



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



ERA GIÀ STATO DG

Azienda dei Colli, nuovo commissario: è Antonio Giordano

NAPOLI. La giunta regionale procede all'avvicendamento del commissario dell'Azienda Ospedaliera dei Colli. A Giuseppe Matarazzo subentrerà Antonio Giordano, già direttore generale della stessa azienda e attualmente numero uno dell'Asl di Salerno. «In un quadro di stabilità si continuerà nel consolidamento dei programmi di sviluppo dell'Aorn dei Colli e dell'obiettivo di completare e potenziare come previsto l'area dell'emergenza-urgenza» si legge in una nota diramata dalla giunta regionale che annuncia il cambio di commissario.

INFORMAZIONE E PSICOLOGIA AL PASSO COI TEMPI

Aggressività di genere, c'è la possibilità di introdurre il reato di violenza assistita

NAPOLI. Ripartirà il 24 settembre, per poi proseguire fino alla fine dell'anno nella maggiori città italiane, fra cui Napoli, il progetto "Stop alla violenza di genere. Formare per fermare", corsi di formazione per giornalisti sostenuti da Menarini. L'obiettivo è promuovere un'informazione sempre più corretta e responsabile sul tema degli abusi sulle donne, tanto attuale quanto delicato anche per le conseguenze a lungo termine sui figli, testimoni sei volte su dieci delle violenze domestiche. Oltre 500 i giornalisti coinvolti finora nei corsi svolti a Roma, Napoli, Milano e Venezia alla presenza di magistrati, psicologi, criminologi, medici e giornalisti con esperienza specifica di settore. Emersa dagli esperti anche la proposta di introdurre il reato di violenza assistita, perché essere stati testimoni dei maltrattamenti provoca sui figli delle vittime danni fisici e psicologici che possono durare tutta la vita. L'idea è combattere pregiudizi e stereotipi, fornendo ai professionisti dell'informazione fonti, dati, linguaggi, conoscenze medico scientifiche, psicologiche e normative per capire fino in fondo il fenomeno della violenza di genere e raccontarlo con le parole giuste. Troppo spesso i media ne parlano in modo inappropriato, soffermandosi su dettagli morbosi o indulgendo al voyeurismo. Per aumentare la consapevolezza sul problema e far sì che gli specialisti dell'informazione trovino sempre le parole giuste per parlarne, ma anche perché trattare la violenza sulle donne non sia una moda o un evento occasionale.

San Giovanni Bosco

Niente medici: pronto soccorso in ginocchio

► Allarme all'ospedale della Doganella ► Offerti straordinari ai dottori con le ferie estive la situazione peggiora di tutta la Asl ma nessuno risponde

IL CASO

Melina Chiapparino

Mancano i medici per coprire i turni di giugno, funziona un solo elettrocardiografo e si contano tra i 150 e i 200 accessi giornalieri. Non si tratta di un episodio ma di un copione che si ripete, quasi quotidianamente, al pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni Bosco, assaltato dall'utenza e in ginocchio per la carenza di personale.

Il presidio di via Briganti è l'unico a Napoli carente di Triage e se di questa assenza ne approfittano i pazienti prepotenti che si impongono in perfetto stile Gomorra, dall'altro lato a pagare, è il personale sanitario. La mancanza del sistema informatizzato di filtraggio che regola la priorità degli accessi, infatti, ha costretto i medici a diventare "accettatori" e smistare manualmente l'utenza ma a questa anomalia, si è aggiunta una vera e propria emergenza.

LA CARENZA

Non ci sono medici, o meglio, non ce ne sono a sufficienza per garantire l'assistenza nel mese di giugno dove, allo stato dei fatti, rimangono scoperti 40 turni nell'area medica del pronto soccorso. Le «gravi condizioni» del reparto, sono scritte nero su bianco nella nota a firma del responsabile del pronto soccorso

IL DIRETTORE SANITARIO FERRARA: «SI DOVREBBE DIRITTARE DA NOI PARTE DEI VINCITORI DEL CONCORSO PER L'OSPEDALE DEL MARE»

che rendiconta «l'impossibilità di formulare i turni a giugno che fa seguito alle già numerose richieste di personale per far fronte alla cronica carenza di medici».

Due giorni fa, durante il turno di lunedì dalle 10 un solo medico si è trovato a prestare servizio in pronto soccorso, una condizione che il sanitario non ha esitato a rendicontare, chiedendo alla direzione del presidio di «prendere provvedimenti». Di certo, chiamarla emergenza non dà la misura di un disagio annunciato e destinato a prolungarsi a causa delle ferie.

«Ci sono turni scoperti che non so come colmare - scrive il responsabile del pronto soccorso - andiamo incontro al periodo estivo e tutti i colleghi, dopo un anno in condizioni di estremo disagio e sacrificio con disponibili-

tà di turni assurdi e in sovrannumero, rispetto a quelli da contratto e ancora non pagati, hanno diritto a ferie».

A questo si aggiunge il fatto che molti medici in servizio dipendono da altre unità operative, in particolare dal Servizio di emergenza territoriale 118 che li 'presta' al nosocomio. Ma il dato ancora più significativo è che nessun sanitario vuole prestare servizio nel pronto soccorso del San Giovanni Bosco.

LO STRAORDINARIO

Questa mancata volontà è ben manifesta nella risposta all'iniziativa del Dipartimento Ospedaliero Aziendale, il Dao, che per colmare i turni vacanti aveva autorizzato ore di straordinario in regime di autoconvenzione, coinvolgendo tutti i direttori sanitari dell'Asl Napoli I. In pratica i me-



dici, seppure in servizio presso altre strutture, potevano esercitare lo straordinario nel pronto soccorso della Doganella ma ad eccezione di una dottoressa che si è offerta per maggio e aprile, nessuno ha dato disponibilità.

«Si tratta di lavorare in condizioni di estremo disagio e difficoltà - spiega Luigi Paganelli, Rsu

Cigl del presidio- c'è un solo elettrocardiografo funzionante, mancano i presidi per assistere i pazienti politraumatizzati, non abbiamo la sala per fare il pronto soccorso ostetrico e ortopedico, non abbiamo il drappello di polizia, gli spazi sono invasi dalle zanzare».

Critico anche Michele Ferrara, direttore sanitario del San Giovanni Bosco: «Per colmare i turni abbiamo chiesto all'Ospedale del Mare di dirottare una parte dei 54 medici vincitori di concorso da noi, almeno in attesa che nel presidio di Ponticelli apra il pronto soccorso. Abbiamo convocato le organizzazioni sindacali dell'area medica per trovare una soluzione».

IL FILTRAGGIO

Chiarimenti arrivano anche in merito alla questione del Triage che ha caratterizzato la nomina di Ferrara, voluto dal manager Asl Mario Forlenza per attivare il filtraggio informatizzato entro tre mesi dalla sua nomina avvenuta il 3 aprile. «È stato effettuato il sopralluogo dell'ingegnere del servizio informatica che ha verificato la necessità di incrementare le prese, abbiamo 5 computer non attivati ma presenti nel presidio e, se tutto va bene, tra la fine giugno e luglio, partiremo rispettando i tempi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'EMERGENZA All'ospedale San Giovanni Bosco, alla Doganella, mancano i medici: pronto soccorso in difficoltà

L'incarico

Giordano commissario all'azienda dei Colli

Nuovo commissario all'azienda dei Colli. La Regione fa sapere che nelle prossime ore si procederà all'avvicendamento: a Giuseppe Matarazzo subentrerà Antonio Giordano, già direttore generale della stessa azienda e manager dell'Asl di Salerno. «Si continuerà - fa sapere la Regione - nel consolidamento dei programmi di sviluppo dell'azienda dei Colli e dell'obiettivo di completare e potenziare come previsto l'area dell'emergenza -urgenza».

