



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Asl, giovedì la caccia al 'Tesoro della salute'

L'Asl di Avellino, coadiuvata dall'Associazione 'Live your live' (Associazione di adolescenti Peer educators formati e supervisionati da operatori Asl) propone la 'Caccia al tesoro del benessere' in programma giovedì 13 giugno 2019 dalle 15 alle 20.45 a Parco Manganelli, nell'ambito della manifestazione 'Sport Days'.

L'idea è nel solco di una continua ricerca di nuove strategie comunicative per sensibilizzare ed informare gli adolescenti della provincia in merito agli stili di vita non salutarie (alimentazione scor-

retta, scarsa attività fisica) e ai comportamenti a rischio (fumo di tabacco, assunzione di alcol e droghe, gioco d'azzardo o iperconnessione alla rete, ecc.) che possano minare un equilibrato sviluppo integrale dell'adolescente ed essere causa di patologie psico-fisiche in età adulta ed anziana. La caccia al tesoro, rivolta a giovani dai 14 ai 25 anni, si svolgerà attraverso varie prove fisiche tendenti a sviluppare lo spirito di collaborazione e di efficacia collettiva (life skills di protezione) e varie domande sui temi determinanti di salute (corretta alimentazione,

educazione affettivo-sessuale, dipendenze da sostanze chimiche e comportamentali).

Di particolare significatività appare la collaborazione dell'Asl con il Coni e l'inserimento dell'evento nell'ambito dello 'Sport Days' essendo, da sempre, l'attività fisica (soprattutto nella sua versione cooperativistica) considerata fattore di sano sviluppo del potenziale psico-fisico di un giovane.



Peso: 10%

Direttore sanitario, ipotesi De Masi tra silenzi e sondaggi

LA SANITÀ

Luella De Ciampis

Non ci sono conferme ufficiali sulla nomina del nuovo direttore amministrativo del «Rummo» dopo le indiscrezioni aziendali degli ultimi giorni, dalle quali è venuto fuori con insistenza il nome di Giovanni De Masi, marito del neoeletto sindaco di Sant'Agata, Giovannina Piccoli. Indiscrezioni giunte anche alla deputazione sannita del M5s, e commentate, attraverso una nota, dal portavoce Pasquale Maglione, che lanciato un sondaggio sui social per misurare l'indice di gradimento sulla nomina del funzionario. Sul piano organizzativo, l'azienda sta procedendo con il reclutamento di medici per le branche in maggiore sofferenza e con le selezioni per i direttori di struttura complessa.

LE SINERGIE

È stato infatti approvato lo schema di convenzione con l'Asl di Caserta, per l'ingaggio di anestesisti e radiologi per 1000 ore mensili, in considerazione dell'ulteriore decremento di personale medico lamentato dalle unità complesse interessate, altrimenti impossibilitate a garantire i Lea. In particolare, Elvio De Bla-

sio, direttore della Uoc di Anestesia e Rianimazione, che dispone di un numero di dirigenti medici del tutto insufficiente per le esigenze delle unità mediche e chirurgiche che operano nei due presidi ospedalieri dell'azienda «San Pio», ha chiesto di poter usufruire di circa 1500 ore di convenzionamento esterno, per garantire i servizi. L'accordo che sarà valido fino al 31 dicembre, prevede un impegno di spesa di 450.000 euro. Un provvedimento che si aggiunge alla convenzione con l'Asl Napoli 3 Sud, per ottenere la disponibilità di anestesisti per 200 ore al mese (spesa prevista 150.000 euro). Gli anestesisti rappresentano il primo più importante scoglio da superare per consentire il normale svolgimento di tutte le attività ospedaliere, perché partecipano all'attività chirurgica elettiva e d'urgenza, nelle diverse specialità chirurgiche, oltre che all'assistenza dei pazienti da sottoporre a indagini diagnostiche invasive complesse, quali angiografie, endoscopie e biopsie ecoguidate. Senza contare l'attività svolta in Rianimazione, in cui vengono ricoverati pazienti con le funzioni vitali compromesse, che richiedono trattamenti con cure intensive, a cui si aggiunge l'attività svolta nei confronti dei pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria, cardiocircolatoria, renale, in associazione con altre patologie.

I NODI

Va da sé che la grave insufficienza di anestesisti, da sola basta a bloccare molte attività in ambito ospedaliero, e basta a rendere necessaria la scelta di privilegiare prestazioni più urgenti, tralasciando quelle che possono essere programmate oppure procrastinate. Attualmente, il management sta ragionando sulle necessità logistiche, sia del Sant'Alfonso, che del Rummo, per creare i presupposti necessari al funzionamento dei reparti delle due strutture, in cui c'è carenza di personale medico, procedendo a reclutamenti alternativi, rappresentati dalle convenzioni con altri enti, in seguito al fallimento dei concorsi e dello scorrimento delle graduatorie regionali e interregionali. Contestualmente, sono stati diramati gli avvisi di selezione pubblica, per titoli e colloqui, per il conferimento di incarico quinquennale di direzione di struttura complessa di Malattie infettive e di Otorinolaringoiatria, per cui si è proceduto alla nomina delle commissioni esaminatrici e dell'ammissione dei candidati.

**MAGLIONE (M5S)
VUOLE MISURARE
IL «GRADIMENTO»
DELLA NOMINA
ANESTESISTI, PATTO
CON ASL CASERTA**



L'OSPEDALE II Rummo di Benevento



Peso:21%

La nuova struttura dell'Asl

Autismo, a Teverola il centro avanzato di diagnosi e terapie

Task force per applicare cure più recenti

Inaugurata ieri a Teverola «La casa della salute del bambino», centro sanitario per le attività per la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico. «Ma non ci fermeremo – spiega il direttore De Biasio – seguirà anche il monitoraggio dei percorsi».

Tommasino a pag. 25

L'assistenza

Autismo, diagnosi e cura nel centro di Teverola

► Il direttore dell'Asl De Biasio ha inaugurato ieri la struttura

► Il progetto realizzato d'intesa con il Comune e la Regione

LA SANITÀ

Alessandra Tommasino

«La casa della salute del bambino». Si chiamerà così il centro sanitario inaugurato ieri a Teverola alla presenza del direttore generale dell'Asl, Mario De Biasio. La struttura di piazza Trieste, che già negli anni passati aveva ospitato dei servizi sanitari, poi sospesi e trasferiti in altri centri dell'agro aversano, accoglierà le attività per la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico.

