioni Correlate all'Assistenza un rischio frequente della degenza ospedaliera



E-MAGAZINE

Inserisci la tua e-mail per ricevere il Magazine settimanale nella tua mail

* Email:

ISCRIVITI

ULTIME NEWS

Sanità

17.10.2014 [FederAnziani a Soi: triste assistere a una guerra tra medici e pazienti](#)

Lab Tests Online
Officina online dei test clinici di laboratorio

astellas
 Leading Light for Life

NOBIS
 COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

ALBUM FOTO

Invia ad un amico

Leggi le ultime news della sanità

Gratis per te dati e tabelle della sanità italiana

ISCRIVITI

Se ti è piaciuto questo articolo condividilo con i tuoi amici e clicca su mi piace.
 Condividi |



SIC
sanità in cifre

BEST VPN FOR USERS
BestVPN - Anonymous & Secure VPN - BestVPN - Fast Connection!

Home | Chi Siamo | Contatti

NEWS

ATTUALITÀ SCIENTIFICHE

AREA RISERVATA

APPROFONDIMENTI

ECOSTAMPA

ATTIVITÀ SCIENTIFICHE

REPORTAGE

ATTUALITÀ SCIENTIFICHE

AREA RISERVATA

Le infezioni ospedaliere e il Clostridium Difficile

Le infezioni ospedaliere (IO) rappresentano una complicanza seria, abbastanza frequente e grave dell'assistenza sanitaria. In poche parole sono infezioni che si sviluppano a seguito di un ricovero in ospedale, contratte quindi proprio nel luogo dove si pensa di essere maggiormente al sicuro da altre eventuali complicazioni. Tra le cause principali di infezioni ospedaliere si annovera il Clostridium difficile (CD), un batterio che provoca un elevato numero di infezioni ospedaliere, i cui sintomi sono identificabili principalmente nei pazienti ricoverati in ospedale con forte degenza. L'ampicillina, antibiotico a spettro ampio, può essere utilizzata a diverse dosi combinate in procedure chirurgiche. L'ampicillina è una classe di antibiotici che, diversamente da altri, non agisce sul ricetto dei pazienti (ad esempio, popolazione con un numero percentualmente più elevato di soggetti anziani), incrementando il rischio di acquisizione in comunità. Spesso sottostimato, questo batterio rappresenta un costo del sistema di salute che eccorre: ogni anno si verificano circa 450.700 mila infezioni ospedaliere (infezioni) ospedaliere, seguite da infezioni della parte chirurgica, polmonite e sepsi (quando ammalarsi in media di 7 giorni la complessità di cui le infezioni ospedaliere sono la causa del decesso del paziente (ISS, 2009). Tra le cause principali di infezioni ospedaliere si annovera il Clostridium difficile, un batterio che provoca un elevato numero di infezioni ospedaliere. Il suo numero di infezioni ospedaliere è molto alto, e un numero che attualmente riguarda non solo l'ospedale, ma anche tutte le strutture in cui si pratica assistenza sanitaria come reparti ospedalieri, lungodegenza e strutture per anziani. La singola azione di igiene delle mani è stata dimostrata come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione ospedala di microrganismi. Nonostante ciò, vi sono numerosi evidenze di scarsa aderenza a questa pratica anche da parte del personale sanitario che rimane ancora il 50%. Il 70% circa dell'emergenza di infezioni deriva invece dalle condizioni cliniche e dalla vulnerabilità del paziente ospedalizzato. Negli ultimi anni, la letteratura scientifica di ha fornito dati esaurienti per valutare il rischio di queste infezioni e, talvolta possibile, evitare di verificarle o prevenirla con l'assunzione di antibiotici a largo spettro. Prima uno studio americano SENC Study, in Efficacy of Nosocomial Infection Control (condotto dal 1990 al 1999) che ha coinvolto 350 ospedali, dimostrando come un sistema di monitoraggio, l'implementazione di procedure e linee guida, l'assunzione di antibiotici, la riduzione di infezioni ospedaliere e la riduzione del numero di infezioni ospedaliere. In tale non solo un sistema di monitoraggio, l'implementazione di procedure e linee guida, l'assunzione di antibiotici, la riduzione di infezioni ospedaliere e la riduzione del numero di infezioni ospedaliere. In tale non solo un sistema di monitoraggio, l'implementazione di procedure e linee guida, l'assunzione di antibiotici, la riduzione di infezioni ospedaliere e la riduzione del numero di infezioni ospedaliere.



Se è il piccolo quanto ancora sconosciuto con i suoi erosi e cilioli su un piano alcuni casi ospedaliere.

Invia ad un amico

Leggi le ultime news della sanità

Gratis per te dati e tabella della sanità italiana

Potrebbe interessarti anche:

LA SINTOMATOLOGIA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

LA SINTOMATOLOGIA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

LA SINTOMATOLOGIA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Inviamoti le notizie più interessanti e la rassegna settimanale della tua area riservata.

Nome _____

Cognome _____

Via _____

C.A.P. _____

Città _____

Prov. _____

Telefono _____

E-mail _____

ULTIME NEWS

14/11/2014 - Il Congresso del CdA della Società Italiana di Infettivologia



Settimanale di sanità pubblica

14 ottobre 2014

Infezioni ospedaliere, attenzione al Clostridium Difficile

Il Clostridium difficile è un batterio che causa un elevato numero di infezioni ospedaliere ogni anno e recentemente è diventato una delle cause principali di infezioni correlate all'assistenza. Il sintomo principale di questa infezione è una forte diarrea che in certi casi può portare anche al decesso. L'incidenza dell'infezione aumenta in occasione della pratica di un'operazione o di un ricovero in ospedale, ma può aumentare per una età superiore ai 65 anni. America, Australasia e Europa sono le regioni che presentano la maggiore incidenza di infezioni da Clostridium difficile, mentre, aumentata l'attenzione alle diagnosi, elevato è il numero di casi segnalati in Europa, in particolare in Italia. Il numero percentuale più elevato di soggetti anziani, incremento di polipatie e ospedalità in comunità, ecc.

La recente scoperta dell'enzima che produce la tossina C, difficile sono associate ad un prolungamento della degenza ospedaliera (secondo dati USA da 2,6 a 4,5 giorni) e richiedono spesso anche la riammissione in ospedale e l'istituzione di indagini diagnostiche (ematologiche, radiologiche, endoscopiche). Secondo dati dell'European CDC, in Italia le infezioni da CD comportano una spesa totale di € 5.000 a 15.000 per caso; se si ripete questo dato sull'intera popolazione europea, dà



potrà essere che questo batterio provochi ai nostri sanitari europei un problema costo aggiuntivo di 3.000 milioni di € per anno, dato da ripetersi in crescita per i prossimi decenni. Negli USA il costo attribuibile per un ricovero con CDAD è stato stimato in \$ 2.470-3.805 per episodio, a costo attribuibile per paziente nel suo mese dopo il diagnosis varia da \$ 5.042 a 7.179. La spesa degli ospedali USA per il trattamento di CDAD è stata così stimata in 2,2 miliardi di dollari/anno. L'isolazione di Clostridium difficile è problema che attualmente riguarda non solo l'ospedale, ma anche tutte le strutture in cui si pratica assistenza sanitaria (es. reparti ospedalieri, long-term care, strutture per anziani), come già ricordato, la comunità. Anche i casi che si sviluppano in ambito ospedaliero/comunitario hanno quasi sempre sfiorato una problematica nazionale. Per ridurre il rischio di trasmissione di Clostridium difficile ad altri pazienti/residenti è essenziale che i casi sintomatici vengano identificati tempestivamente. A causa della frammentazione e del rischio metodico, sono state proposte numerose combinazioni di test diagnostici di laboratorio. In genere queste procedure che mirano a sequenziare, di cui il primo più sensibile e il secondo più specifico (two step workflow) ricorrono all'impiego (GDH) o successive conferma dei risultati positivi mediante ricerca delle tossine A-B con test immunometrici, ricerca antigenica (GDH) e successiva conferma dei risultati positivi mediante ricerca della tossina B con test TCCA, cultura delle feci per ricerca di C difficile seguito da test di fastidiousness in vitro con metodo immunoenzimatico o test TCCA.