Lega tumori Domani visite gratis per l'uomo

LA PREVENZIONE

Per domani la Lega italiana contro il tumore ha indetto la Prima Giornata Nazionale Prevenzione Uomo. È dedicata solo alla salute della sfera genitale maschile. Sarà accompagnata dal "Percorso Azzurro - LILT For Men", una campagna di informazione per diffondere la cultura della tutela anche negli uomini. Un'occasione per informare sui tumori della sfera genitale, non solo il più conosciuto carcinoma (quello della prostata) ma anche i meno conosciuti, ma insidiosi, tumori al testicolo e al pene. Domani sarà, inoltre, possibile effettuare visite di controllo nelle sezioni provinciali aderenti all'iniziativa, prenotando al numero verde SOS LILT 800 99 88 77, dove si potrà anche ricevere informazioni e consigli riguardo ai corretti stili di vita (www.lilt.it).

R. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Stop alle abbuffate da malessere: in una guida due specialiste canadesi spiegano come fermare la fame nervosa. Dal diario quotidiano alla pratica yoga ecco le soluzioni per neutralizzare la voglia di riempirsi sempre la pancia

La tristezza non va mangiata

IL MANUALE

Atutti sarà capitato di fare strage di cioccolato dopo una brutta delusione d'amore. O di spazzolare un pacco intero di patatine dopo aver trascorso una giornata stressante al lavoro. In barba alla dieta e ai buoni propositi di seguire un'alimentazione sana. Come se le emozioni avessero un diretto collegamento con lo stomaco e ne prendessero il totale controllo. Ma, come il cervello si fa strada, ecco arrivare i sensi di colpa.

Ebbene, c'è un modo per spezzare questo circolo vizioso. A proporlo sono le canadesi Isabelle Huot e Catherine Sencal, rispettivamente nutrizionista e psicologa d'esperienza, entrambe attive da anni nel campo dei disturbi dell'alimentazione e della psicologia comportamentale. Nel loro ultimo libro, *Smetti di mangiare le tue emozioni* (edito da BUR Biblioteca Univ. Rizzoli), le due esperte presentano una guida per migliorare il rapporto con il cibo e riscoprire il piacere di mangiare. Quello che Huot e

Sencal affrontano in maniera semplice e chiara è il problema della fame nervosa, quella che sembra impossessarsi di noi ogni volta che ci sentiamo travolti dalle emozioni, specialmente quelle negative.

IL TRUCCHETTO

«Il cibo ci appare come un abbraccio confortante quando un dolore o una delusione troppo forti ci assalgono», confermano le autrici. Ma la fame nervosa non è incontrollabile come può apparire. Si può infatti superarla quotidianamente con tanti esercizi. Nel loro libro Huot e Sencal suggeriscono diverse attività: dallo yoga fino alla compilazione di un diario. Ma menzionano

anche qualche truccetto per restare in forma, come camminare mentre si è al telefono o lasciare l'auto in fondo al parcheggio. Niente quindi di eccessivamente impegnativo. Una volta che si inizia, assicurano le esperte canadesi, il resto verrà da sé. «E' quando si comincia a mangiare

meglio e a fare un po' di moto che la strada diventa tutta in discesa, e siamo pronti ad affrontare tutti i piccoli e grandi ostacoli di ogni giorno», sostengono la psicologa e la nutrizionista.

Ma il loro contributo non si esaurisce nella sola gestione delle emozioni. Le due esperte suggeriscono anche qualche piccola strategia per rinunciare completamente alla voglia di cibo in eccesso. Ad esempio, di fronte al desiderio del cioccolato, Huot e Sencal non raccomandano di



Per fermare l'attacco di fame basta una mela e 30 gr. di formaggio

ANSIA E STRESS SONO ALLA BASE DEGLI SPUNTINI, ANCHE NOTTURNI, DI ALIMENTI MOLTO CALORICI

ignorarlo. Tutt'altro. Consigliamo, invece, di assaporare lentamente qualche quadretto, in modo da soddisfare questa voglia legittima e di evitare di ripiegare su uno yogurt magro per poi svuotare un'intera scatola di biscotti qualche ora dopo. Inoltre, le autrici sfatano un vecchio luogo comune, quello secondo il quale mangiare pochissimo fa dimagrire. Le due esperte canadesi consigliano, invece, di provare a seguire la regola del «3-3-3»: tre pasti e tre spuntini ogni tre ore.

I CARBOIDRATI

«Gli spuntini - spiegano le autrici - son un aiuto prezioso per frenare gli attacchi di fame durante la giornata. Idealmente dovrebbero combinare carboidrati e proteine per stabilizzare la glicemia e dare un senso di sazietà. Fino ad arrivare al pasto successivo». Alcuni esempi per tamponare la fame che irrompe nervosa: un vasetto di yogurt greco alla frutta, un grappolo d'uva con formaggio fresco, mirtilli secchi e una o due mandorle, una mela e 30 grammi di formaggio, vegetali crudi e un pugno di arachidi.

Alla fine del manuale, le due specialiste si rivolgono al lettore e forniscono una schema da riempire giorno per giorno. «Adesso scrivono - tocca a te. Inizia a scrivere il tuo diario. Ben presto diventerà uno strumento indispensabile per aiutarti a riprendere il controllo delle tue emozioni e della tua alimentazione».

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il manager Forlenza: «Difficoltà dopo 10 anni senza assunzioni ora procedure straordinarie»

**LE INTERVISTE
DEL MATTINO**

«La carenza di personale? È concentrata soprattutto sul versante degli anestesisti e riguarda non solo la Asl Napoli 1 ma anche il resto della Campania. Per questo ho appena firmato un provvedimento con cui, per il periodo estivo, autorizzo gli anestesisti a lavorare in autoconvenzionamento e in extraorario, rispetto ai limiti imposti dalle norme europee per cui riprenderanno subito le sedute operatorie sospese. L'impegno è poi recuperare le ore extra nei successivi mesi. Per l'apertura del pronto soccorso dell'Ospedale del Mare valuteremo venerdì, in un vertice con tutti i primari». A parlare è Mario Forlenza, manager della Asl Napoli 1.

La Asl mostra ancora il fian-

co per carenze di medici e infermieri.

«La penuria di personale è il frutto di 10 anni di stop alle assunzioni. Abbiamo fatto i salti mortali per recuperare e concluso in queste settimane tutti i principali concorsi partiti con lo sblocco del turn-over. L'iter di reclutamento per i chirurghi è l'ultima procedura ancora aperta e si chiude venerdì. I concorsi tra l'altro si sono svolti contemporaneamente in tutte le Asl e i medici hanno la possi-

**«VENERDÌ LA RIUNIONE
PER DECIDERE
SE APRIRE IL PRONTO
SOCCORSO
DELL'OSPEDALE
DEL MARE A GIUGNO.»**

bilità di scegliere dove andare».

Dove lavoreranno i neoassunti?