«Ma non ci fermeremo alla diagnosi – spiega il direttore De Biasio – seguirà anche il monito-

raggio dei percorsi nei quali i pazienti saranno inseriti da una task force di esperti molto formati e pronti ad offrire un servizio di eccellente qualità». La casa della salute del bambino avrà un elemento centrale: l'inclusione delle famiglie nel percorso di sostegno.

«Nel tempo si è compreso che non possono bastare poche ore di attività specialistiche per migliorare la risposta dei bambini bisognosi di cure, ma che, piuttosto, vanno presi in carico anche coloro che vivono costantemente la loro quotidianità», aggiunge De Biasio. In questa otti-

ca, nei locali della struttura, ci sarà uno spazio dedicato alle famiglie, protagoniste indiscusse nell'approccio del metodo Aba.

Il metodo prevede infatti applicazioni sviluppate per favori-



Peso: 1-6%, 25-34%

re lo sviluppo cognitivo di bambini con disturbi di origine diversa, fra cui i bambini autistici, anche attraverso il trasferimento di conoscenze specialistiche a familiari o a persone in grado di aiutarli. Il centro, inaugurato alla presenza del personale medico che dovrà prestarvi servizio, ospiterà anche un punto per le vaccinazioni, un punto per le attività di prevenzione ed un punto informativo per la medicina di base.

«Una struttura importantissima per il nostro territorio, visto che la comunità di Teverola attendeva da tempo questi servizi», ha commentato il presidente della commissione regionale sulla Sanità, Stefano Graziano. Il primo cittadino di Teverola, Tommaso Barbatto, neo eletto, ha annunciato pieno sostegno dell'amministrazione comunale e «non solo, anche supporto personale visto che sono un infermiere e Gennaro Caserta che fa parte della nostra ammini-

strazione è un medico». Al taglio del nastro presenti anche il direttore del distretto Enzo Iodice ed il direttore del dipartimento Fragilità Asl Caserta Carmine Lauriello. L'apertura del presidio sanitario dell'Asl era stato il cavallo di battaglia dell'ex sindaco Dario Di Matteo che, nel giugno 2017, aveva firmato la convenzione con l'azienda sanitaria. Ieri, all'esterno del presidio, alcune donne hanno presenziato con uno striscione recante una scritta di ringraziamento nei confronti dell'ex primo cittadino e le immagini dell'accordo siglato fra Comune e Asl.

«Non una protesta – hanno sottolineato le mamme – ma il desiderio di dire grazie a chi ha permesso che la struttura potesse essere aperta, facilitandoci e mettendo fine alla necessità di doverci recare altrove per ogni

cosa». Di Matteo, accogliendo con favore l'inaugurazione del centro, sul suo profilo Fb, ha scritto: «Alle mamme che hanno voluto ringraziarmi, voglio dire che per me la loro testimonianza di affetto vale più di mille formalità e compensa le parole taciute da una politica mestierante che non ha argomenti, sceglie l'apparire alla sostanza, finge di non riconoscere i meriti altrui. Un grazie alla sensibilità del direttore De Biasio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 1-6%, 25-34%

Una sindrome in crescita, ora riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
Alla base un trio micidiale: esaurimento, isolamento e "performance" sempre più scarse

Quando colpisce il burnout

I consigli per correre ai ripari se lo stress da lavoro ha superato il livello di guardia

PSICOLOGIA/1
FABIO DI TODARO

Una stanchezza che non va mai via. Un aumento dell'ansia oltre la soglia di guardia. L'assenza di motivazioni e anche di tempo da dedicare a se stessi. E il pensiero ricorrente, che non sfuma nemmeno quando si è in vacanza: quello del ritorno tra i corridoi dell'ufficio e delle responsabilità a cui si è costretti.

Di fronte a questi campanelli d'allarme, una volta esclusa la presenza di altre malattie, un medico è oggi autorizzato a mettere nero su bianco il nome eloquente di una sindrome sempre più diffusa: il «burnout». Essere colpiti da stress da lavoro d'ora in avanti non sarà più materia esclusiva dei giudici del lavoro. L'Oms, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha infatti sdoganato quello che viene definito come «un fenomeno occupazionale per il quale si può cercare una cura, pur non trattandosi di una condizione medica».

L'Oms definisce lo stress da lavoro «una sindrome concettualizzata come conseguenza di stress cronico sul posto di lavoro non gestito con successo». Sono tre le caratteristiche-chiave individuate dagli studiosi: «Senso di esaurimento o debolezza energetica, aumento dell'iso-

lamento dal proprio lavoro con sentimenti di negativismo o cinismo e, infine, ridotta efficacia professionale». Il «burnout», quindi, è una realtà molto specifica: si riferisce - secondo la classificazione dell'Oms - proprio a una serie di fenomeni legati al «contesto occupazionale» e non dev'essere confusa con esperienze simili, ma scatenate da altri ambiti della vita.

Le motivazioni. Il primo ad occuparsi di questo problema, nel 1974, fu lo psicologo Herbert Freudenberger. La sua esperienza si riferiva principalmente a professioni cosiddette «di aiuto» (come quelle di infermieri e medici) e si estese nel tempo a tutti coloro che vivevano a contatto con il disagio altrui. Poi, anno dopo anno, se n'è parlato sempre di più come un fenomeno sociale in crescita. Ma al momento non ci sono ancora dati definitivi sull'estensione del fenomeno.

«La velocità con cui si opera oggi è sicuramente un fattore di rischio, ma non credo che andare in miniera agli inizi del '900 fosse piacevole», morde il freno Cristina Colombo, responsabile del centro dei disturbi dell'umore dell'ospedale San Raffaele di Milano. «I ritmi odierni portano le persone più responsabili ad avvertire la percezione di lavorare male. Questo di-

sagio può determinare l'instaurarsi di uno stato d'ansia cronico che, se protratto a lungo, porta anche all'esaurimento delle proprie risorse». Accade, così, di sentirsi svuotati, privi di energie e schiacciati dagli impegni. Non è in gioco solo il sovraccarico di responsabilità: il «burnout» può dipendere dall'insoddisfazione sempre più marcata nei confronti del proprio lavoro. «Il termine, infatti, non indica soltanto una situazione dovuta all'eccesso di lavoro, ma anche alla sensazione che la propria attività non abbia una vera utilità».

I segnali. Che qualcosa non vada, in genere, è il corpo a evidenziarlo, prima che la mente. Sentirsi prosciugati, soffrire di nausea, non riuscire a dormire e a superare banali malattie come il raffreddore, percepirsi come sempre in affanno: a fronte di questi campanelli d'allarme è possibile che si sia già alle prese con la condizione estrema inquadrata dalla comunità scientifica.