Invis ad un amico
news della sanità

Leggi le ultime
news della sanità

Invia per te il tuo
newsletter

Se ti è piaciuto questo articolo condividilo con i tuoi amici e clicca su mi piace

SIC
FEDERAZIONI
È il centro studi di
FEDERAZIONI

Research and also
Invis ad un amico
news della sanità

ULTIME NEWS
News
SIC è il centro studi di
FEDERAZIONI

Lab Tests Online
Leading Light for Life

astellas
Leading Light for Life

INOOBIS
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

ALBUM FOTO

E. Coli 'Superbug' May Pose Major Health Threat: Study

Drug-resistant H30-Rx strain may lead to blood infections, researchers say

URL of this page: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_143480.html (This news item will not be available after 03/17/2014)

By Robert Preidt
Tuesday, December 17, 2013

HealthDay



TUESDAY, Dec. 17, 2013 (HealthDay News) — A single strain of antibiotic-resistant E. coli bacteria has become the main cause of bacterial infections in women and the elderly worldwide over the past decade and poses a serious health threat, researchers report. Along with becoming more resistant to antibiotics, the "H30-Rx" strain developed the unprecedented ability to spread from the urinary tract to the bloodstream and cause an extremely dangerous infection called sepsis.

This means that the H30-Rx strain poses a threat to the more than 10 million Americans who develop a urinary tract infection each year, according to the study authors.

One expert said the finding is disturbing, but could also offer researchers some hope.

"With the wide spread presence of antibiotic resistance in E. coli, it is making infections more difficult to treat and is leading to increased mortality," said Dr. David Sarstedt, chairman of urology, Chief of Robotic Surgery at Lenox Hill Hospital in New York City. But, he added that "H30-Rx may provide opportunities for vaccine or prevention strategies, which could play a huge part as E. coli [strains] become resistant to our best antibiotics."

Researchers led by Lance Price, of the George Washington University School of Public Health and Health Services, in Washington, D.C., said the strain appears to be much more able than other E. coli strains to move from the bladder to the kidneys and then into the bloodstream.

H30-Rx may be responsible for 1.5 million urinary tract infections and tens of thousands of deaths each year in the United States, according to the study published Dec. 17 in the journal *MBio*.

Genetic analyses revealed how H30-Rx came into being. More than two decades ago, a strain called H30 developed mutations in two genes. This resulted in a clone called H30-PL, which was resistant to the antibiotic Cipro. Soon after, H30-R gave rise to H30-Rx, which is resistant to several antibiotics.

By focusing on H30-Rx, it might be possible to develop a vaccine that could prevent many infections, according to the study authors.

"This strain of E. coli spreads from person to person, and seems to be particularly virulent," study co-author James Johnson, of the Veterans Affairs Medical Center and the University of Minnesota, said in a journal news release.

"This study might help us develop better tools to identify, stop or prevent its spread by finding better ways to block the transmission of the superbug, or by finding a diagnostic test that would help doctors identify such an infection early on — before it might have the chance to turn lethal," he explained.

"We now know that we are dealing with a single enemy, and that by focusing on this strain we can have a substantial impact on this worldwide epidemic," study co-author Evgen Bokurenko, of the University of Washington School of Medicine, said in the news release.

SOURCE: David Sarstedt, M.D., Chairman of Urology, Chief of Robotic Surgery, Lenox Hill Hospital, New York City, *MBio*, news release, Dec. 17, 2013.

HealthDay

Copyright © 2013 HealthDay [http://www.healthday.com]. All rights reserved.

Related MedlinePlus Pages

Antibiotics [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/antibiotics.html]

E. Coli Infections [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/e.coli-infections.html]

Urinary Tract Infections [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/urinarytractinfections.html]

Page last updated on 18 December 2013

SANITA. Simit: 6-8% degenti ha infezione acquisita in ospedale

Frequenti le infezioni urinarie con cateterismo vescicale.

(DIRE - Notiziario Sanità) Roma, 18 dic. Otto morti all'ospedale San Giovanni di Roma proseguono le indagini della Procura di Roma causati da un presunto batterio killer, il *Clostridium difficile*, un agente patogeno ad altissima velocità di contagio, specialmente diffuso negli ambienti ospedalieri, che colpisce più facilmente persone anziane e i malati sottoposti a lunghe cure antibiotiche.

Il procuratore aggiunto Leonardo Prissini, che coordina il pool delle colpe professionali, ha aperto un fascicolo contro i guoti per omicidio colposo. Il magistrato ha delegato gli accertamenti ai carabinieri del Ns, che nei giorni scorsi hanno sequestrato sedici cartelle cliniche. L'indagine della Procura, che al momento non vede iscritto nel registro degli indagati nessuno dei medici o sanitari, si occupa anche del mancato trattamento dei pazienti colpiti in modo letale dal batterio.

Il *Clostridium difficile* è un microorganismo anaerobio, cioè un microorganismo che vive in assenza di ossigeno, in natura si trova in forma di spore, che sono forme di resistenza e sopravvivono nell'ambiente, e in forma vegetativa. Le forme vegetative sono i microorganismi che si riproducono attivamente e velocemente e che produce le tossine causa della malattia (diarrea, febbre). Le forme vegetative si originano dalle spore in condizioni ottimali di crescita. In genere le spore, presenti nell'ambiente, vengono ingerite e in condizioni particolari si trasformano in forme vegetative. Le condizioni ottimali sono rappresentate principalmente dalla soppressione o modificazione della normale flora microbica intestinale, spesso a causa di una terapia antibiotica prolungata e a largo spettro. "La sua contagiosità spiega Nicola Petrosillo, direttore UOC Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive, nonché membro Simit, Società italiana malattie infettive e tropicali, deriva dal fatto che i microorganismi vengono dispersi nell'ambiente (il paziente presenta diarrea) e, se non vengono rispettate misure igieniche ambientali e personali, tra cui il lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari, esiste la possibilità che possano essere trasferiti da un paziente all'altro. Se il paziente nel quale sono trasmesse ha condizioni predisponenti (antibiotici in corso, presenza di altre malattie, uso di antiacidi, età avanzata, etc...) il ciclo di trasformazione in germi produttori di tossine può verificarsi con le manifestazioni cliniche conosciute". La cura è rappresentata, laddove possibile, dalla sospensione degli antibiotici che il paziente sta utilizzando se non più necessari, e dall'uso di farmaci antimicrobici ai quali il *Clostridium difficile* è sensibile. Questi farmaci sono generalmente somministrati per via orale. "Il problema", prosegue Petrosillo, è che in persone debilitate e con altre malattie si possono avere recidive. La probabilità di una prima recidiva è del 25% dopo il primo episodio, ed arriva fino al 60% in coloro che hanno avuto una prima recidiva. Questi casi, peraltro molto fastidiosi, vanno curati con antibiotici selettivi nei confronti del *Clostridium difficile*, insieme alla sospensione di eventuali altre terapie antibiotiche in corso. In alcuni casi però si deve arrivare a ricostituire la flora intestinale, per esempio attraverso il trapianto di feci da donatore". Le più frequenti infezioni associate alle procedure assistenziali e alle organizzazioni sanitarie sono le infezioni urinarie associate a cateterismo vescicale, seguite dalle infezioni della ferita chirurgica, poi dalle infezioni delle basse vie aeree spesso associate a intubazione meccanica per ventilazione assistita, seguite ancora dalle infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari (spesso centrali). Attraverso queste procedure invasive è possibile introdurre dall'esterno microorganismi ovvero, in alcuni casi, facilitare l'accesso in siti profondi di microorganismi presenti su cute e mucose. "La pericolosità di tutto ciò", aggiunge Petrosillo, deriva dalla particolare suscettibilità di alcuni individui, che essendo magari già debilitati e con gravi patologie concomitanti, possono avere decessi clinici talora infausti a seguito di infezioni intercorrenti, e dalla possibilità che i microorganismi in causa siano resistenti agli antibiotici. Infatti in ospedale, a causa del largo utilizzo di antibiotici, nel tempo si sono selezionati ceppi di batteri resistenti a molti antibiotici, e talora a tutti quelli conosciuti. In questo caso debellare queste infezioni è praticamente impossibile. Riguardo la frequenza di infezioni, si calcola che il 6-8% dei pazienti in ospedale hanno una infezione acquisita in ospedale". E conclude: "Non è possibile azzerare le infezioni, ma si deve portare a zero la tolleranza nei confronti di pratiche scorrette, igiene insufficiente e mancato rispetto delle misure di controllo delle infezioni. Le strutture sanitarie devono garantire al paziente la dovuta sicurezza ed igiene, ed all'operatore la possibilità di lavorare con tranquillità facilitandone il lavoro e l'applicazione di tutte le suddette misure".