«Andranno a popolare le corsie dell'Ospedale del Mare ma anche a rinforzo degli altri presidi della Asl che sono in difficoltà. Dopodomani con direttori e primari dell'Ospedale del Mare tratteremo il punto della situazione e valuteremo se il pronto soccorso di Napoli est può aprire subito, a fine giugno, come programmato - o sia preferibile attendere settembre».

Da cosa dipendono queste incertezze?

«Per l'immissione in servizio serve ancora un po' tempo. Tra rinunce, scorrimento di graduatorie e nulla osta delle aziende di provenienza, bisogna calibrare una complessa macchina assistenziale. Vedremo, ogni decisione sarà assunta per garantire i cittadini».

Considerando i tanti buchi nei turni degli ospedali e la necessità di una fase di rodaggio dei neoassunti perché non ne dirottate una parte negli ospedali con pronto soccorso in maggiori difficoltà per poi riassetare tutta la rete a settembre?

«Sembrirebbe una soluzione logica e semplice ma quando un medico o un chirurgo prende servizio in un determinato ospedale possono sorgere problemi per i successivi spostamenti. Ci sono norme e contratti che rendono tutto più complesso».

Ma quanto personale state reclutando?

«Se parliamo degli anestesisti ho firmato in questi giorni 32 lettere, 12 sono destinate a camici bianchi già alle nostre dipendenze come specialistici ambulatoriali che ora passano a tempo indeterminato. Altri 20 sono

in maggioranza destinati all'Ospedale del Mare ma alcune unità andranno a rinforzo dei presidi cittadini».

Ci sono alcune rinunce...

«Scorreremo la graduatoria. Ce ne sono oltre 70 in lista ma sono procedure che allungano i tempi».

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MANAGER Mario Forlenza che dirige l'Asl Napoli 1

**«STIAMO FINENDO
IL CONCORSO
PER IL RECLUTAMENTO
DEI CHIRURGI
MA LE PROCEDURE
SONO COMPLESSE»**

I nodi Traslochi in corso e poche assunzioni ospedali in affanno

► L'Ospedale del Mare non ancora aperto ma assorbe mezzi e personale ► Mancano gli anestesisti, l'Asl Napoli decide di andare in deroga alle norme

LA SANITÀ NEGATA

Ettore Mautone
Dalla prima di Cronaca

Un varo difficile e complesso che ha intanto visto approdare da un anno, nella zona orientale, decine di medici e infermieri senza che quel gigante della salute abbia inciso in maniera significativa sui fabbisogni della popolazione né alleviato i carichi di lavoro negli altri presidi in città. Un ospedale, quello di Napoli est, che ha finito per assorbire anche tutte le energie della programmazione generando un micidiale effetto domino che ha trascinato nell'incertezza tutta la rete dell'assistenza. Così migliaia di cittadini sono costretti a fare i conti con la corsa a ostacoli delle visite specialistiche, di esami e analisi sospesi nei centri accreditati, di prenotazioni per ricoveri e interventi chirurgici bloccati nei principali ospedali a causa della penuria di personale, di servizi anche essenziali resi precari dalle assunzioni avvenute finora col contagocce e aggravati dai pensionamenti.

**IL TRASFERIMENTO
DI REPARTI
DA UN NOSOCOMIO
ALL'ALTRO STA
CREANDO ULTERIORI
PROBLEMI**

GLI ANESTESISTI CHE MANCANO

La carenza di anestesisti è la punta dell'iceberg, ma è quella che si fa sentire di più. Perché impiegati nella arca più a rischio, come pronto soccorso, rianimazioni e sale. Solo a Napoli sono decine le caselle vuote. Al San Paolo da tempo la penuria non consente di tenere aperto l'ambulatorio di terapia del dolore né di assicurare il parto naturale in analgesia. Le necessità dei trasporti secondari comportano poi lunghi spostamenti che lasciano sguarnito il presidio. E anche gli interventi chirurgici ne risentono. Solo agli Incurabili, che non ha pronto soccorso, ne mancano 3. La buona notizia è che, grazie a una disposizione di servizio del management, da oggi sarà possibile tornare al regime dell'autoconvenzionamento, ossia ore extra di lavoro (pagate 60 euro lordi l'ora 23 netti) in deroga ai limiti imposti dalle norme che consentiranno la ripresa delle attività chirurgiche non ur-

genti.

I CHIRURGI

Non va meglio nell'area chirurgica. La mappa delle carenze è stata stilata l'8 giugno scorso in una riunione sindacale. Ne emerge che molti chirurghi sono impiegati in pronto soccorso ma non sono chirurghi di urgenza per cui i nodi derivano dal persistente utilizzo improprio dei chirurghi in funzione di medico di Pronto soccorso, distolti dalle sale operatorie. Tale attività infatti dovrebbe essere svolta dal medico unico dell'emergenza (che appartiene all'area medica e non a quella chirurgica), figura che però nell'azienda è insufficiente. Nel concorso per 59 posti su 188 ammessi alla prova scritta solo 55 hanno firmato la lettera per assunzione di cui una quindicina già lavorano nella Asl a tempo determinato e la rimanente quota non è detto che accetti.

I RADIOLOGI

La radiologia del Loreto Mare con 4 radiologi non può coprire tutti i turni. L'azienda aveva dirottato 16 radiologi del Loreto alla struttura di Ponticelli che saranno costretti a coprire in straordinario anche i presidi come il San Giovanni Bosco, il Capi-lupi o il San Paolo oggi a corto di specialisti. In vista delle ferie la situazione si complica anche perché ancora non si sa quanti sono gli assunti con il concorso per questa specialità. E già sabato e domenica al Loreto Mare non si sa come coprire i turni.

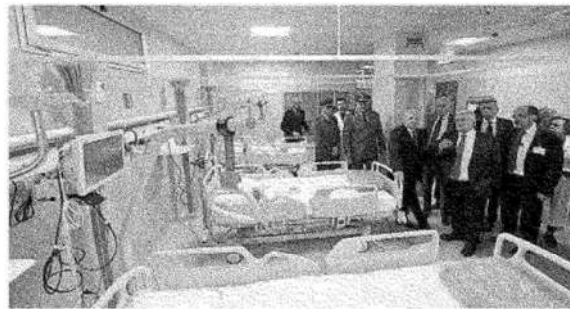
I TRASLOCHI IN CORSO

In tale situazione di emergenza tutti puntano a deprecare i presidi in fase di riconversione. Come l'Ascalesi destinato ad essere annesso al Pascale. La Cardiologia da fine giugno prende servizio al San Paolo che manca di tale disciplina nella Medicina d'urgenza. L'oncologia dell'Ascalesi va invece all'Ospedale del Mare e l'ematologia, che non si sa dove sistemare, dovrebbe salire verso gli Incurabili. La Radiologia dovrebbe completare il trasloco a Napoli est.

LE SOLUZIONI

Le ipotesi percorribili sono quattro: trasferimenti temporanei di medici da strutture non impegnate nell'emergenza, reclutamenti in fieri con i concorsi, assegnazione di orario aggiuntivo secondo le previsioni contrattuali, accorpamenti di reparti con riduzione posti letto e sospensione delle attività di elezione. L'unica certezza è che per affrontare questa partita si è partiti molto in ritardo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE CRITICITÀ In alto il Cto, sotto l'inaugurazione dei primi reparti dell'Ospedale del Mare

L'analisi

**LA VIA CRUCIS
DEI MALATI
SENZA
ASSISTENZA****Ettore Mautone**

A distanza di oltre due anni dallo sblocco del turn-over l'attesa per il reclutamento di medici e camici bianchi, necessari per popolare le corsie degli ospedali campani, è diventata la nuova via crucis per cittadini e pazienti. Le carenze riguardano tutta la Campania ma alla vigilia delle ferie estive a Napoli la situazione è diventata esplosiva.