Prima che sia troppo tardi è dunque necessario correre ai ripari. Già, ma come?

Un «vademecum» valido per chiunque, e per tutti i casi, non esiste. Di sicuro occorre parlarne: prima con chi ci è accanto tutti i giorni, dai familiari ai colleghi di lavoro, poi, eventualmente, anche con uno specialista. La risposta non è da ricercare nei farmaci, bensì in un cambio di strategia che ci porti a ricordare che la vita non è fatta soltanto di lavoro. «Occorre riscoprire tutte quelle piccole cose sacrificate per troppo tempo, ma che in realtà ci possono indurre un piacere autentico». Che si tratti di un viaggio o di un'attività sportiva, di una rimpatriata con gli amici o di un po' di tempo da dedicare alla casa o a un hobby, ciò che conta è sempre lo stesso risultato: riuscire a staccare con il lavoro e a liberare davvero la mente. L'importante è procedere a picco-

li passi, senza porsi obiettivi eccessivamente ambiziosi. E a maggior ragione se è stata proprio una lunga lista di «cose da fare» a farci esplodere e provocare un senso di esaurimento delle proprie energie, fisiche e mentali.

Cambiare occupazione è la soluzione più estrema: talvolta necessaria, ma oggi non sempre possibile. Se però non si possono fare le valigie, può essere utile quanto meno «chiedere di cambiare mansioni, almeno per un periodo limitato». Il telelavoro? Anche questo può rappresentare un'opportunità, ma occupare lo stesso ruolo semplicemente lavorando da casa non sempre rappresenta una soluzione definitiva.

A rischio. La fatica accomuna sempre chi lavora, ma «a fare la differenza sono la soddisfazione e il riconoscimento del proprio ruolo - prosegue l'esperta -. Non è un caso che una delle categorie

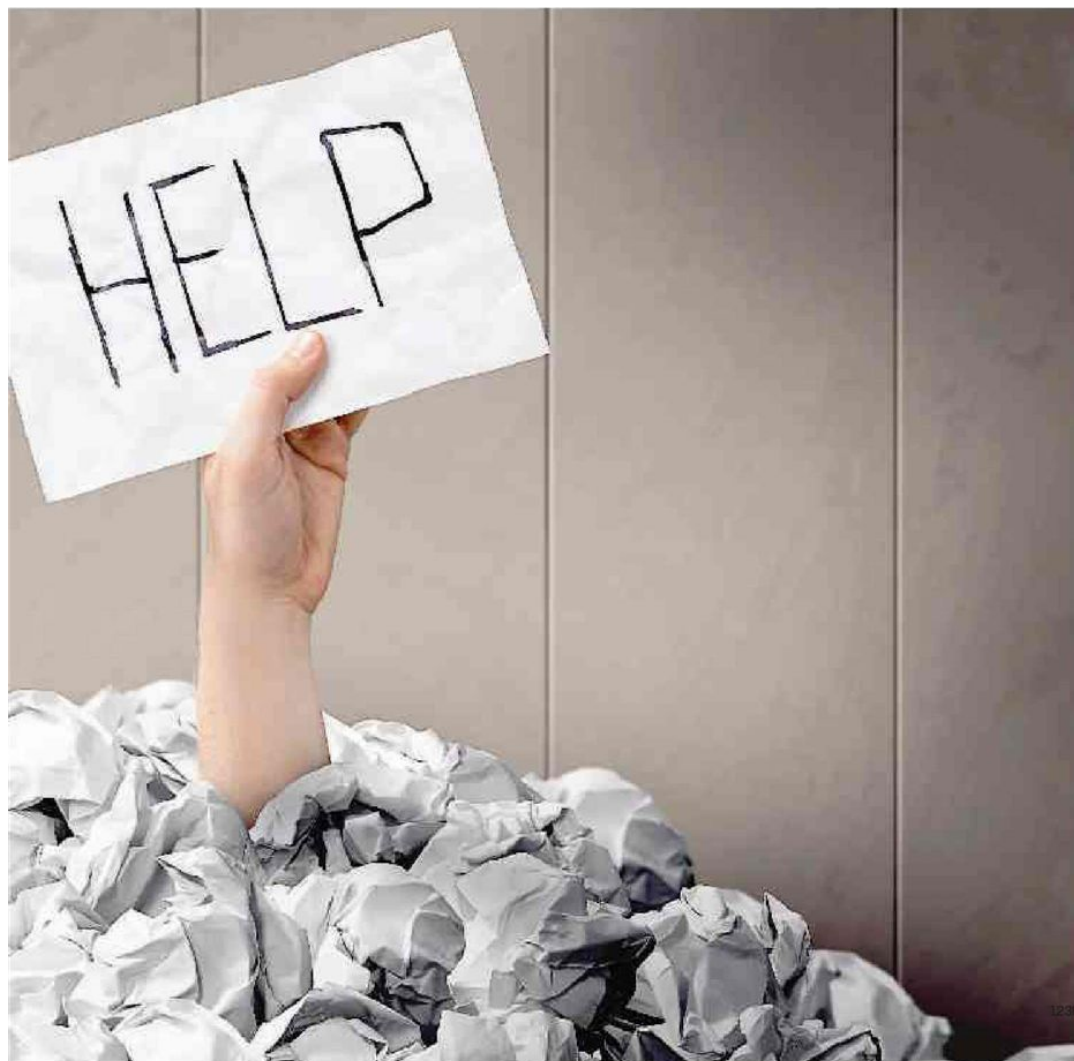
più a rischio, oggi, sia quella degli insegnanti». Più esposti all'esaurimento professionale - le donne risultano più colpite rispetto agli uomini - sono, comunque, tutti coloro che sono coinvolti in situazioni di emergenza o che lavorano in «contesti di aiuto» o in quelli sociali. Si tratta, da una parte, di medici, infermieri, poliziotti e vigili del fuoco e, dall'altra, di educatori, assistenti sociali, «caregiver».

Senza dimenticare che lo stress aumenta sia nelle professioni più performanti (dagli avvocati ai broker) sia in quelle - spiega l'Oms - dove si sommano elementi diversi, ma ugualmente a rischio: dalla insufficiente comunicazione alla limitata partecipazione nei processi decisionali, dallo scarso potere di controllo sul proprio settore di lavoro all'inadeguato livello di supporto da parte dei capi, fino agli orari sempre, e comunque, inflessibili e a compiti e

obiettivi poco chiari, che generano confusione e conflitti.