(Web/ DIRE)

DIRE.it
COMUNICAZIONE

Proponiamo e offriamo
dalla nostra attività e dai nostri eventi
corsi di alta qualità, con un alto
contenuto scientifico, con un alto
livello di competenza e di serietà, con
un alto grado di serietà.



FORMAZIONE ONLINE

CORSI E MASTER
INTERNAZIONALI



SIMIT

LaO, Istituto di Ortopedia

Assistenza

Milano Center di Ricerca (Lombardia)

CONFERENZA INTERNAZIONALE

SILICONIO

LA NASCITA DEL SILICONISMO

NELLA TERAPIA DIABETICA

CON IL SILICONIO AUTISTICO

11-12 gennaio 2014 ore 9-18-30

Istituto Compositore - Ospedale Europeo

Auto Milano - Via Poggia, 6 - Roma

Il processo grafico
del marchio autistico

DIRE GIOVANI.it **DIRE**.it
Agenzia di stampa quotidianaNewsletter **SALU'** 

ARCHIVIO | IL PROGETTO | ISCRIZIONE

◀ INDICE

A+ A- 

SANITA. Simit: 6-8% degenti ha infezione acquisita in ospedale

Frequenti le infezioni urinarie con cateterismo vescicale,

(DIRE - Notiziario Sanità) Roma, 18 dic. - Otto morti all'ospedale San Giovanni di Roma: proseguono le indagini della Procura di Roma causati da un presunto batterio killer, il *Clostridium difficile*, un agente patogeno ad altissima velocità di contagio, specialmente diffuso negli ambienti ospedalieri, che colpisce più facilmente persone anziane e i malati sottoposti a lunghe cure antibiotiche.

Il procuratore aggiunto Leonardo Frisani, che coordina il pool delle colpe professionali, ha aperto un fascicolo contro ignoti per omicidio colposo. Il magistrato ha delegato gli accertamenti ai carabinieri del Nas, che nei giorni scorsi hanno sequestrato sedici cartelle cliniche. L'indagine della Procura, che al momento non vede iscritto nel registro degli indagati nessuno dei medici o sanitari, si occupa anche del mancato trasferimento dei pazienti colpiti in modo letale dal batterio.

Il *Clostridium difficile* è un microrganismo anaerobio, cioè un microrganismo che vive in assenza di ossigeno. In natura si trova in forma di spore, che sono forme di resistenza e sopravvivono nell'ambiente, e in forma vegetativa. Le forme vegetative sono i microrganismi che si riproducono attivamente e velocemente e che producono le tossine causa della malattia (diarrea, febbre). Le forme vegetative si originano dalle spore in condizioni ottimali di crescita. In genere le spore, presenti nell'ambiente, vengono ingerite e in condizioni particolari si trasformano in forme vegetative. Le condizioni ottimali sono rappresentate principalmente dalla soppressione o modificazione della normale flora microbica intestinale spesso a causa di una terapia antibiotica prolungata e a largo spettro. "La sua contagiosità spiega Nicola Petrosillo, direttore UOC 'Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso' dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive, nonché membro Simit, Società italiana malattie infettive e tropicali- deriva dal fatto che i microrganismi vengono dispersi nell'ambiente (il paziente presenta diarrea) e, se non vengono rispettate misure igieniche ambientali e personali, tra cui il lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari, esis

Mercoledì 18 DICEMBRE 2013

Infezioni ospedaliere. Da Cittadinanzattiva 5 raccomandazioni e consigli per i cittadini

Fare attenzione alla documentazione del fenomeno e alla pulizia dell'ambiente, informare i pazienti su come prevenire le infezioni al momento del rientro a casa. E, per i cittadini, curare l'igiene, usare correttamente gli antibiotici e rispettare i divieti. Queste alcune delle raccomandazioni presentate alla VI Conferenza sui dispositivi medici.

“Il tema della prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza rappresenta una sfida per il nostro Servizio sanitario nazionale: esistono tutte le informazioni per limitarle e prevenirle, ma molto spesso restano sulla carta e ci rimettono tanto i cittadini quanto il Ssn. Il cittadino perché ne subisce le conseguenze, spesso fortemente invalidanti, e ne sostiene i costi diretti e indiretti, il servizio sanitario perché vede lievitare i costi: a causa delle infezioni, la degenza può prolungarsi di qualche giorno fino a settimane o anche mesi, con costi variabili da 500 a 2000 euro al giorno”. Questo è quanto dichiarato da Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, nell’ambito della VI Conferenza nazionale sui dispositivi medici in corso oggi.

“In un momento in cui la degenza viene limitata allo stretto indispensabile e gli interventi si fanno anche in day surgery - ha detto Aceti - è ancora più importante prevenire le infezioni: il rischio è che la persona scopra al rientro a casa di aver contratto un’infezione e che si trovi da solo a gestire il problema, anche perché di fronte ad alcune situazioni perde la fiducia nella struttura che quel problema l’ha generato”. A partire dalle segnalazioni dei cittadini, il Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva, con il contributo non condizionato di Johnson & Johnson Medical ha rilevato i nodi critici da affrontare e realizzato cinque raccomandazioni civiche, condivise con un panel di esperti.

Le raccomandazioni civiche riguardano: l’attenzione alla documentazione del fenomeno, a partire dalla cartella clinica; la formazione, l’applicazione e il controllo periodico del corretto uso delle procedure; porre particolare attenzione alla pulizia e alla sanificazione ambientale e all’utilizzo di tecnologie innovative di prevenzione; informare i cittadini su comportamenti da adottare per contribuire alla sicurezza e prevenzione delle infezioni; fornire le istruzioni al momento del rientro a casa su cosa fare, a chi segnalare e rivolgersi in caso di problemi.