I segnali non mancano: provengono all'azienda dei Colli, segnatamente il Cto, dove un gruppo di primari e dirigenti propone provocatoriamente di chiudere il pronto soccorso nelle ore notturne per fronteggiare la penuria di specialisti, in particolare ortopedici. Ma giungono soprattutto dagli ospedali della Asl Napoli I, ridotti letteralmente all'osso, costretti a chiudere ambulatori e servizi, disarticolati in molte funzioni e concentrati a mantenere accesa almeno la fiammella del pronto soccorso in cui sono state concentrate tutte le risorse residue.

Su ospedali come il San Giovanni Bosco, il Pellegrini e il San Paolo, un tempo gioiellini dell'assistenza territoriale, ricade oggi tutto il peso di quello che l'ospedale del Mare non è ancora in grado di fare. Piccoli presidi depauperati in molte funzioni, sacrificati da tempo sull'altare dell'ospedale di Napoli est, che però non ha ancora i numeri per partire in sicurezza. E che, probabilmente, solo a settembre potrà affrontare senza patemi il difficile decollo dell'area dell'emergenza.

Continua a pag. 25

Traslochi e poche assunzioni dietro la crisi. Il presidio di Napoli Est non ancora aperto assorbe mezzi e personale

Ospedali, la trincea dell'estate

L'allarme dal San Giovanni Bosco: scoperti 40 turni al pronto soccorso
Dai medici di tutta l'Asl nessuna adesione a lavorare con lo straordinario

Melina Chiapparino

Mancano i medici per coprire i turni di giugno, funziona un solo elettrocardiografo e si contano tra i 150 e i 200 accessi giornalieri. Non si tratta di un episodio ma di un copione che si ripete, quasi quotidianamente, al pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni Bosco, assalato dall'utenza e in ginocchio per la carenza di personale. È la spia di quanto, negli ospedali napoletani, si profila in questa calda estate. E vanno deserti anche gli appelli ai medici dell'Asl a sopperire con gli straordinari. *A pag. 24*

Le inchieste del Mattino

Ospedali a Napoli ferie già iniziate assistenza in crisi

Ambulatori a singhiozzo e turni scoperti
d'estate funzioneranno solo il pronto soccorso

**Melina Chiapparino
Ettore Mautone**

Lo sblocco del turn over nella sanità campana non risolve i problemi legati alla carenza di personale. E con l'estate il problema si fa più evidente: alla vigilia delle ferie a Napoli la situazione è diventata esplosiva. I segnali non mancano: al Cto un gruppo di primari e dirigenti propone di chiudere il pronto soccorso

di notte; negli ospedali della Asl Napoli I i disagi più forti: chiuderanno ambulatori e servizi per a concentrare medici e infermieri nei pronto soccorso. E su ospedali come il San Giovanni Bosco, il Pellegrini e il San Paolo, un tempo gioiellini dell'assistenza territoriale, ricade oggi tutto il peso di quello che l'ospedale del Mare non è ancora in grado di fare.

In Cronaca

Da Salerno a Napoli, Giordano saluta l'Asl il nuovo manager dalle Marche o da Nocera

LA NOMINA

Torna all'azienda dei Colli il direttore generale dell'Asl Antonio Giordano. La comunicazione di Palazzo di Santa Lucia, che ha spiazzato un po' tutti, anche il diretto interessato, che ha appreso della nomina proprio dalla nota della Regione, è giunta nella serata ieri. Continua, così, il via vai sull'asse Napoli-Salerno dei manager della sanità campana, dopo i casi di Giuseppe Longo, prima commissario straordinario dell'Asl di Salerno, poi trasferito all'azienda dei Colli e attualmente alla guida del Ruggi, quella del suo attuale direttore sanitario aziendale Cosimo Maiorino, che ha avuto un percorso simile, così come il precedente direttore generale Vincenzo Viggiani, oggi alla Federico II, senza dimenticare Attilio Bianchi, attuale manager del Pascale.

IL TOTO-NOMINE

Immediato, come era inevitabile, è scattato anche il toto-nomine, che vede, per ora, tra i nomi più chiacchierati quello di Antonio Lucchetti, attualmente in forza all'Asl unica delle Marche, ma quasi a fine mandato. Per lui si tratterebbe di un ritorno, dopo

essere stato il direttore sanitario durante l'era Squillante. Insieme a quello di Lucchetti torna a circolare con insistenza anche quello di un altro Giordano. Si tratta di Alfonso, attuale direttore sanitario dell'ospedale di Nocera, il cui nome risultava nella rosa dei possibili papabili quando fu poi nominato Antonio Giordano.

DUE ANNI A SALERNO

Tornato in via Nizza nel mese di luglio 2016, dopo che era stato già commissario straordinario, Antonio Giordano lascia così l'incarico dopo quasi 2 anni, durante i

quali ha portato a casa importanti risultati, sia dal punto strategico-sanitario, che di riordino organizzativo. Oltre all'approvazione dell'atto aziendale, che ha ridisegnato il quadro di tutte le strutture e delle funzioni, alla nomina dei direttori delle unità operative e dei distretti, a fine aprile ha dato avvio a una importante stretta contro i furbetti del ticket, per il rientro delle somme non versate negli anni che vanno dal 2010 al 2015, per un importo complessivo di quasi 12 milioni di euro. L'attività di recupero degli ultimi 3 anni in questione è iniziata tra

maggio e giugno, in attesa della pubblicazione degli esiti dei controlli sulle autocertificazioni anno 2016. Per il 2014 le somme da recuperare erano pari a 2,775 milioni di euro. Situazione simile anche per il 2015, per un importo pari a 2,405 milioni. Questi 5,2 milioni vanno ad aggiungersi ai 6,7 milioni degli anni precedenti.

L'ultimo atto, in ordine di tempo, l'impegno all'arrivo di 80 infermieri e 20 operatori socio sanitari per fronteggiare l'emergenza estiva legata e la necessità di un piano di accorpamenti di reparto, oltre all'assicurazione che dal prossimo primo settembre e fino al termine del 2018 sarebbe stato ridefinito il fabbisogno organico dell'Asl. Il reclutamento delle 100 unità a tempo determinato e in maniera straordinaria, fino al 31 dicembre prossimo e senza possibilità di revoca, rientra nell'ambito dei posti autorizzati. Si dovrebbe attingere dalla graduatoria dell'azienda ospedaliera universitaria. Il nuovo personale sarà dislocato in quota percentuale rispetto al reclutamento di mobilità, attualmente in corso. Giordano aveva anche assicurato che la graduatoria degli infermieri sarà ripubblicata entro metà giugno.

SA.F.U.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Martedì 12 GIUGNO 2018

Vivere in siti inquinati aumenta del 9% incidenza tumori in bambini e giovani

Lo rilevano i dati dello studio Sentieri di cui si è parlato oggi a Roma: +62% sarcomi, +66% leucemie, + 50% linfomi, 36% tumori testicolo tra 0 e 24 anni. Javarone (Iss): "Nonostante la maggiore vulnerabilità dei bambini agli inquinanti ambientali e l'aumento dell'incidenza dei tumori pediatrici nei paesi industrializzati, l'eziologia della maggior parte delle neoplasie nei bambini è per lo più ancora sconosciuta".