E «last but not least» l'ombra delle molestie psicologiche e delle diffuse pratiche di mobbing.

Twitter @fabioditodaro. —



Tuttosalute Chirurghi e robot studiano insieme all'accademia

MARIA ROSA TOMASELLO — P. 35

“Qui chirurghi e robot studiano insieme” I corsi high tech all'accademia "Rain" di Napoli

MARIA ROSA TOMASELLO

Non è un caso che Guido De Sena abbia scelto il robot *Intuitive* di Wall-E, protagonista di un film di culto della Pixar, per illustrare nei suoi seminari in giro per il mondo i progressi della tecnologia in sala operatoria. Quando era a capo della chirurgia generale, chiamò «Gennarino» il primo sistema robotico per uso clinico installato all'ospedale Cardarelli di Napoli. E oggi che guida la «Robotic Academy Intuitive Naples» («Rain») ha rispettato la tradizione, battezzando «Carolina» (come una giovanissima paziente che ha toccato il cuore di tutti) e «Olivia» (nuova nata in casa di un membro dello staff), i due robot Da Vinci utilizzati nel Padiglione X per formare i chirurghi del futuro.

È qui, dove anche le macchine hanno un nome, che arrivano da tutta Europa per seguire i corsi di perfezionamento sui sistemi messi a punto dalla società californiana Intuitive, leader della chirurgia robotica: è una modalità di intervento mini-invasiva che fa parte del quotidiano della sanità, con 6 milioni di operazioni già eseguite nel mondo.

Dal 2017 la «Robotic academy» è una delle attività di eccellenza del Centro di biotecnologie, struttura del Carda-

relli che sotto la guida di Santo-Lo Cozzolino si occupa di ricerca e sperimentazione, formazione e cooperazione. «Il «Rain» è uno dei sei centri Intuitive in Europa, uno dei 20 al mondo e l'unico in Italia - spiega De Sena, docente di chirurgia robotica all'Università Federico II -. Tutto è iniziato dopo che, nel 2016, abbiamo installato il primo robot da Vinci al Cardarelli. Visto che il Centro di biotecnologia dell'ospedale aveva già una vocazione alla formazione ad alto livello, con simulatori, «animal-lab» e «cadaver-lab», abbiamo proposto l'idea dell'accademia ad Ab Medica, che in Italia rappresenta la Intuitive. E la casa madre ha dato il via libera».

In due anni sono stati 111 gli eventi ufficiali Intuitive, con partecipanti provenienti, oltre che dall'Italia (che conta 108 robot da Vinci nella Penisola con 20mila interventi l'anno), da altri 10 Paesi: Spagna e Gran Bretagna, soprattutto, ma anche Grecia, Cipro, Portogallo, Israele, Slovenia, Romania, Svezia. Quasi 200 i chirurghi «certificati» con specializzazioni in chirurgia generale (37%), urologia (33%), ginecologia (18%), chirurgia toracica (7%) e pediatria (5%).

A giugno le porte del «Rain» si aprono di nuovo per una tornata di corsi avanzati (due quelli già realizzati), destinati

ai super-specialisti, con il passaggio dal simulatore al «cadaver-lab», training con l'utilizzo di tessuti. «Partecipa chi ha già eseguito numerosi interventi robotici - spiega De Sena - e vuole mettersi alla prova con un intervento più complesso: per esempio chi già opera sul corpo e vuole provare la testa o fa il colon e vuole provare a fare il retto». È la parte conclusiva di un percorso formativo che inizia nel momento in cui l'ospedale o la clinica acquista il robot da Vinci, con il supporto di un ingegnere «specialist» (come Maria Maffiotti, braccio destro di De Sena al «Rain»), che istruisce per primo il chirurgo e gli infermieri sul funzionamento della macchina. Il passo successivo è il corso base, al termine del quale il chirurgo opera assistito da un collega già esperto.

Se in Italia a fare da apripista nella chirurgia robotica è stato, a Grosseto, Pier Cristoforo Giulianotti, fondatore della «International school of robotic surgery», esistono altri poli formativi, a partire da Pisa: qui l'Azienda ospedaliera universitaria è centro internazionale di «case observation» e «proctoring». I numeri, comunque, confermano l'importanza della «scuola» napoletana, dove il primo robot chirurgo è arrivato quasi 20 anni fa all'ospedale «Vincenzo Monaldi» e dove,



Peso: 1-1%, 35-58%

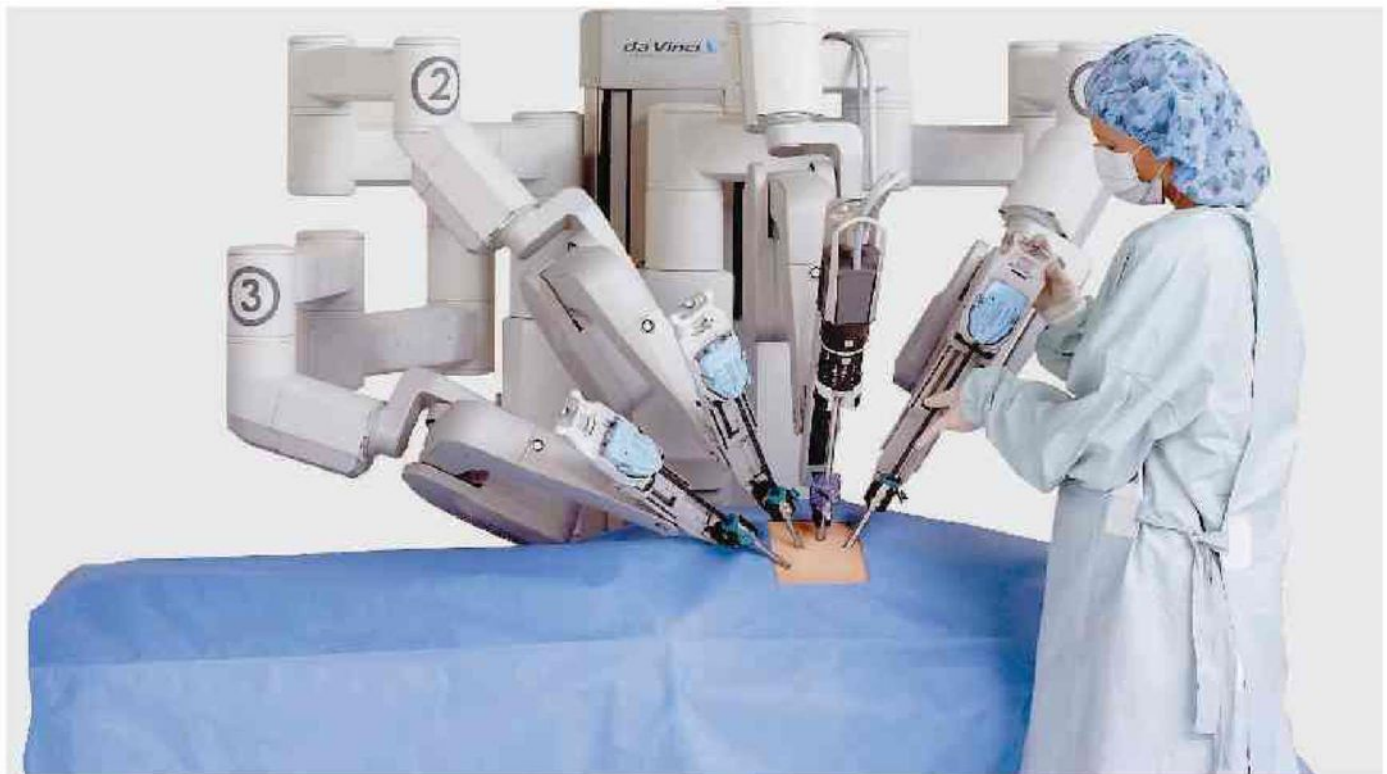
oggi, a partire dall'esperienza del «Rain», esiste un network che unisce cinque ospedali (Cardarelli, Monaldi, Irccs Pascale, Policlinico universitario e Ospeale del mare) nel «Gruppo robotico inter-ospedaliero» («Grio»). Obiettivo - spiega De Sena - «è creare un database per studiare l'evoluzione dei pazienti operati con i robot e capire quali e quante tecnolo-

