



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Concedetevi un bagno di foresta Funziona, la scienza lo dimostra

L'agronomo Mencagli racconta la terapia verde che aiuta cuore e sistema immunitario

■ **Marco Mencagli** è un agronomo, e da oltre 25 anni si occupa della progettazione di parchi e giardini. Contemporaneamente, studia gli aspetti terapeutici della vegetazione e degli spazi verdi. Assieme a **Marco Neri** ha scritto un libro intitolato *La terapia segreta degli alberi* (Sperling & Kupfer), che ha riscosso un grande successo in Italia, è già stato pubblicato in Francia e presto uscirà pure negli Stati Uniti.

Il loro saggio è parecchio interessante: dimostra come e perché il contatto con le piante può portarci enormi benefici, e provvede a smentire alcuni luoghi comuni. «Spesso ci fermiamo al luogo comune per cui "la natura fa bene"», dice **Mencagli**. «Non ci domandiamo, però, perché ci fa bene. L'opinione comune è che l'azione benefica svolta dagli spazi verdi - sia quelli naturali sia quelli creati dall'uomo come i giardini - venga mediata dal cervello».

In sostanza, si tende a pensare che i benefici giungano da quella che **Mencagli** definisce «risposta adattativa di tipo emozionale». Quando ci troviamo in uno spazio verde, il nostro cervello percepisce di trovarsi in un luogo che è appartenuto all'essere umano nel corso della sua evoluzione. Riconosce la natura come la propria casa. «Il nostro cervello», prosegue lo studioso, «ci fornisce informazioni di benessere perché ha dentro di sé questo modo di interpretare la natura. Questo è senz'altro vero e innegabile, la natura agisce sempre attraverso questo passaggio. Ma negli ultimi anni numerosi studi hanno dimostrato che l'azione della natura è anche

molto più complessa e completa».

L'uomo, in sostanza, non si trova a suo agio fra gli alberi sono per un motivo «culturale». Ci sono anche benefici fisici che non dipendono dal cervello, ma dall'azione diretta delle piante sul nostro corpo. «Non c'è soltanto un aspetto emozionale», chiarisce **Mencagli**, «ci sono anche stimoli di natura biochimica. Per esempio le sostanze aromatiche chiamate monoterpeni. Ricercatori giapponesi hanno dimostrato che agiscono positivamente sul nostro sistema immunitario. Esistono prove di laboratorio ottenute su colture di linfociti, a dimostrazione del fatto che il cervello non c'entra nulla. Mi spiego meglio: a me della natura può anche non importare nulla, ma se vado in un bosco in cui sono presenti piante che emettono monoterpeni, ne traggo comunque beneficio».

La pratica in questione si chiama «forest bathing», un bel bagno nel verde della foresta. Un po' come quello che fanno i personaggi del film di **Gus Van Sant** del 2015, *Sea of trees* (letteralmente: «mare di alberi», anche se è uscito in Italia con il titolo *La foresta dei sogni*). Nello specifico, il protagonista riesce a vincere una profonda depressione, dunque ricava un benessere psichico. Ma il contatto con il verde aiuta l'organismo nella sua interezza. I monoterpeni di cui parla **Mencagli** sono «componenti degli oli essenziali emessi, per esempio, dalle querce secolari, oppure dal faggio, ma anche dal castagno e dagli eucalipti».

Ci sono, tuttavia, anche al-

tri fattori da tenere in considerazione. Per esempio «la ricchezza di ioni negativi nell'aria, che è una prerogativa di alcuni ambienti naturali». Trascorrere del tempo in un ambiente di questo tipo ha una funzione benefica sul sistema cardiovascolare, endocrino e nervoso, oltre a facilitare l'acquisizione dell'ossigeno presente nell'aria.

«La terapia degli alberi», dice **Mencagli**, «è un meccanismo molto complesso che ha un'azione completa sul nostro organismo. Agisce sul sistema immunitario, abbassa i livelli degli ormoni dello stress come il cortisolo e l'adrenalina, regolarizza il battito cardiaco e la pressione arteriosa».

Certo, bisogna che alla natura sia dedicato un certo tempo. «Per quanto riguarda i monoterpeni, bisogna respirarli per circa 12 ore nell'arco di 3 giorni, con sedute di almeno due o tre ore nella foresta. Se non si raggiunge questa soglia non si hanno benefici pieni. In ogni caso, la terapia dipende anche dalle nostre esigenze e possibilità. Anche un bel balcone fiorito, per una persona che si sente emotivamente coinvolta dalla cura delle piante, rappresenta una fonte di benessere. La natura possiamo cercarla ovunque».