Vivere in siti contaminati comporta un aumento di tumori maligni del 9% tra 0 e 24 anni. In particolare "l'eccesso di incidenza" rispetto a coetanei che vivono in zone considerate 'non a rischio' è del 62% per i sarcomi dei tessuti molli, 66% per le leucemie mieloidi acute; 50% per i linfomi Non-Hodgkin.

E' quanto emerge dallo studio Sentieri, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. Il dato riguarda solo quelli dove è attivo il registro tumori, 28 siti sui 45 oggetto dello studio Sentieri, ed è stato elaborato sui dati del periodo 2006-2013.

A illustrare questi dati è stato **Ivano Iavarone**, primo ricercatore Iss e direttore del centro collaborativo OMS Ambiente e salute nei siti contaminati, intervenuto oggi al workshop **"Un sistema permanente di sorveglianza epidemiologica nei siti contaminati"**, presso il Ministero della Salute.

"L'eccesso di incidenza di patologie oncologiche rispetto alle attese riguarda anche i giovani tra 20 e 29 anni residenti nei cosiddetti Siti di Interesse Nazionale, tra i quali si riscontra un eccesso del 50% di linfomi Non-Hodgkin e del 36% di tumori del testicolo", spiega all'Ansa Iavarone.

Per quanto riguarda, in generale, le ospedalizzazioni dei più piccoli, "l'eccesso è del 6-8% di bimbi e ragazzi ricoverati per qualsiasi tipo di malattia rispetto ai loro coetanei residenti in zone non contaminate". La stessa situazione non risparmia i piccolissimi.

"Per quanto riguarda il primo anno di vita - sottolinea l'esperto - vi è un eccesso di ricoverati del 3% per patologie di origine perinatale rispetto al resto dei coetanei. E un eccesso compreso tra l'8 e il 16% per le malattie respiratorie acute ed asma tra i bambini e i giovani".

"Nonostante la maggiore vulnerabilità dei bambini agli inquinanti ambientali - prosegue Iavarone - e l'aumento dell'incidenza dei tumori pediatrici nei paesi industrializzati, l'eziologia della maggior parte delle neoplasie nei bambini è per lo più ancora sconosciuta".

È necessario, conclude, "proseguire la sorveglianza epidemiologica nelle aree contaminate, basata su metodi e fonti informative accreditati, per monitorare cambiamenti nel profilo sanitario in relazione a sorgenti di esposizione/classi di inquinanti specifici e per verificare l'efficacia di azioni di risanamento".

Fonte: Ansa

quotidianosanita.it

Martedì 12 GIUGNO 2018

Sostenibilità del SSN e carenza di medici specialisti: non basta un secondo binario formativo

Si tratta di una prima risposta al fenomeno dell'imbuto formativo, descritto dall'Anaa fin dal 2014, da valutare positivamente, a condizione di permettere l'accesso al SSN in modalità aggiuntiva rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro da definire nel CCNL della dirigenza medica. Vi sono, però, altri fenomeni che stanno incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN: la gobba pensionistica dei medici dipendenti del SSN e la fuga dagli ospedali

Le Regioni hanno ri-presentato [una proposta di implementazione dei contratti di specializzazione](#) a partire dall'anno accademico 2017/2018, in modo da coprire completamente il fabbisogno da loro programmato di 8.569 contratti, a fronte di un finanziamento attuale di 6.200 garantiti dal bilancio statale. Con un percorso formativo prevalentemente interno al SSN, visto che l'Università dichiara di non potere aumentare la propria capacità formativa.

Si tratta di una prima risposta al fenomeno dell'imbuto formativo, descritto dall'Anaa Assomed fin dal 2014, da valutare positivamente, a condizione di permettere l'accesso al SSN in modalità aggiuntiva rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro da definire nel CCNL della dirigenza medica.

Vediamo di cosa si tratta. Considerando i tassi di iscrizione al corso di laurea in Medicina e Chirurgia proposti ai tavoli ministeriali, valutando sia le iscrizioni ordinarie sia quelle disposte dai TAR negli anni passati, si può prospettare che nel decennio 2018/2027 acquisiranno la laurea circa 93.000 degli attuali e futuri studenti.

Se consideriamo anche i laureati che già oggi non trovano in Italia una offerta adeguata di formazione, valutabili in circa 10.000/15.000 medici, si verrà a creare un bacino di circa 105.000 medici alla ricerca spasmodica di uno sbocco prima formativo poi occupazionale. Se rimane invariata la attuale offerta formativa di circa 6200 contratti di specializzazione e circa 1000 borse di formazione in medicina generale all'anno, nel decennio 2018/2027 saranno circa 35.000 i medici cui verrà negata la possibilità di completare il proprio percorso di studio, indispensabile per entrare nel mondo del lavoro italiano, sia pubblico che privato.

L'unica scelta che rimarrà praticabile per questi Colleghi sarà quella dell'emigrazione per accedere ad un lavoro contrattualizzato in un ospedale all' estero e, contestualmente, completare il percorso formativo fino alla acquisizione del titolo di Specialista necessario per la progressione di carriera.

Nessuna meraviglia, quindi, se gli imbuto formativi, con il paradosso di troppi laureati e pochi specialisti o MMG, e lavorativi, figli di un cieco blocco del turnover, che stanno determinando la perdita di più generazioni di medici, inducono una importante, e di anno in anno crescente, emigrazione verso altri paesi europei, Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che verso gli Stati Uniti.

Oramai superiamo i 1000 medici laureati o specialisti che emigrano ogni anno. Considerando che il costo della formazione di un singolo medico si aggira intorno a 150.000/200.000 €, in termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari ogni anno agli altri Paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti, per incuria ed insipienza, alla sostenibilità del nostro SSN e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese.

Vi sono, però, altri fenomeni che stanno incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN:

Superato lo scalone previdenziale introdotto dalla legge "Fornero", le uscite di medici e dirigenti sanitari dal SSN stanno crescendo in modo esponenziale, senza distinzioni territoriali, al nord come al sud del nostro paese. In base agli studi Anaa si può ragionevolmente ipotizzare nei prossimi cinque anni (2018/2022) un esodo di medici dipendenti del SSN, per pensionamento o dimissioni a qualsiasi titolo, superiore ai 30.000 unità.

Cifra che potrebbe anche avvicinarsi a 40.000 unità, grazie ad alcuni fattori di accelerazione ancora non pienamente valutabili. Quali il superamento della Legge "Fornero", proposto dal nuovo Governo, e le uscite dal sistema, anche prima del raggiungimento dei limiti previdenziali, per il crescente disagio lavorativo. L'incremento dei pensionamenti e delle dimissioni dal SSN senza il necessario ricambio generazionale blocca quel trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse, necessario ad un sistema complesso come quello sanitario. Nel 2018, se non cambiano le politiche occupazionali, e contrattuali, l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 54 anni, la più alta nel panorama mondiale.

Di fronte a questo disastro, annunciato da Anaa Assomed da molto tempo con tenacia lontana dalla rassegnazione, la proposta delle Regioni non è più sufficiente a risolvere tutti i problemi prodotti dal fallimento, ancora orfano di responsabilità politiche, del sistema formativo.