gie sono state usate, ma anche fare ricerca clinica».

Per questo scopo il «Grio» si avvale della collaborazione di «Icaros» («Interdipartimental centre for advances in robotic surgery»), struttura del dipartimento di ingegneria dell'Università Federico II guidata da Bruno Siciliano, uno dei maggiori robotici italiani. «La certificazione Intuitive è una sorta

di attestato - conclude De Sena -. Non è obbligatorio per operare, ma è il titolo più nobile nella chirurgia robotica». —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Il robot Da Vinci. Sotto Guido De Sena, alla guida di «Rain» («Robotic Academy Intuitive Naples»), con la specialist Maria Maffiotti



Peso: 1-1%, 35-58%

LO STUDIO GIMBE SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

Sanità, sprechi per 21 miliardi e la minaccia di nuovi tagli

Per restare ai livelli del G7 la spesa deve salire da 155 miliardi a 230 nel 2025

Barbara Gobbi

Altro che briciole: per poter garantire cure pubbliche efficienti, appropriate e innovative, in linea con gli standard dei paesi G7, al 2025 la spesa per il servizio sanitario nazionale dovrebbe attestarsi sui 230 miliardi, ben al di sopra dei 154,9 miliardi su cui il paese viaggia oggi. Un traguardo che appare oggi lontanissimo, tanto più dopo l'ultima battuta d'arresto sul nuovo Patto per la salute: le Regioni hanno abbandonato il tavolo davanti al rischio di perdere gli aumenti del Fondo sanitario nazionale - 8,5 miliardi di euro in un triennio - promessi dalla legge di Bilancio. «Il nostro Ssn non si tocca. Sono pronta a fare barricate», ha detto anche ieri la ministra della Salute Giulia Grillo. Ma il Mef torna a vincolare le risorse in più per la sanità agli obiettivi di finanza pubblica e alle variazioni del quadro macroeconomico, e per l'ennesima volta la sostenibilità del Ssn - nel tradizionale braccio di ferro tra Salute ed Economia - traballa.

«Se vogliamo che il nostro servizio sanitario nazionale sia all'altezza degli standard dei paesi G7, serve un radicale cambio di passo», spiega Nino Cartabellotta, presidente del think tank Fondazione Gimbe, che oggi a Roma presenta il 4° Rapporto sulla sostenibilità del Ssn. «Dal 2010

- aggiunge Cartabellotta - la sanità è vista come un mero capitolo di spesa pubblica da ottimizzare e non come una leva di sviluppo economico da sostenere, visto che assorbe il 6,6% del Pil, ma l'intera filiera della salute ne produce circa l'11 per cento. Medici e pazienti guardano alle conquiste della scienza e l'industria investe in questa direzione, ma l'entità del definanziamento allontana l'accessibilità alle straordinarie innovazioni su farmaci e tecnologie».

I numeri della crisi. Le cifre snocciolate nel rapporto Gimbe fotografano un calo dei fondi Ssn pari a 37 miliardi tra 2010 e 2019 (la metà assorbita dai tagli al personale) - a fronte di un aumento del fabbisogno sanitario di appena 8,8 miliardi, con una media annua di +0,9%, insufficiente anche a compensare l'inflazione, che viaggia a +1,07 per cento. Un drenaggio sistematico di risorse per le cure pubbliche, che Fondazione Gimbe indica come la prima mina per il Ssn. Non l'unica: a incidere sull'erosione è anche il miraggio dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea). Varati a febbraio 2017, sono rimasti sulla carta, perché il "tutto a tutti" costa, ma di soldi ce ne sono sempre di meno. Emblematico è il "decreto tariffe" sulle prestazioni ambulatoriali e le protesi, da 30 mesi bloccato al Mef per mancanza di copertura. Ma a sabotare il Ssn sono anche gli sprechi: 21,6 miliardi di sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate (6,48 miliardi), frodi e abusi (4,75



Peso: 16%

miliardi), acquisti a costi eccessivi (2,16 miliardi), inefficienza amministrativa (2,37 miliardi) e inadeguato coordinamento dell'assistenza. Mentre la sanità integrativa, il "secondo pilastro" del Ssn, in attesa di un riordino va a sovrapporsi al servizio pubblico. «In questo quadro la prognosi per il malato Ssn al 2025 non può che essere infausta», afferma Cartabellotta. Mentre la spesa a 230 miliardi di euro, per un pro capite di 3.800 euro (+1.239 euro rispetto all'attuale), consentirebbe l'erogazione di Lea efficaci - sulla base del "value for money", cioè del valore in termini di salute generato da ogni prestazione - personale adeguato sia

per numeri che per prestazioni e tecnologie all'avanguardia. Un libro dei sogni? Sta al governo - rilanciano da Gimbe - decidere di mettere in sicurezza il finanziamento pubblico, stabilendo la soglia minima oltre la quale il rapporto tra spesa sanitaria e Pil non possa scendere ma anche una quota di incremento assoluta, pari ad almeno il doppio dell'inflazione. «Ma soprattutto - conclude Cartabellotta - sono i cittadini a dover pretendere da chi governa una sanità "first class". Il Ssn è la più importante opera pubblica del nostro Paese e la stiamo perdendo».