Il Tribunale per i diritti del malato, inoltre, ha pensato a cosa raccomandare al cittadino per contribuire alla prevenzione delle infezioni. Si tratta di poche e semplici indicazioni, eccone alcune:

- curare l’igiene più del solito, lavandosi e facendo lavare le mani anche a parenti e amici;
- chiedere dotazioni personalizzate (es. termometro, padelle, pappagallo, stoviglie);
- chiedere al personale sanitario quanto tempo si dovrà tenere un catetere (urinario o venoso) e ricordare di controllarlo o quando quel tempo è terminato;
- usare in maniera appropriata gli ambienti, rispettando i divieti;
- evitare di andare in ospedale in visita ad un nostro caro quando si sta male (influenza, malattie esantematiche, etc.);
- assumere correttamente e solo quando prescritto gli antibiotici.

[an error occurred while processing this directive]

Low graphics | Accessibility help

News services
Your news when you want it



▶ Watch **One-Minute World News**

Last Updated: Monday, 16 August, 2004, 20:00 GMT 21:00 UK

✉ E-mail this to a friend

🖨️ Printable version

News Front Page



- Africa
- Americas
- Asia-Pacific
- Europe
- Middle East
- South Asia
- UK
- England
- Northern Ireland**
- Scotland
- Wales
- UK Politics
- Education
- Magazine
- Business**
- Health**
- Science & Environment**
- Technology**
- Entertainment**
- Also In the news
-
- Video and Audio
-
- Programmes**
- Have Your Say
- In Pictures
- Country Profiles
- Special Reports

New method to fight superbug

The Northern Ireland ambulance service has begun piloting a new method of stopping the hospital superbug MRSA from spreading.



A silicon membrane is put over over the stethoscope

It is reckoned almost one in five stethoscopes could harbour the disease.

MRSA (methicillin resistant staphylococcus aureus) is just one of the infections patients can develop in hospital, but it is the focus of public, government and the health service because of its resistance to treatment.

Paramedics have now been given a disposable film, developed in Northern Ireland, which fits over the head of the stethoscope.

Paramedic Eamonn Ferguson, who drives one of the Ambulance Services rapid responder vehicles now carries a silicon membrane which he puts over over his stethoscope before checking a patient.

"In taking blood pressure, we use the Stet-pro cover, which covers the diaphragm with the stethoscope, which prevents cross-contamination," he said.

"It is a pretty easy thing to use. Once we have used it, we discard it into a clinical waste bag."

It is thought almost three quarters of stethoscopes could be carrying some kind of infection.

John Wright of the NI Ambulance Service said: "We are very keen to join the hospital fight against the superbug, or MRSA - non-blood borne infections that we could be involved with helping to transmit."

Ambulance equipment is one obvious way germs can spread from one patient to another.

So John says in recent years, the Ambulance Service has moved increasingly towards only using disposable equipment.

The MRSA superbug plays a part in the deaths of at least 30 people in Northern Ireland every year. Still more die from other infections.

Last month, the government announced it was introducing

WATCH AND LISTEN

BBC NI's Dot Kirby:

"It is thought almost three quarters of stethoscopes could be carrying some kind of infection"

▶ VIDEO

BBC ACTION NETWORK

MRSA infections

What can you do about the hospital 'superbug'?



SEE ALSO:

- MRSA 'leads to 30 NI deaths' 27 Jul 04 | Northern Ireland
- NHS failings hit superbug fight 14 Jul 04 | Health
- Information 'key to tackling superbugs' 13 Jul 04 | Health
- Q&A: MRSA 'superbugs' 13 Dec 02 | Health

RELATED INTERNET LINKS:

- British Cleaning Council
- Department of Health
- National Audit Office
- Sinn Fel
- DUP

The BBC is not responsible for the content of external internet sites

TOP NORTHERN IRELAND STORIES

- Two in court over Twelfth riots
- Major arrests promised over riots
- Riot tactics defended by police

📡 | News feeds

RELATED BBC SITES

- SPORT
- WEATHER
- ON THIS DAY
- EDITORS' BLOG

Venerdì 13 DICEMBRE 2013

Malattie infettive. 8 pazienti su 100 si infettano in ospedale

Per evitarle si deve portare a zero la tolleranza nei confronti di pratiche scorrette, igiene insufficiente e mancato rispetto delle misure di controllo delle infezioni. Questi i consigli della Società italiana malattie infettive e tropicali dopo le morti sospette all'ospedale San Giovanni di Roma per un batterio killer.

Si calcola che il 6-8 % dei pazienti in ospedale ha una infezione acquisita in nelle corsie delle strutture sanitarie. E sempre negli ospedali, a causa del largo utilizzo di antibiotici, nel tempo, si sono selezionati cloni di batteri resistenti a molti antibiotici, e talora a tutti quelli conosciuti. In questo caso debellare tali infezioni è impossibile. Ma per la Società italiana malattie infettive e tropicali qualcosa si può fare: si deve portare a zero la tolleranza nei confronti di pratiche scorrette, igiene insufficiente e mancato rispetto delle misure di controllo delle infezioni.

Le infezioni ospedaliere sono tornate prepotentemente alla ribalta dopo il caso del San Giovanni Addolorata di Roma. Nelle corsie del nosocomio romano, negli ultimi mesi, è salito a nove il bilancio delle morti causate presumibilmente da un presunto batterio killer, il *Clostridium difficile*, agente patogeno ad altissima velocità di contagio, specialmente diffuso negli ambienti ospedalieri, che colpisce più facilmente persone anziane e i malati sottoposti a lunghe cure antibiotiche.

"La contagiosità del *Clostridium difficile* - spiega Nicola Petrosillo, Direttore UOC "Infezioni sistemiche e dell'immuno-depresso" dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive, nonché membro SIMIT, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali - deriva dal fatto che i microrganismi vengono dispersi nell'ambiente (il paziente presenta diarrea) e, se non vengono rispettate misure igieniche ambientali e personali, tra cui il lavaggio delle mani da parte degli operatori sanitari, esiste la possibilità che possano essere trasferiti da un paziente all'altro. Se il paziente nel quale sono trasmesse ha condizioni predisponenti (antibiotici in corso, presenza di altre malattie, uso di antiacidi, età avanzata, etc...) il ciclo di trasformazione in germi produttori di tossine può verificarsi con le manifestazioni cliniche connesse".

La cura è rappresentata, laddove possibile, dalla sospensione degli antibiotici che il paziente sta utilizzando se non più necessari, e dall'uso di farmaci antimicrobici ai quali il *Clostridium difficile* è sensibile. Questi farmaci sono generalmente somministrati per via orale. "Il problema - prosegue Petrosillo - è che in persone debilitate e con altre malattie si possono avere recidive. La probabilità di una prima recidiva è del 25% dopo il primo episodio, ed arriva fino al 60% in coloro che hanno avuto una prima recidiva. Questi casi, peraltro molto fastidiosi, vanno curati con antibiotici selettivi nei confronti del *Clostridium difficile*, insieme alla sospensione di eventuali altre terapie antibiotiche in corso. In alcuni casi però si deve arrivare a ricostituire la flora intestinale, per esempio attraverso il trapianto di feci da donatore".

Le infezioni ospedaliere. Le più frequenti infezioni associate alle procedure assistenziali e alle organizzazioni sanitarie sono le infezioni urinarie associate a catetensmo vescicale, seguite dalle infezioni della ferita chirurgica, poi dalle infezioni delle basse vie aeree spesso associate a intubazione meccanica per ventilazione assistita, seguite ancora dalle infezioni del torrente circolatorio associate a cateteri vascolari (spesso centrali). Attraverso queste procedure invasive è possibile introdurre dall'esterno microrganismi ovvero, in alcuni casi, facilitare l'accesso in siti profondi di microrganismi presenti su cute e mucose.