I nuovi specialisti usciranno dai corsi di specializzazione tra 4/5 anni. La curva dei pensionamenti è già impennata e arriverà ai suoi massimi dal prossimo anno quando incominceranno ad uscire dal sistema i dirigenti medici e sanitari nati nel 1954/1955, che rappresentano le classi con maggiore frequenza nella demografia dei medici dipendenti del SSN, circa 7.000 unità per ogni anno. Solo dopo il 2025/2026 avremo una riduzione dei pensionamenti tale da poter garantire il turnover con gli attuali numeri della formazione post-laurea.

Le Regioni lamentano già oggi la scarsa partecipazione di specialisti ai concorsi indetti dalle Aziende sanitarie, tale da non consentire la copertura dei posti vacanti nelle strutture e pertanto paventano che nel volgere di pochi anni si potrebbe compromettere seriamente l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini.

Una condizione emergenziale richiede risposte eccezionali. Non basta organizzare un secondo binario formativo perché questa soluzione è temporalmente sfasata rispetto alla criticità che è imminente. Viste le condizioni di necessità, in carenza nei concorsi di candidati provvisti di diploma di specialità, si potrebbe procedere, in via eccezionale e limitatamente al periodo di criticità, ai fini di non interrompere l'erogazione dei servizi sanitari stabiliti con i LEA, all'assunzione con un contratto di formazione/lavoro a tempo determinato di medici specializzandi che abbiano superato il tronco comune, in deroga alla legge vigente.

O perlomeno ammettere ai concorsi, come già si fece a metà degli anni 90, gli iscritti all'ultimo anno di specializzazione. Ed intanto provvedere a migliorare le condizioni di lavoro, ed i livelli retributivi, dei medici in servizio per arginare la loro fuga nel privato.

L'alternativa è quella di assumere specialisti provenienti dall'estero. Al posto dell'idraulico polacco che agitava un tempo i sonni degli avversari della globalizzazione, avremo il medico ungherese o bulgaro. Non abbiamo più molto tempo, e sicuramente non un decennio, per disinnescare la bomba professionale, e generazionale, innescata dal flop della programmazione ministeriale, collasso del sistema formativo abbarbicato al monopolio universitario, definanziamento progressivo della sanità pubblica con il corollario della falcidia di posti letto, pre-requisito di una determinazione al ribasso del numero di specialisti. La cui quantità e qualità professionale sono elementi critici per la sostenibilità di qualunque sistema sanitario.

Nella illusione di fare quadrare i conti, verrà lasciata affondare una infrastruttura di enorme valore civile e sociale quale il servizio sanitario, pubblico e nazionale, fonte di uguaglianza e di redistribuzione della ricchezza? Le assicurazioni aspettano il passaggio del cadavere sulle rive del fiume.

Carlo Palermo

Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

quotidianosanita.it

Martedì 12 GIUGNO 2018

Questi gli alimenti che proteggono la salute. Promossi uova, frutta a guscio, caffè e vegetali

Dal congresso Nutrition 2018, in corso a Boston, arrivano una serie di studi che evidenziano l'effetto protettivo di una serie di alimenti per la salute. Dalle verdure anti-parkinsonismo, al caffè amico del fegato, ai latticini magri e fermentati contro il cancro del colon retto, alle uova contro il diabete

Il cibo non è solo 'strumento' di piacere e di sostentamento ma può diventare anche alleato della salute o fattore di rischio per una serie di malattie.

A puntualizzare la funzione come alleato della salute, in particolare come scudo contro diabete, cancro, patologie neurodegenerative, hanno provveduto una serie di ricerche presentate in questi giorni a Boston al congresso Nutrition 2018, l'appuntamento annuale dell'*American Society for Nutrition*. Promossi a pieni voti, uova, frutta a guscio, caffè e vegetali.

Uova contro il diabete

Uno studio randomizzato durato 12 settimane e condotto su soggetti in sovrappeso/obesi con prediabete o diabete di tipo 2 già diagnosticato, suggerisce che le uova sono in grado di ridurre l'impatto dei fattori di rischio associati al diabete. I soggetti che consumavano uova tutti i giorni hanno presentato benefici sul compenso glicemico (valori di glicemia a digiuno e resistenza insulinica) e sul profilo lipidico, maggiori di quelli che consumavano un sostituto delle uova. Anche i timori di una ricaduta negativa sui livelli di colesterolo, si sono dimostrati privi di fondamento: i soggetti che consumavano quotidianamente le uova non hanno infatti mostrato un aumento dei livelli di colesterolo. Per contro, i livelli di apolipoproteina A1 (Apo A1) sono risultati significativamente maggiori alla fine dello studio, tra i consumatori di uova. [Le uova sono un'importante fonte di proteine, vitamine, minerali, carotenoidi e lecitina.](#)

Una noce (pecan) al giorno, riduce il rischio cardiovascolare

Quattro settimane di dieta arricchita con una piccola manciata di noci pecan sono bastate a determinare in un gruppo di adulti (dai 45 anni in su) in sovrappeso dei cambiamenti favorevoli di una serie di fattori di rischio cardio-metabolici (glicemia, resistenza insulinica, produzione di insulina da parte delle cellule beta), rispetto ad un gruppo di controllo. Presto per dire se il consumo di noci pecan possa essere in grado di ridurre il rischio di patologie cardiovascolari e di diabete di tipo 2 nei soggetti di mezz'età in sovrappeso/obesi, [ma questi primi risultati sembrano incoraggianti.](#)

I latticini riducono il rischio di cancro del colon retto

Una serie di evidenze scientifiche dimostrano che il consumo di latticini è inversamente correlato al rischio di cancro del colon retto. Un gruppo di ricercatori americani ha condotto un'analisi prospettica su un gruppo di 101.677 persone di età compresa tra i 54 e gli 83 anni, utilizzando i dati della coorte *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial* (PLCO), con un follow-up medio di 12,5 anni. La ricerca ha permesso di stabilire che non tutti i latticini sono uguali nel ridurre il rischio di cancro del colon retto. Solo chi consuma latticini low-fat o fermentati (es. yogurt) si colloca nella fascia dei soggetti a bassissimo rischio di sviluppare cancro del colon.

[Gli autori concludono dunque che solo il consumo di latticini a basso contenuto di grassi e fermentato ha un effetto protettivo contro il cancro del colon retto.](#)

Funghi per combattere l'infiammazione

Due polisaccaridi, il PPEP-1 e il PPEP-2, contenuti nel fungo commestibile *Pleurotus eryngii* (il cardoncello o carderello o ferlengo, dal caratteristico profumo di pasta di pane), sono in grado di inibire le risposte infiammatorie indotte da lipopolisaccaridi (LPS). E' la prima volta che vengono dimostrate le proprietà anti-infiammatorie di questi polisaccaridi e questo [suggerisce la possibilità di utilizzarli come supplementi dietetici per](#)

13/6/2018

Questi gli alimenti che proteggono la salute. Promossi uova, frutta a guscio, caffè e vegetali

Il caffè amico del fegato

Il caffè è una delle bevande più consumate nel mondo e diversi studi ne hanno associato il consumo ad una riduzione della mortalità per tutte le cause e di mortalità per patologie specifiche, tra le quali quelle epatiche. Pochi studi hanno però finora studiato l'associazione tra consumo di caffè e ricoveri per patologie del fegato. Uno studio condotto su oltre 14 mila persone (i partecipanti allo studio ARIC, Atherosclerosis Risk in Communities) di età compresa tra i 45 e i 64 anni, ha dimostrato che i consumatori di 3 o più tazze di caffè al giorno, presentano un minor rischio di ricoveri correlati a patologie del fegato (la riduzione è del 21%), [ma non di mortalità per problemi epatici, rispetto a chi non beve caffè.](#)