8,5 miliardi

Tagli possibili nel triennio

A tanto ammontano gli aumenti 2019-2021 per il Ssn a rischio nel Patto salute



Peso: 16%

LA SALUTE A TAVOLA

«A ogni popolo i suoi alimenti» I medici rivalutano le diete tradizionali

dall'inviata **Adriana Bazzi**

GINEVRA La formula classica è la seguente: 50 per cento di carboidrati, 20 per cento di proteine, 30 per cento di grassi. Una dieta equilibrata dovrebbe essere così composta, secondo le linee-guida promosse da molte istituzioni sanitarie nazionali, come il nostro ministero della Salute, e internazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Quest'ultima si spinge anche più in là, raccomandando quanto sale (5 grammi al giorno, non di più) o quanto alcol si deve consumare (zero, in realtà, ma non avevamo detto che un po' di vino, rosso, fa bene?).

Ci si deve allora fidare di tutte queste raccomandazioni? E su quali studi scientifici si basano? Le domande se le sono poste un gruppo di esperti internazionali a Ginevra, in un convegno dedicato al ruolo delle diete tradizionali e promosso dalla Rappre-

sentanza permanente italiana all'Onu e da Federalimentare, che raggruppa le associazioni nazionali di categoria dell'industria alimentare.

«Il problema è un eccessivo riduzionismo che va a considerare, quando si parla di ali-

mentazione "ideale", solo i singoli ingredienti — ha sottolineato Dennis Bier, pediatra al Baylor College of Medicine di Houston Texas, — La dieta, invece, (intesa come modello alimentare e non come uno schema per dimagrire, ndr) è qualcosa di molto più complesso delle sue specifiche componenti».

Ogni popolo ha un suo modello alimentare che ha a che fare con la storia dei cibi, la geografia del Paese, la sua cultura, le sue tradizioni e persino con la genetica.

«Il modello principe è quello della dieta mediterranea — ha detto Marco Silano, responsabile dell'Unità di nutrizione umana all'Istituto superiore di sanità italiano — che è stata dichiarata nel 2010 Patrimonio intangibile dell'Umanità dall'Unesco. Sfrutta gli alimenti del territorio, ma associa altre componenti come la convivialità e l'esercizio fisico, come aveva notato il suo "scopritore", il biologo americano Ancel Keys che aveva vissuto in Cilento (in provincia di Salerno, ndr) a partire dagli anni

Sessanta».

Keys aveva scoperto che l'alimentazione tipica non solo del Sud Italia, ma anche della Grecia, poteva ridurre l'impatto delle malattie cardiovascolari. Ecco perché bisogna riconsiderare le diete tradizionali per poter fornire, in un mondo in preda alla globalizzazione, nuove indicazioni per mantenersi in salute attraverso il cibo.

Perché in Paesi come la Cina — ricca di cultura culinaria — come ha ricordato a Ginevra Yuexin Yang, presidente della Chinese nutrition society, si stanno affermando abitudini alimentari (spesso mutuata dall'Occidente) che sembrano contribuire all'aumento delle malattie cardiovascolari, del diabete, dell'obesità e (probabilmente) del cancro.

Ed ecco perché, fra gli altri modelli da salvaguardare, ci sono quelli del Sudamerica, con il Brasile in testa, dove la cucina mette insieme diversi ingredienti, quelli di origine africana, quelli tipici dei nativi e quelli importati dai colonizzatori, come ha sottolineato



to Hugo Da Costa Ribeiro, professore del dipartimento di Pediatria all'Università di Bahia. E che soddisfano le esigenze di tutti.

«Una popolazione si adatta alla sua alimentazione nel tempo — precisa Silano —. Oggi si parla infatti di nutrigenetica, cioè di come i geni condizionano la risposta dell'organismo ai cibi. E di nutrigenomica, cioè di come gli alimenti possono interferire con il comportamento dei geni». Non a caso le diete «fast food» stanno facendo i danni maggiori nei Paesi in via di

sviluppo non ancora abituati a questo tipo di alimentazione. Anche nei confronti della dieta, dunque, ogni individuo è unico e, come in molti altri campi della medicina, si va sempre di più verso un'alimentazione «personalizzata».

Come saranno allora le diete del futuro? Rispettose della tradizione, ma con un occhio alle differenze individuali. «Bisognerebbe, infatti, capire come mai un certo cibo fa ingrassare una persona, ma non ha effetti sul peso di un'altra», aggiunge Silano.