"La pericolosità di tutto ciò - ha aggiunto Petrosillo - deriva dalla particolare suscettibilità di alcuni individui, che essendo magari già debilitati e con gravi patologie concomitanti, possono avere decorsi clinici talora infausti a seguito di infezioni intercorrenti, e dalla possibilità che i microrganismi in causa siano resistenti agli antibiotici. Infatti in ospedale, a causa del largo utilizzo di antibiotici, nel tempo si sono selezionati cloni di batteri resistenti a molti antibiotici, e talora a tutti quelli conosciuti. In questo caso debellare queste infezioni è praticamente impossibile. Riguardo la frequenza di infezioni, si calcola che il 6-8 % dei pazienti in ospedale hanno una infezione acquisita in ospedale".

L'appello degli esperti. Per questo gli esperti lanciano un appello all'igiene. "Non è possibile azzerare le infezioni - ha concluso Petrosillo - ma si deve portare a zero la tolleranza nei confronti di pratiche scorrette, igiene insufficiente e mancato rispetto delle misure di controllo delle infezioni. Le strutture sanitarie devono garantire al paziente la dovuta sicurezza ed igiene, ed all'operatore la possibilità di lavorare con tranquillità facilitandone il lavoro e l'applicazione di tutte le suddette misure".

Giovedì 27 FEBBRAIO 2014

Infezioni ospedaliere. Anche lo stetoscopio è a rischio. Uno studio svela perché

Non sono solo le mani sporche degli operatori sanitari ad esporre al rischio di trasmissione delle infezioni. Uno studio svizzero pubblicato sul giornale della Mayo Clinic rivela che i batteri si annidano soprattutto sul diaframma dello stetoscopio. Che andrebbe quindi disinfettato da un paziente all'altro

Il maggior veicolo di trasmissione delle infezioni batteriche ospedaliere, è noto, sono le mani non lavate degli operatori sanitari. Ma forse c'è qualcosa che potrebbe far vacillare il triste primato delle mani sporche ed è il fonendoscopio. Una ricerca degli Ospedali Universitari di Ginevra che sarà pubblicata sul numero di marzo di *Mayo Clinic Proceedings* ha messo a confronto il livello di contaminazione batterica delle mani dei medici e dei loro stetoscopi.

Considerando che gli stetoscopi vengono utilizzati più volte al giorno, venendo a diretto contatto con la cute del paziente – hanno pensato i ricercatori svizzeri – potrebbero albergare svariate migliaia di batteri, compreso l'MRSA, 'saliti a bordo' da un paziente all'altro. "Abbiamo pensato dunque – sostengono i ricercatori svizzeri - che per questo motivo gli stetoscopi rappresentano dei potenziali importanti veicoli di trasmissione. Da un punto di vista del controllo delle infezioni e delle prospettive di sicurezza dunque, gli stetoscopi andrebbero considerati come un'estensione delle mani del medico ed andrebbero dunque disinfettati da un paziente all'altro".

Lo studio è stato effettuato su 71 pazienti esaminati da 1-3 medici che indossavano guanti sterili e uno stetoscopio sterilizzato. Alla fine dell'esame, è stata presa in esame la concentrazione batterica presente in due parti dello stetoscopio (il diaframma e il tubo) e in quattro zone delle mani dei medici (punta delle dita, eminenza tenar e ipotenar, dorso delle mani). Il diaframma dello stetoscopio è risultato la regione più pesantemente contaminata da stafilococchi MRSA (*Staphylococcus aureus* meticillino-resistente) dopo aver visitato pazienti colonizzati da questi batteri. Per quanto riguarda le mani, come prevedibile, la regione più contaminata è risultata la punta delle dita.

Questo è il primo studio in assoluto ad aver messo a confronto diretto al contaminazione degli stetoscopi con quella delle mani del medico. Il *take home message* che arriva da Ginevra è dunque: medici ricordatevi di disinfettare lo stetoscopio da un paziente all'altro.

"Contamination of Stethoscopes and Physicians' Hands After a Physical Examination," by Yves Longtin, MD; Alexis Schneider, MD; Clément Tschopp, MD; Gesuèle Renzi, MS; Angèle Gayet-Ageron, MD, PhD; Jacques Schrenzel, MD; and Didier Pittet, MD, MS (DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.11.016>). Mayo Clinic Proceedings, Volume 89, Issue 3 (March 2014)

Maria Rita Montebelli

quotidianosanità.it

Martedì 25 FEBBRAIO 2014

Errori in sanità. Risarcimenti per 1,5 mld in 9 anni. Assicurazioni più care del 16%. Il rapporto Marsh

Calano gli errori denunciati nella sanità pubblica, che però diventano sempre più cari: sono costati 300 milioni di euro di risarcimento nel solo 2012. Ogni anno si registrano in media 61 denunce di sinistro per ospedale. Nel 2012 il costo medio per sinistro passato a 116mila euro rispetto i 66mila del 2011. I costi assicurativi sono cresciuti del 15-17%. IL RAPPORTO.

Calano infortuni ed errori sanitari denunciati alle assicurazioni ma aumentano i premi e le richieste di risarcimento danno, facendo segnare una vera e propria esplosione nel 2012, complici i danni da parto e anche l'aumento di infortuni in aree che prima non ne registravano, o molto pochi, come neurochirurgia e cardiocirurgia. È questo il quadro che emerge dal V rapporto Medmal sui sinistri in sanità di Marsh, relativo a 96 asl e aziende ospedaliere pubbliche, presentato oggi a Milano, che ha analizzato i sinistri denunciati dal 2004 al 2012.

In questo arco di tempo il costo medio per sinistro è salito da 40mila a 66mila euro, con un picco registrato nel 2012, dove il valore medio del risarcimento è arrivato a 116mila euro, quasi il doppio. In totale in nove anni sono stati pagati risarcimenti per 1,5 miliardi di euro, di cui 300 milioni solo nel 2012. "Il picco del 2012 - spiega Emanuele Patrini, healthcare risk manager di Marsh che ha curato lo studio - è spiegabile in parte con un leggero aumento delle richieste di risarcimento danno agli ospedali, e in parte con un aumento del 2% delle richieste di risarcimento danni collegati al parto. Inoltre abbiamo registrato nel tempo l'aumento di sinistri collegati a specialità ad alto impatto come neurochirurgia, oncologia e cardiocirurgia".

Rispetto al precedente rapporto 2004-2011, si riduce leggermente la frequenza degli errori. Ogni ospedale riceve 61 richieste di risarcimento all'anno, corrispondenti a 1 sinistro ogni 10 posti letto e quasi 1,8 ogni 10 medici. "Nonostante il calo del numero dei sinistri - continua Patrini - il valore economico dei risarcimenti è stato maggiore perché i sinistri sono stati più gravi, in parte perché collegati ai parti".

L'aumento medio dei valori assicurativi registrato riguarda tutte le aree, e va dal 15,4% al 17,2% per medici, infermieri, posti letto, ricoveri. Il valore assicurativo medio è passato da 3.400 a 4.000 euro per posto letto: in termini assicurativi un medico costa in media 6.841 euro, un infermiere 2.864 euro, un ricovero 108 euro, con valori molto più alti nel centro Italia. Riguardo al numero di richieste di risarcimenti danni, al primo posto c'è il nord con il 55,4%, seguito dal centro con il 39% (14.801) e dal sud con il 6% (2298). Le specialità più a rischio sono ortopedia (13%), pronto soccorso (12,5%), chirurgia generale (10%), ostetricia e ginecologia (8%) e tra gli errori più reclamati ci sono quelli chirurgici (27%), diagnostici (19%), terapeutici (11%) e cadute di pazienti e visitatori (10%).