Bacche e verdure contro il Parkinson

Uno studio di follow-up collegato ad una ricerca sui benefici che una dieta salute può avere nel ridurre il rischio di parkinsonismo (nell'ambito dello studio longitudinale Rush Memory and Aging Project), condotto su 706 persone seguite per una media di 4,6 anni, ha scoperto che il consumo di frutta e vegetali può ridurre effettivamente questo rischio. In particolare, il consumo di verdure a foglia larga, di crucifere, di vegetali gialli e di bacche (ma non di altri tipi di frutta) [sembra in grado di ridurre il rischio di parkinsonismo e di rallentare la progressione negli anziani.](#)

Maria Rita Montebelli

quotidianosanita.it

Martedì 12 GIUGNO 2018

Giornata mondiale del donatore di sangue/2. E in Italia è crisi donatori: - 8mila nel 2017. Mai così pochi in 10 anni. Ecco i dati del Cns

Oltre tre milioni le donazioni, 30mila in meno rispetto al 2016. Ma l'Italia è comunque autosufficiente, grazie alla compensazione tra Regioni. Serve uno sforzo organizzativo per reperire le risorse necessarie ad ampliare gli orari e i giorni di apertura delle strutture trasfusionali. Questi i dati del Centro nazionale sangue presentati, con la campagna di sensibilizzazione del Civis, oggi a Roma al Senato in previsione del [World Blood Donor Day del 14 giugno](#)

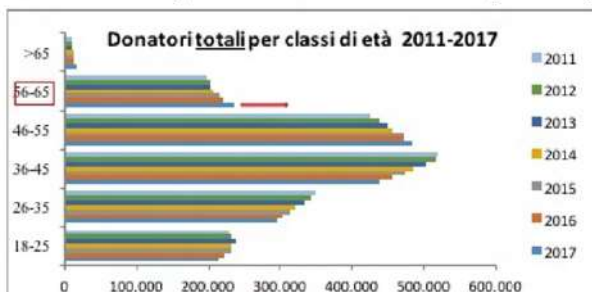
Continua a calare nel 2017 il numero dei donatori di sangue in Italia, dopo aver già toccato il record negativo dal 2009 nell'anno precedente. Mancano infatti all'appello ben 8mila donatori. Un'assenza che si traduce in un calo delle donazioni: nonostante siano state effettuate oltre tre milioni di donazioni, ce ne sono state 30mila in meno rispetto all'anno precedente. Malgrado tutto, l'Italia tiene. Sul fronte sangue è infatti autosufficiente grazie alla compensazione tra Regioni. Il Friuli Venezia Giulia è la Regione con il maggior numero donatori ogni mille abitanti, il Lazio è invece fanalino di coda. Serve quindi uno sforzo organizzativo per avere fondi che consentano di ampliare gli orari e i giorni di apertura delle strutture trasfusionali in modo da favorire con la massima flessibilità l'accesso dei donatori di plasma e sangue.

Sono questi alcuni dei **dati raccolti dal Centro Nazionale Sangue** e presentati, insieme a una campagna di sensibilizzazione realizzata con il Civis, il Coordinamento delle Associazioni di volontari del dono del sangue, oggi a Roma nella sede del Senato in previsione del [World Blood Donor Day](#), che l'Oms celebra il prossimo 14 giugno.

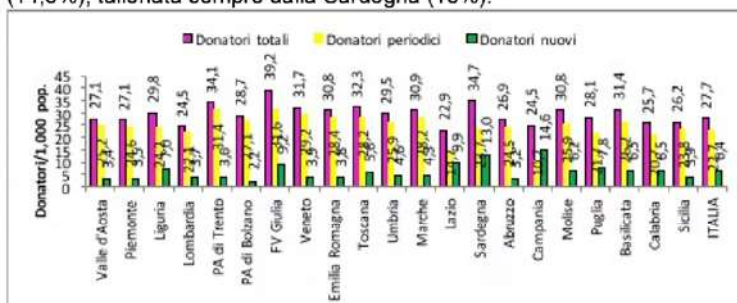
In ogni caso nonostante il trend in discesa, per quanto riguarda il sangue, l'Italia è autosufficiente, grazie alla compensazione tra Regioni, come ha sottolineato il direttore del Cns, Giancarlo Maria Liunbruno. "Viviamo in una situazione di sostanziale equilibrio – ha detto – ma in alcune Regioni periodicamente è necessario ricorrere al sistema della compensazione e che garantiscano una organizzazione della rete regionale di medicina trasfusionale tale da mantenere costanti i livelli di raccolta di plasma e sangue anche durante i primi mesi dell'anno o quelli estivi e conseguire gli obiettivi di raccolta del plasma e del sangue contenuti nel programma nazionale di autosufficienza, che dalle Regioni è stato condiviso. Anche sulla raccolta del plasma – ha aggiunto Liunbruno – per cui non siamo autosufficienti, occorre uno sforzo organizzativo delle istituzioni regionali per garantire questa risorsa strategica. Lo sforzo organizzativo dovrebbe avere anche il fine di reperire le risorse necessarie ad ampliare gli orari e i giorni di apertura delle strutture trasfusionali, in modo da favorire con la massima flessibilità l'accesso dei donatori di plasma e sangue".

I numeri. Secondo le cifre presentate i donatori lo scorso anno sono stati poco più di un milione e 680mila (con 304mila nuovi donatori), in calo di 8mila unità rispetto al 2016 (soprattutto i donatori più giovani (26-35 anni). Il calo continua dal 2012, anno 'di picco' con quasi un milione e 740mila donatori registrati. Il 31% dei donatori è donna, e la fascia di età in cui sono più numerosi è quella 46-55 anni, il 29% del totale, e quelli tra 36 e 45, il 26%. Il 13% ha tra 18 e 25 anni.

13/6/2018 Giornata mondiale del donatore di sangue/2. E in Italia è crisi donatori: - 8mila nel 2017. Mai così pochi in 10 anni...



Le differenze regionali. Il Friuli Venezia Giulia guida la classifica delle regioni con il maggior numero di donatori (39,2 per mille abitanti), seguita dalla Sardegna (34,7). Sotto la media italiana (27,7%), spiccano Lazio (22,9%), Campania e Lombardia (24,5). Per quanto riguarda i nuovi donatori, la regione più "generosa" è la Campania (14,6%), tallonata sempre dalla Sardegna (13%).



Nel 2017 sono state effettuate oltre tre milioni di donazioni (3.006.726 per la precisione), trentamila in meno rispetto all'anno precedente. Attraverso le donazioni in aferesi è stato possibile invece raccogliere quasi 830mila chili di plasma, indispensabile per la produzione di una serie di farmaci salvavita, con un aumento dell'1,8% rispetto al 2016.

Grazie al sistema sangue italiano, che si basa totalmente sulla donazione volontaria e non remunerata, sono state effettuate oltre 637mila trasfusioni, per interventi chirurgici o terapie di malattie come la talassemia. Le trasfusioni di globuli rossi sono in leggero calo grazie anche alle tecniche di Patient Blood Management, fortemente supportate dal Ministero della Salute, anche con provvedimenti normativi, che permettono di ottimizzare l'utilizzo delle unità di sangue e migliorare i risultati in termini di salute per i cittadini.