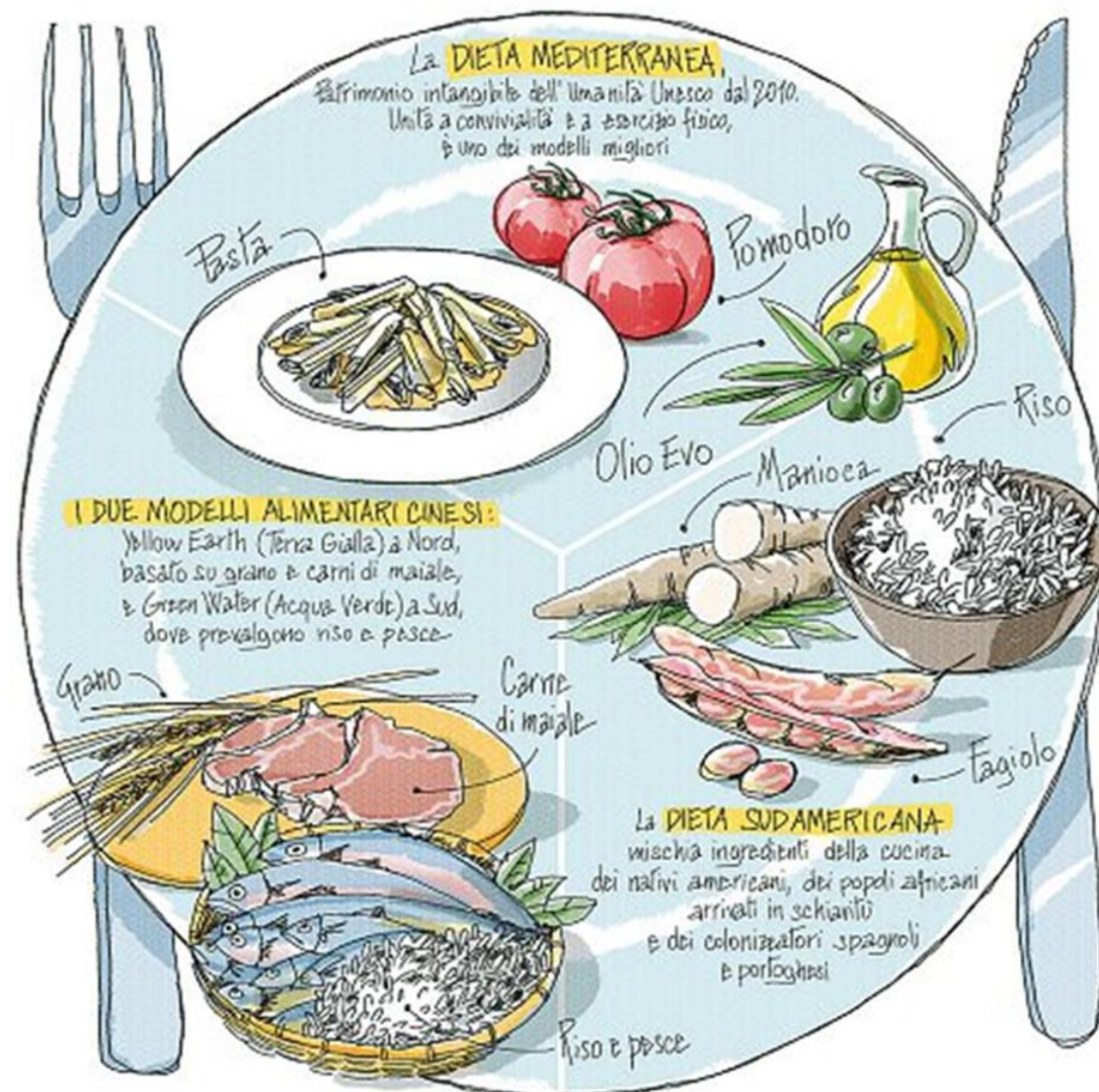
In questo campo, però, la ricerca è vecchia. «Bisogna la-

sciarsi alle spalle il XX secolo e affrontare il XXI — ha concluso Bier —. Il che significa usare i Big Data e l'intelligenza artificiale». Arrivare cioè a «disegnare» un modello alimentare adatto a ogni singolo individuo, che soddisfi i suoi gusti, ma preservi la sua salute e prevenga malattie legate a una scorretta alimentazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ruolo dei geni

Silano (Iss): le diete del futuro terranno conto anche delle differenze individuali





10-06-2019

AVVERTENZE LEGALI

CHI SIAMO

CONDIZIONI DI UTILIZZO

CONTATTI

f

G+

✉

t

v


 Tutto bene?
 Sì, Merclin

HOME CAMPANIA ▾ SALERNO ▾ SPORT ▾ PROVINCIA ▾ RUBRICHE ▾ SPETTACOLI ▾ R. STAMPA ▾



LAND ROVER DISCOVERY SPORT

 TUA A € 295* AL MESE CON LAND ROVER FREEDOM, VALORE
 FUTURO GARANTITO E SUPERVALUTAZIONE DEL TUO USATO.


JAGUAR E-PACE ULTIMATE ICON

 CON € 2.500 DI OPTIONAL INCLUSI ED EASY JAGUAR:
 PAGHI SUBITO LA METÀ PARI A € 19.152*


Chirurgia bloodless d'avanguardia e scelte etiche a Ruggi Salerno



10 Giugno 2019

0

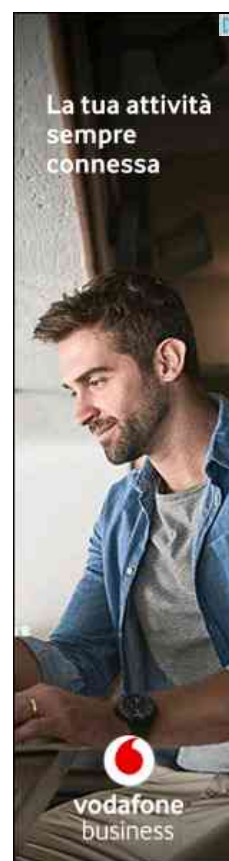
 Stampa


L'entrata in vigore della legge n. 219 del 22 dicembre 2017 relativa alle norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento garantisce a ogni cittadino italiano che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata. Tale disposizione

legislativa promuove e valorizza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico e concilia l'autonomia decisionale del paziente con la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

I testimoni di Geova italiani hanno particolarmente apprezzato la suddetta normativa che permette loro di essere curati nel rispetto delle proprie convinzioni etiche. Essi non sono affatto contrari alla medicina, né desiderano stabilire con il medico un patto suicida. Vogliono vivere ed essere curati nel miglior modo possibile senza ricevere emotrasfusioni.

Le alternative alle cure che prevedono l'impiego di trasfusioni ematiche sono molteplici, presentano numerosi vantaggi e permettono di evitare i rischi connessi all'utilizzo del sangue altrui. Quali sono tali alternative e quali benefici offrono? Ne



ARTICOLI RECENTI

Chirurgia bloodless d'avanguardia e scelte etiche a Ruggi Salerno

Retrocessione Venezia, sindaco Brugnaro: "Aspetto decisione Tar"

Criscitiello: "Giusto epilogo, curva granata ha vinto questo playoff"

parliamo con il prof. Alessandro Puzziello, Primario del Reparto di Chirurgia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno.

D: Prof. Puzziello, lei è specializzato in chirurgia dell'apparato digerente. Sappiamo che da tempo esegue interventi chirurgici anche molto complessi senza ricorrere a emotrasfusioni. Del resto, da tempo il Ministero della Salute sta incoraggiando l'implementazione negli ospedali italiani del cosiddetto Patient Blood Management, una strategia che ha l'obiettivo di ridurre al minimo l'utilizzo di emotrasfusioni. Quali sono i vantaggi di questo tipo di approccio e in generale della medicina "senza sangue"?