Circa la strutture sanitarie coinvolte, quelle di primo livello, cioè quelle di base, hanno avuto il maggior numero di richieste danni (54,73%), seguite da quelle di secondo livello, come gli ospedali ad alta intensità di cura o ad alta specializzazione (23,46%) e gli ospedali universitari (18,8%). Molto distanziate sono le strutture specialistiche monotelamatiche come quelle ortopediche 1,8%, quelle materno infantili 1% e quelle oncologiche 0,23%.

I tempi per le denunce rimangono lunghi: se circa la metà delle richieste di risarcimento danni sono avanzate entro i primi 6 mesi dall'evento, molte arrivano entro due anni e alcune anche entro 6 anni. Nei nove anni esaminati dal rapporto sono state chiuse circa il 31% delle richieste danni, mentre resta aperto poco più del 45% di pratiche e il 23% è stato senza seguito.

A. L.

quotidianosanità.it

Venerdì 21 FEBBRAIO 2014

Telemedicina. Ministero Salute: "Intesa Stato-Regioni su Linee di indirizzo è risultato importante"

Soddisfazione da parte del ministero della Salute per l'intesa sancita ieri. "Per la prima volta, a fronte di numerose iniziative progettuali o sperimentazioni concluse ma non messe a sistema, vengono dati indirizzi per una disciplina uniforme della Telemedicina nell'ambito del Ssn".

L'Intesa sancita ieri in Conferenza Stato Regioni sul documento "Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali" rappresenta "un importante risultato, in quanto per la prima volta, a fronte di numerose iniziative progettuali o sperimentazioni concluse ma non messe a sistema, vengono dati indirizzi per una disciplina uniforme della Telemedicina nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

Ad affermarlo, in una nota, è il ministero della Salute spiegando che "a fronte della diffusione non organica di servizi sanitari erogati con modalità di Telemedicina, il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, ha predisposto le Linee di indirizzo per disporre di un modello di governance condivisa delle iniziative di Telemedicina, volta all'armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione di questa modalità di erogazione/fruizione di servizi a distanza".

Le Linee di Indirizzo individuano in particolare gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego di tali sistemi nell'ambito del SSN, delineano un quadro strategico nel quale collocare gli ambiti prioritari di applicazione della Telemedicina, analizzano modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di Telemedicina nella pratica clinica, definiscono classificazioni comuni, affrontano aspetti concernenti i profili normativi e regolamentari e la sostenibilità economica dei servizi e delle prestazioni di telemedicina.

"Si evidenzia, inoltre – conclude il ministero -, che viene previsto nell'Intesa che il recepimento delle Linee di indirizzo da parte delle Regioni e province autonome è valutato in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005".

Giovedì 30 GENNAIO 2014

Dispositivi medici. Assobiomedica: nel 2012 export italiano + 9,6%. Cala mercato domestico

Oltre il 79% delle imprese italiane esporta all'estero. La produzione segna +6,6%, nonostante la domanda interna registri una flessione (-4%). Gli Usa diventano uno sbocco sempre più gettonato: +21,2%. Sono le cifre analizzate e discusse nel corso di un convegno svoltosi presso l'Ice.

Nel corso del 2012 le esportazioni delle imprese italiane che producono dispositivi medici sono cresciute del 9,6% rispetto all'anno precedente e, contestualmente, la loro produzione ha registrato un incremento pari al 6,6%. Tutto questo a fronte di una contrazione del mercato domestico del 4%. Nel complesso il 79% delle realtà del settore ha venduto all'estero e, tra esse, oltre la metà si è mostrata operativa in almeno tre continenti: Europa occidentale e Russia, Stati Uniti, Argentina e Brasile, Paesi arabi, India e Cina.

I buoni risultati dell'export sono però maturati in un contesto di bassa domanda da parte dei tradizionali mercati di sbocco nell'area euro: le esportazioni verso la Germania hanno registrato una debole crescita (+4.1%) e le vendite in Francia sono calate (-1.5%), sono invece ottimi i risultati ottenuti negli Stati Uniti (+21.2%). In crescita lo sbocco in mercati come Cina, Turchia, Brasile e Venezuela.

E' sulla base di questi elementi che oggi Ice e Assobiomedica, in collaborazione con Saca e Simast, hanno proposto spunti e riflessioni nell'ambito del convegno "Strategie e strumenti per l'internazionalizzazione dell'industria italiana dei dispositivi medici", svoltosi presso l'Ice.

L'evoluzione dell'economia globale evidenzia come sta in atto "un processo di rientro della manifattura verso Occidente - ha sottolineato Carlo Calenda, vice ministro dello Sviluppo economico - Le realtà emergenti non sono infatti più soltanto economie di produzione, ma anche di consumo". E in questo trend si inserisce perfettamente il settore biomedicale " presente, in una fase di pieno sviluppo, in tutti i Paesi emergenti che stanno implementando importanti piani legati alla sanità qualificata. E in tale contesto deve lavorare l'Italia, caratterizzata sempre da un'importante produzione. La domanda internazionale è enorme e bisogna valorizzarla, soprattutto tramite accordi di libero scambio". Intese che devono tener conto "della realtà delle pm, cioè "la colonna vertebrale del tessuto manifatturiero italiano, che necessitano di un sostegno pubblico in quanto faticano maggiormente ad affacciarsi verso i mercati esteri". Farmaceutico e biomedicale hanno registrato importanti tassi di crescita per quanto concerne l'export, "ma vanno sostenuti in maniera più adeguata, interloquendo con le associazioni di categorie per individuare dove convogliare le nuove risorse su piatto".

Essere presenti su tutti i mercati "è un elemento imprescindibile - ha osservato Stefano Rimondi, presidente di Assobiomedica - Ma allo stesso tempo bisogna costruire anche un mercato domestico recettivo. Serve quindi un approccio sistemico, non più incentrato sulla visione di singole aziende. Siamo convinti infatti che il settore si presti a strategie di filiera, che coinvolgano non solo le imprese, ma anche i centri di ricerca e le strutture sanitarie: esportare dispositivi medici insieme al know-how medico-organizzativo italiano aiuterebbe infatti sia lo sviluppo dell'industria del Paese che la valorizzazione del nostro Servizio sanitario nazionale".

Approccio pienamente condiviso da Fulvio D'Alvia, direttore Retimpresa di Confindustria, che ha ricordato come "il sistema di rete che caratterizza le imprese italiane rappresenta una best practice europea". Le aggregazioni devono però avvenire "all'insegna di un preciso programma di sviluppo, seguendo il concetto di network". E per raggiungere questo scopo la priorità "è investire sui distretti industriali che non vanno intesi come enti, ma da intendersi sulla base di unioni determinate da contratti".

I percorsi di internazionalizzazione dell'industria medicale italiana saranno pienamente supportati dall'Ice Agenzia, come ha garantito il direttore generale Roberto Luongo. "Un esempio è la Tavola rotonda italo-svizzera sul settore medicale, organizzata lo scorso mese di novembre presso la nostra sede di Roma, che ha rappresentato l'occasione per individuare ed illustrare le opportunità e le sfide che il comparto medicale offre nei due mercati, nonché per richiamare l'attenzione sul settore e sugli strumenti di sostegno e promozione che ciascun Governo mette a disposizione delle proprie imprese. Tra le iniziative in programma - ha ricordato - si segnalano anche la missione imprenditoriale di sistema in Arabia Saudita, organizzata dal ministero degli Affari esteri, ministero dello Sviluppo Economico, Ice-Agenzia e Confindustria, che si svolgerà nel prossimo mese di marzo, con il fine di approfondire le opportunità di collaborazione offerte dai due mercati alle imprese del settore e la partecipazione dell'Italia in qualità di Paese ospite d'onore alla fiera Expomed Eurasia, per la quale l'Ice-Agenzia, in collaborazione con il MISE, di un padiglione imprenditoriale italiano e parallelamente una serie di tavole rotonde tematiche con il coinvolgimento di controparti locali".