Due nuovi strumenti contro le carenze. Due innovazioni appena introdotte potrebbero aiutare le Regioni a far fronte alle carenze 'periodiche' che si verificano nei mesi estivi e in quelli di picco dell'influenza. Il ministero della Salute ha inserito per la prima volta i donatori di sangue tra le categorie per cui è possibile offrire gratuitamente il vaccino antinfluenzale, e una raccomandazione del Centro Nazionale Sangue dà la possibilità a tutte le Regioni di non sospendere i donatori che provengono da aree dove è presente il virus West Nile ma di fare loro il test per scoprirne l'eventuale presenza.

La campagna. Quest'anno in occasione della giornata il Cns e il Cvis, il coordinamento delle associazioni e federazioni dei donatori di sangue, che riunisce Avis, Fidas, Fratres e Croce Rossa, hanno organizzato una campagna, che riprende quella dell'Oms, intitolata quindi 'Be there for someone else', diretta in maniera particolare alla sensibilizzazione dei giovani sul tema della donazione. L'iniziativa prevede una pagina web sul sito del Cns che verrà messa on line il 14 giugno che raccoglie video di testimonianza raccolti sia tra i pazienti che tra i donatori, iniziative specifiche e contributi di personaggi famosi del mondo dello spettacolo e dello sport. Il materiale verrà anche rilanciato sui diversi social network. Fa parte della campagna anche una conferenza internazionale sulla donazione di plasma prevista per il 15 giugno in collaborazione con Fiods, la federazione internazionale dei donatori di sangue.

13/6/2018 Giornata mondiale del donatore di sangue/2. E in Italia è crisi donatori: - 8mila nel 2017. Mai così pochi in 10 anni...

occasione del 14 giugno vogliamo innanzitutto dire grazie al milione e 680mila donatori che tendono il proprio braccio a favore di quanti necessitano di terapie trasfusionali – ricorda **Aldo Ozino Caligaris**, portavoce protempore del Civis – al tempo stesso, tuttavia, è necessario continuare nell'attività di sensibilizzazione delle nuove generazioni affinché sperimentino l'importanza di questo gesto etico e solidaristico a favore degli altri e di se stessi in quanto contribuisce a tenere sotto controllo il proprio stato di salute e a perseguire corretti stili di vita"

Lo spot. Su iniziativa della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento informazione e editoria verrà riprogrammato sulle reti RAI lo spot sulla donazione del sangue realizzato dal Dipartimento nel 2015 a firma congiunta Presidenza del Consiglio e Ministero della Salute.

quotidianosanita.it

Martedì 12 GIUGNO 2018

Diabete: negli Usa si sperimenta una pillola che simula gli effetti della chirurgia metabolica

La chirurgia bariatrico-metabolica ha dimostrato di essere in grado di 'curare' il diabete di tipo 2, anche per molti anni. Un effetto che compare spesso già all'uscita dalla sala operatoria e che è dunque ampiamente indipendente dal calo ponderale. Un gruppo di ricercatori ha messo a punto questo speciale 'intervento chirurgico in pillola' che simula gli effetti della chirurgia, senza dover ricorrere al bisturi e che sembra funzionare. Ma per ora solo sui topi.

Ottenere gli effetti 'cancella-diabete' di un intervento di chirurgia bariatrica potrebbe diventare facile come inghiottire una pillola con un bicchiere d'acqua. E' la speranza riposta in un esperimento pubblicato su [Nature Materials](#) da ricercatori del *Brigham and Women's Hospital* di Boston (Usa).

La chirurgia bariatrica nell'ultima decade si è imposta non solo come trattamento dell'obesità patologica ma anche come strumento per correggere il diabete di tipo 2 nei pazienti obesi (chirurgica 'metabolica').

Non è pensabile tuttavia sottoporre ad un intervento chirurgico complesso e potenzialmente rischioso una persona con diabete di tipo 2 che non abbia anche associata l'indicazione all'intervento per obesità patologica. Ne consegue che i soggetti con diabete sottoposti a chirurgia bariatrica sono decisamente pochi in rapporto alla prevalenza di questa condizione.

E' partendo da queste considerazioni che l'équipe di **Ali Tavakkoli**, condirettore del Centro per il trattamento del peso corporeo e Chirurgia metabolica del Brigham and Women's Hospital di Boston ha avuto l'idea di cercare di simulare gli effetti dell'intervento chirurgico sulla correzione del diabete di tipo 2 senza ricorrere al bisturi. Se questo nuovo approccio funzionasse davvero, sarebbe l'uovo di Colombo per milioni di pazienti diabetici in tutto il mondo, ma per ora è bene restare con i piedi per terra, anche perché i dati pubblicati sono relativi ad un esperimento condotto sui topi.

L'idea è stata quella di mettere a punto un materiale speciale, in grado di 'verniciare' temporaneamente le pareti del primo tratto dell'intestino per far in modo che gli alimenti ingeriti non vi venissero a contatto; questo ha consentito intanto di 'limare' i picchi di glicemia post-prandiali.

"La nostra idea – spiega **Jeff Karp**, bioingegnere al BWH e coautore dello studio – è quella di mettere a punto una 'pillola' che il paziente possa assumere prima dei pasti e che vada a verniciare le pareti dell'intestino, così da simulare gli effetti dell'intervento chirurgico. Negli ultimi anni, abbiamo lavorato con i colleghi chirurghi a questa idea e siamo arrivati a sviluppare un materiale che risponde ad un'importante necessità clinica".

Il 'materiale' in questione deve possedere una serie di caratteristiche: intanto deve essere in grado di aderire alla prima parte dell'intestino tenue; poi deve scomparire, senza lasciare traccia nell'arco di poche ore.

I ricercatori americani hanno messo a punto questa sostanza 'verniciante', a partire dal sucralfato un agente comunemente utilizzato per ulcere ed esofagite da reflusso.

Il nuovo materiale, battezzato LuCl (*Luminal Coating of the Intestine*), è in grado di verniciare la prima parte del tenue senza richiedere l'attivazione da parte dei succhi gastrici acidi, per poi dissolversi in un paio d'ore. E, cosa ancora più importante è possibile produrlo sotto forma di 'polvere' da racchiudere in una capsula. Chi l'ha messo a punto, lo chiama già colloquialmente 'intervento chirurgico in pillola'.

15 GIUGNO 2010

13/6/2018

Diabete: negli Usa si sperimenta una pillola che simula gli effetti della chirurgia metabolica

roditori obesi e diabetici.

Un altro filone di ricerca sta infine cercando di verificare se con LuCI sia possibile somministrare per os delle proteine, senza che queste vengano denaturate dai succhi gastrici.

“Il bypass gastrico – conclude Tavakkoli – è uno degli interventi di chirurgia bariatrica più studiati e collaudati del mondo e può apportare grandi benefici per la salute, dall’abbassamento della pressione arteriosa, al miglioramento delle apnee da sonno, alla riduzione del rischio di alcune forme di tumore, oltre a determinare un miglioramento del compenso glicemico, incredibilmente rapido e indipendente dal calo ponderale. Avere a disposizione una ‘pillola’ che vernici l’intestino e che simuli l’effetto dell’intervento chirurgico potrebbe rappresentare un incredibile vantaggio sia per i pazienti che per i medici”.

Maria Rita Montebelli