R: I lati positivi nel non trasfondere quando non è necessario possono essere tanti. Ritengo che sia molto conveniente per il decorso post-operatorio non alterare il patrimonio immunologico del paziente, cosa che avviene invece con le emotrasfusioni. Alla luce di questo la moderna chirurgia tende sempre di più a ridurre l'impiego perché si è constatato che la risposta immunologica nel paziente è a sfavore delle emotrasfusioni e a favore di un intervento chirurgico senza l'utilizzo di sangue. Ritengo che questo tipo di approccio debba essere implementato. Del resto abbiamo dei protocolli e delle linee guida molto ben codificati sia dalla Società Italiana di Rianimazione che dalla Società Italiana di Chirurgia e dall'Associazione dei Chirurghi Ospedalieri che regolamentano attentamente l'impiego delle emotrasfusioni. Calcoli che interventi eseguiti con strumenti avanzati di controllo delle principali complicanze come sanguinamenti e infezioni, hanno effetti diretti anche sui costi sanitari: si risparmia il 25% di un intervento tradizionale e il 50% della degenza ospedaliera. Attualmente si avvalgono di queste tecniche 'bloodless' il 10% degli interventi, percentuale che potrebbe essere incrementata al 30-40%.

D: Potrebbe spiegarci quali procedure utilizza per ridurre al minimo la perdita di sangue e il conseguente ricorso alle trasfusioni ematiche?

R: Innanzitutto interveniamo, ovviamente su pazienti anemici, sui valori di emoglobina aumentandoli prima dell'intervento con dei prodotti a base di ferro e con l'eritropoietina. Questo ci consente di minimizzare le conseguenze del sangue perso durante l'intervento. Inoltre, è richiesta una maggiore attenzione nell'ambito dell'intervento chirurgico vero e proprio. Questo significa prestare particolare considerazione ai piani anatomici ed essere molto scrupolosi nell'emostasi chiudendo progressivamente i vasi sanguigni. I dettami della moderna chirurgia prevedono dei metodi di dissezione e di conseguente coagulazione molto meticolosi. Attualmente disponiamo di strumenti a ultrasuoni o di strumenti a radiofrequenza che ci permettono di chiudere rapidamente i vasi sanguigni e di ridurre quindi al minimo l'emorragia. In aggiunta a ciò molte strutture impiegano il recupero sangue attraverso macchinari idonei e procedure ininterrotte. Grazie alla attenzione del nostro Direttore Generale, dr. Longo, ci stiamo attrezzando per dotare il complesso operatorio di macchinari di questo tipo utili in tutti i pazienti. Del resto la sinergia tra Direzione Strategica Dipartimenti e le Strutture Complesse di Diagnosi e Cura è la base per una sana e buona medicina.

D: Ci pare di capire che questo tipo di approccio chiama in causa anche la professionalità e la scrupolosità di chi esegue l'intervento. Sbagliamo?

R: Il chirurgo è sempre attento e meticoloso quando opera. A volte, però, inconsciamente sapendo che si può comunque ricorrere alla trasfusione potrebbe essere più tranquillo nella tecnica di dissezione. Quando invece sa che il soggetto che

Volley femminile A2 – P2P presenta sponsor
InSay Holding

GAL Colline Salernitane vicino ai produttori di
castagne

Costa Amalfi: donna cade a festa
dell'Avvocata, soccorsa in elicottero

Restituita solo la scheda del cellulare con le
foto del figlio morto

Rispetto e benessere dei nostri animali e
prevenzione del randagismo

Meteo, estate bollente: al Sud punte di 43 gradi

De Luca ironizza sui minibot: «Vi pagheremo in
sesterzi...»

sta operando non vuole la trasfusione per ragioni etiche o non può riceverla per motivi di natura medica, allora scatta un ulteriore meccanismo di maggiore attenzione. Ritengo che il discorso delle emotrasfusioni debba essere affrontato in maniera estremamente seria e corretta, senza pregiudizi o falsi condizionamenti. Mi riferisco alla medicina difensiva che crea problemi gestionali a chirurghi e aziende che operano unicamente nell'interesse dei malati e non certo per fare complicanze. Inoltre, non ci dovrebbero essere radicalismi da parte dei chirurghi. Io la penso diversamente. In tutti gli interventi eseguiti finora, il ricorso alle trasfusioni ove necessario è stato sempre all'interno di protocolli e linee guida.

D: Ha avuto dei casi particolarmente complessi che è riuscito a gestire con successo senza ricorrere a emotrasfusioni?

R: Fino ad ora, nella pratica clinica corrente, cioè nelle persone che accettano trasfusioni, come dicevo stiamo riducendo l'uso delle trasfusioni ove non necessarie, anche se comunque inoltriamo le richieste preoperatorie come da protocolli al Centro Trasfusionale dell'Azienda.

Per quanto concerne i pazienti della comunità dei testimoni di Geova che si sono rivolti alle cure della nostra Unità Operativa, in un'occasione, in una persona affetta da una importante neoplasia gastrica, abbiamo avuto un sanguinamento in terza giornata che abbiamo affrontato con sostituti e plasma expanders per poi ricorrere ad un reintervento. Anche qui abbiamo operato senza uso di sangue e senza complicanze; il paziente è andato a casa con un lieve ritardo sul decorso operatorio e oggi ci incontriamo periodicamente per i controlli ambulatoriali della terapia postoperatoria. Inoltre, abbiamo operato con successo molti casi di patologia oncologica (in particolare neoplasie coloretali e dello stomaco) in persone che rifiutano l'eventuale ricorso alle trasfusioni. Ripeto, con i presidi oggi disponibili, con attenzione da parte del chirurgo, conoscendo qual è il problema del soggetto che si opera e rispettando la sua volontà in maniera etica e soprattutto in maniera responsabile, si può tranquillamente fare a meno della trasfusione.

Del resto, è storia recente il successo di un trapianto di fegato eseguito dalla equipe del Centro Trapianti di Verona in una donna sessantenne testimone di Geova, a dimostrazione che, anche se la gestione di un trapianto di fegato rappresenta una sfida importante, vi sono procedure tecniche e presidi che ci aiutano.

D: Secondo lei quanto è importante rispettare le volontà del paziente in campo terapeutico?

R: Attualmente si presta particolare attenzione alle esigenze personali e alle scelte dei pazienti. Un tempo ci si affidava completamente alla decisione del sanitario il quale, pur informando il soggetto in cura, aveva la scelta definitiva. Oggi si tende a condividere la scelta, non per deresponsabilizzarsi, ma per rispettare le posizioni etiche e religiose del paziente. Possiamo offrire una chirurgia adeguata alla stessa stregua di come si opererebbe un paziente che accetta le emotrasfusioni. Per me è fondamentale rispettare la scelta del paziente e metterlo al corrente delle procedure che utilizzerò e delle eventuali complicanze. Una volta che il paziente è informato, conosce e accetta il rischio connesso, condividiamo insieme la scelta e andiamo avanti.

Matteo Pierro