Giovedì 12 DICEMBRE 2013

Dispositivi medici. Lombardia leader per numero di imprese. Qui il 49% del fatturato italiano

Il Rapporto di Assobiomedica con Assolombarda e Regione. Boggio: "Un settore da valorizzare". Bifulco: "Defiscalizzare investimenti in ricerca". Melazzini: "Lavorare in squadra". La massima concentrazione di imprese nella provincia di Milano.

La Lombardia è la prima regione italiana per numero di imprese di dispositivi medici, grazie alle sue oltre 800 imprese, 30mila dipendenti e il 49% del fatturato nazionale. La conferma arriva dal rapporto "Produzione, ricerca e Innovazione nel settore dei dispositivi medici in Lombardia", elaborato dal Centro studi di Assobiomedica con Assolombarda e la regione Lombardia e presentato a Milano.

La provincia meneghina è l'area a maggior concentrazione, con oltre il 61% delle imprese lombarde e quasi l'80% del fatturato prodotto nella regione. Seguono le province di Monza e Brianza (8,6%), Brescia (6,4%), Bergamo (6,1%) e Varese (4,8%). Tuttavia, se per numero di imprese queste province sono sostanzialmente pari tra loro, per fatturato prodotto spicca invece quella di Monza, con il 9,4% del totale regionale, contro poco più del 2% di Brescia, Bergamo e Varese.

La Lombardia annovera per la maggior parte, come avviene a livello nazionale, imprese di micro o piccole dimensioni, e aziende di dimensioni medio-grande in proporzione superiore alla media nazionale. In particolare c'è una notevole presenza di multinazionali del settore, controllate da capitali esteri per il 76% in tutta la regione. Ad arricchire poi il tessuto produttivo lombardo c'è anche una forte componente di imprese di produzione per conto terzi, che rappresentano il 25% del totale, contro il 17% osservato complessivamente in Italia. I comparti maggiori, per numero di imprese produttrici, sono il biomedicale e il biomedicale strumentale, anche se a livello regionale e provinciale, risulta superiore alla media la presenza di imprese produttrici di dispositivi medici a base di sostanze farmaceutiche, cosmetiche, alimentari ed elettromedicali diagnostici.

"Si tratta di un tessuto industriale - commenta Luigi Boggio, vicepresidente di Assobiomedica - che va valorizzato, perché produce innovazione tecnologica e contribuisce all'eccellenza del Paese". Per Rosario Bifulco, consigliere di Assolombarda per competitività territoriale, ambiente ed energia, "la Lombardia è l'ecosistema ideale per lo sviluppo del settore biomedicale. Dovremo spingere perché si investa a livello regionale e nazionale. Ci sono vari strumenti utili, ma quello fondamentale è la defiscalizzazione delle spese per la ricerca, visto che i soldi sono pochi. Bisogna selezionare i settori su cui investire e i soggetti a cui elargire i finanziamenti. Inoltre servirebbero incubatori specializzati di imprese per le start up".

Numeri molto significativi, li ha definiti l'assessore alle Attività produttive, Mario Melazzini, "che noi vogliamo non solo mantenere, ma incrementare in termini di qualità e innovazione. Per fare questo occorre abbattere alcune barriere culturali, agire in maniera non frammentata e lavorare in squadra. Così facendo, sono certo che potremo far sì che gli investimenti in ricerca, innovazione e sviluppo passino dall'1,6% al 3% del Pil in 5 anni, come prevede il nostro programma di governo".

Spostando lo sguardo dal panorama lombardo a quello nazionale, è emerso poi che sul fronte dei crediti vantati dalle imprese del settore biomedicale verso enti e pubbliche amministrazioni, la situazione è migliorata, ma si è ancora lontani dall'essere soddisfatti.

"Il 2013 è stato un anno positivo tutto sommato - precisa Boggio - perché si è passati dai 300 giorni del 2012 entro cui le imprese erano pagate, a 220 giorni rilevati a ottobre 2013. I crediti vantati dalle imprese ammontano ora a 4 miliardi di euro, contro i 6 miliardi precedenti". Un miglioramento da ascrivere, secondo Boggio, sia "agli stanziamenti del Governo, sia alla pressione fatta dalle aziende e la 'sensibilità' portata nelle regioni". Tuttavia l'emergenza non è certo finita e gli imprenditori sono preoccupati da un nuovo fattore: "i crediti freschi di quest'anno, che avrebbero dovuto essere pagati entro 60 giorni - continua - come previsto dalla legge, non sono mai stati pagati in questi termini. Solo il Trentino l'ha fatto, ma lo faceva già da prima, mentre la Lombardia continua a rimanere sui 90 giorni. Nessuno quindi sta applicando la legge".

La preoccupazione delle imprese è che, finita l'ondata di finanziamenti che ha consentito agli enti pubblici di pagare una parte dei crediti, "il monte credito riprenderà ad aumentare - conclude Boggio - Aspettiamo i nuovi finanziamenti, che dovrebbero arrivare all'inizio del 2014 e darci un po' di respiro. Ma, anche se la situazione è migliorata, siamo ancora lontani dall'obiettivo".

A.L.

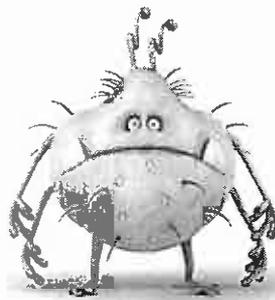


News

Cerca... Val

Lotta alle infezioni correlate all'assistenza: nasce il portale ARS "Infezioni Obiettivo Zero"

Mi piace 0 Tweet 8



ARS NEWS - 23/01/2014

Diffondere la consapevolezza del problema, condividere conoscenze aggiornate, creare occasioni di confronto tra i professionisti, stimolare l'adozione di azioni e strategie d'intervento.

Sono queste le sfide cui cercheremo di dare risposta con il nuovo portale Infezioni Obiettivo Zero, una testata on line che raccoglie contributi di professionisti impegnati, a vario titolo, nella lotta alle infezioni correlate all'assistenza.

L'Osservatorio qualità ed equità dell'ARS riprende così il suo impegno su questo tema, già sostenuto con il Progetto CORIST - Controllo del Rischio Infettivo in Sanità Toscana. L'esperienza riparte con modalità che ci sembrano **adeguate al mutamento dei tempi**, grazie soprattutto alla collaborazione di professionisti che operano quotidianamente sul campo: medici e Infermieri del Pronto soccorso, delle Terapie Intensive, dei reparti di Medicina e Chirurgia, Infettivologi, farmacisti e ricercatori. Per lo più giovani adulti, colti nel cosiddetto "attimo fuggente", cioè quel punto d'equilibrio tra competenze, energie ed entusiasmo che caratterizza, nei migliori, alcuni anni della pratica professionale.

Alexander Fleming dichiarò ritirando il premio Nobel: «Non è difficile creare microbi resistenti in laboratorio, è sufficiente esporli a concentrazioni di antibiotico insufficienti a ucciderli... L'uomo può facilmente sotto-dosare il farmaco facilitando il fenomeno della resistenza». Dopo vari decenni ci accorgiamo che, per non aver ascoltato queste parole e aver avallato la convinzione che morire per malattie infettive fosse un ricordo del passato, ci troviamo oggi sulla soglia di una drammatica sfida sanitaria che vede da una parte un'inesorabile evoluzione batterica e dall'altra la quasi totale assenza di ricerca e sviluppo di nuovi agenti terapeutici. Ci stiamo avviando in quella che Thomas Friedman del CDC di Atlanta ha definito "era post-antibiotica" e, ammesso che la creazione di nuove molecole sia la strada giusta, essa richiederà tempo. È quindi ancor più urgente ricorrere a **strategie di prevenzione**.

Si percepisce un immobilismo disarmante, come spesso accade per i fenomeni in lenta evoluzione, ma già adesso in Europa sono 25mila le morti per infezioni da batteri resistenti alle terapie. Siamo certi che sia proprio questa la prima battaglia da vincere: **diffondere consapevolezza e stimolare strategie d'intervento**; promuovere l'adozione di prassi sistematiche di accertamento e prevenzione delle infezioni. In attesa di nuovi farmaci che, anche sulla base delle più recenti conoscenze microbiologiche, possano utilizzare rinnovati meccanismi d'azione.

Il nuovo portale dell'ARS si rivolge a tutti gli operatori sanitari impegnati nella prevenzione e nel controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali ed è a disposizione dei professionisti sanitari, che invitiamo a commentare gli articoli, a segnalare iniziative, interventi formativi, convegni e notizie sul tema delle infezioni.

Saranno disponibili e consultabili:

- › informazioni di carattere generale
- › documentazione relativa a progetti ed esperienze
- › strumenti di lavoro
- › letteratura scientifica
- › link di interesse

Buona navigazione!

Per approfondire:

- › visita il portale Infezioni Obiettivo Zero
- › visita la pagina Infezioni correlate all'assistenza

Determinanti di salute

- Alcol
- Alimentazione, attività fisica e peso corporeo
- Ambiente
- Dipendenze
- Fumo

Problemi di salute

- Gravi cerebrolesioni acquisite
- Incidenti stradali, domestici e balneari
- Lesioni midollari
- Malattie croniche
- Malattie infettive
- Salute mentale

La salute di...

- Anziani
- Bambini
- Detenuti
- Genere
- Stranieri

Cure e assistenza

- Assistenza in RSA
- Farmacoepidemiologia
- Infezioni correlate all'assistenza
- Medicine complementari
- Riabilitazione

Strumenti e metodi

- Evidence-based prevention
- Indicatori di qualità ed equità dell'assistenza
- Misurare la qualità della vita

500 mila italiani si ammalano in ospedale, strategie contro super-bug

Roma, 16 apr. (AdnKronos Salute) - In Italia ogni anno 500 mila pazienti sviluppano un'infezione collegata all'assistenza ospedaliera: circa 2 mila decessi sono direttamente riconducibili a questo tipo di problema. Dopo l'allarme lanciato dal Governo inglese sull'inefficacia degli antibiotici e i superbatteri, la sanità italiana fa i conti: si tratta di un problema che potrebbe pesare fino a 1 miliardo di euro, quando il 20-30% di infezioni potrebbe essere prevenuto con l'attuazione di buone pratiche cliniche, l'utilizzo di tecnologie mediche appropriate e la messa a punto di adeguati meccanismi di controllo e di processo, anche da parte degli operatori sanitari.

Se ne è parlato a Roma al convegno organizzato dal Consiglio regionale del Lazio in collaborazione con Assobiomedica. "Per rendere i nostri ospedali più sicuri - ha spiegato Rodolfo Lena, presidente della Commissione Salute del Lazio - è fondamentale promuovere una cultura indirizzata a capire come e perché si sbaglia. E' opportuno che ogni organizzazione sanitaria si attivi al fine di ridurre al minimo la possibilità che si verifichino danni al paziente, così come agli operatori sanitari. E' importante - ha aggiunto Lena - che le esperienze positive vengano diffuse e condivise in modo da assicurare a qualsiasi cittadino, operato in qualsiasi struttura sanitaria, uguali livelli di sicurezza. Dobbiamo far leva sul fatto che le tecnologie e le competenze necessarie esistono: il salto di qualità può arrivare solo da una adeguata e competente regia di sistema".

Lena ha quindi richiamato i contenuti della Determina del 1 aprile 2014 che ha approvato le Linee guida regionali per la stesura del Piano di risk management, contenenti uno stringente cronoprogramma rivolto alle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio. "Per evitare una gestione tardiva delle infezioni e la resistenza alla terapia antibiotica, è sempre più urgente - ha dichiarato Luigi Biaggi, presidente Assobiomedicali di Assobiomedica - un approccio coordinato e preventivo tra reparti, ma anche tra strutture sanitarie e Regioni, volto ad avviare in maniera omogenea politiche sulla prevenzione dei rischi; formazione del personale sulle pratiche di controllo delle infezioni; utilizzo di metodiche e dispositivi appropriati per la pulizia, l'igiene e la disinfezione delle apparecchiature: significherebbe un risparmio annuale stimato di più di 500 mila euro per struttura ospedaliera, oltre a una riduzione del 50% delle infezioni nosocomiali".

"Alcune recenti esperienze di prevenzione e gestione delle infezioni in Regione Lazio - ha proseguito Pasquale Mosella, presidente Assodiagnostici di Assobiomedica - hanno dimostrato che la qualità è efficienza e che l'innovazione è risparmio: investire in prevenzione oggi significa minori complicanze e gestione delle cronicità domani". Sono state ricordate alcune esperienze: allo Spallanzani di Roma, fra l'altro, il Piano annuale di risk management approvato nel 2014 si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta della valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative.

Al Policlinico Umberto I, partendo da un utilizzo di materiale in alcune sale operatorie non conforme alla normativa in vigore, e dalla necessità di una razionalizzazione della spesa, si è stabilita la conversione totale in tutte le sale al tessuto non tessuto con una gara aggiudicata nel 2010, che ha previsto, tra l'altro, un adeguato periodo di training agli operatori sul corretto utilizzo dei nuovi materiali. Mentre al San Filippo Neri dal 2001 è attivo un progetto di sorveglianza integrata che prevede, in ambito microbiologico, report semestrali - per area e per reparto - su possibili eventi infettivi, microrganismi e resistenze antibiotiche; una sorveglianza quotidiana di alert organism e sospette epidemie.

La farmacia dell'azienda, a sua volta, effettua report semestrali - per area e per reparto - su antimicrobici e disinfettanti, con analisi dei consumi e dei costi. Previsto anche il controllo dell'aderenza prescrittiva alle linee guida interne, con analisi periodica delle schede di prescrizione (antibiotici sottoposti a controllo regionale) e revisione periodica dei prontuari. L'ospedale San Filippo Neri detiene infatti un database dedicato a isolamenti associati a infezioni nosocomiali riconosciute.

Disclaimer

AdnKronos Salute dichiara di essere titolare del diritto di utilizzazione economica del notiziario. Tutti i contenuti del notiziario e i contenuti ad essi correlati sono riservati, pertanto possono essere consultati esclusivamente per finalità d'informazione personale, essendo espressamente vietato ogni diverso utilizzo senza il preventivo consenso scritto da parte di AdnKronos Salute. AdnKronos Salute risponde della esattezza della citazione della fonte, ma non risponde della esattezza e della veridicità delle dichiarazioni riportate, quali rimangono unici responsabili gli autori delle dichiarazioni stesse. Le informazioni riportate nelle notizie sono fornite in base al convincimento, secondo buona fede, della loro veridicità e accuratezza, oltre che nel rispetto dei principi di deontologia professionale vigenti in materia giornalistica. Tuttavia, AdnKronos Salute, pur ponendo la massima attenzione nella produzione delle notizie e considerando affidabili i suoi contenuti, declina ogni responsabilità in merito agli eventuali danni diretti o indiretti che possano derivare da possibili errori o imprecisioni dei contenuti, ovvero dal mancato aggiornamento delle informazioni, ovvero da eventuali conseguenze pregiudizievoli legate all'uso delle informazioni.