Fran. Bor.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il servizio sanitario

Mancano i medici di famiglia, Tangredi si rivolge al prefetto

Pasquale Pallotta

Tanti cittadini di Cervinara e Rotondi non possono avere il medico di base nel proprio paese. Una situazione paradossale che si aggrava sempre di più. Diversi professionisti, negli ultimi mesi, sono andati in pensione e l'azienda sanitaria locale di Avellino non ha dichiarato alcuna zona carente.

Con la conseguenza che tante persone sono state costrette a scegliere un medico a San Martino o a Roccabascerana o a Pietrastornina. Il più delle volte poi questi medici vengono a Cervinara due volte la settimana. Una vicenda che sta procu-

rando non pochi disagi soprattutto alle persone più anziane, costrette a trovare qualcuno che li accompagni in auto anche per sottoscrivere una semplice ricetta. Non dimentichiamo che proprio gli anziani hanno bisogno di medicine per diverse patologie.

Purtroppo, l'Azienda sanitaria fa il computo dei medici dello stesso ambito e per questo motivo non ha bandito alcuna zona carente, non tenendo in alcun conto della distanza ed anche del fatto che Cervinara è il centro con il maggior numero di abitanti, quindi, di assistiti dalla Valle Caudina irpina. Stanco di questa ingiustizia che grava sui suoi cittadini, il

sindaco di Cervinara, Filuccio Tangredi, ha preso carta e penna ed ha scritto al prefetto di Avellino Maria Tirone per chiedere un intervento immediato del rappresentante del governo, per una forte mediazione con la azienda sanitaria locale.

«Il problema, scrive il sindaco di Cervinara, più volte sollecitato dal sottoscritto, non ha trovato soluzioni appropriate da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, per cui si è creata una situazione paradossale: il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, viene regolarmente negato ai cittadini di Cervinara, per mancanza di medici di base. La preghiera, da parte mia, continua il primo cittadino, è di farsi interprete, presso l'Azienda Sanitaria di Avellino affinché venga, al più presto convocato un tavolo istituzionale dove il problema possa avere un soluzione certa ed all'altezza di un "Paese" civile. Viviamo tempi difficili, per tutti, conclude il sindaco Tangredi, la sfiducia nelle istituzioni ha raggiunto livelli preoccupanti, per questo motivo faccio appello alla sua sensibilità di donna impegnata in un delicato ruolo nelle Istituzioni perché si possa addivenire, al più presto, alla soluzione del problema».

L'accurata richiesta del sindaco raccoglie davvero i tantissimi disagi che stanno vivendo i cittadini, si tratta di una situazione paradossale, mai vissuta in passato e che ora attende una soluzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Disagio I pazienti di Cervinara e Rotondi devono raggiungere altri Comuni caudini

23/2/2018

Responsabilità professionale, in arrivo il Sistema nazionale delle linee guida. Ecco il testo | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

22 feb
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Responsabilità professionale, in arrivo il Sistema nazionale delle linee guida. Ecco il testo

di Rosanna Magnano

 [Il testo del Dm sul Sistema nazionale linee guida](#)

La riforma sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure (legge 24/2017) avrà presto un altro importante tassello: il decreto del ministero della Salute - sul quale la conferenza Stato Regioni ha oggi raggiunto l'intesa - che istituisce, presso l'Istituto Superiore di Sanità, il Sistema nazionale delle linee guida (Snlg), gestito da un Comitato strategico di esperti, che avrà il compito di definire le priorità cliniche e organizzative sulla base di impatti epidemiologici, variabilità delle pratiche professionali non giustificate dalle evidenze disponibili, diseguaglianze dei processi ed esiti assistenziali. Sarà l'Istituto superiore di sanità a definire gli standard per la predisposizione delle linee guida e a valutarle. A proporre i documenti di indirizzo sono gli enti pubblici e privati e le società scientifiche iscritte nell'elenco contenuto nel Dm dello scorso agosto.



23/2/2018

Responsabilità professionale, in arrivo il Sistema nazionale delle linee guida. Ecco il testo | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Il Sistema nazionale linee guida sarà il punto unico di accesso alle linee guida relative all'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale a cui si devono attenere medici e professionisti sanitari. L'attuazione del provvedimento sarà risorse.

Si tratta di un provvedimento attuativo importante previsto dalla stessa legge sul risk. Medici e professionisti sanitari, come è noto, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie devono infatti attenersi, salvo le specificità del singolo caso, alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate da istituzioni e società scientifiche. E uno dei passaggi di maggior rilievo della "Legge Gelli" è che il nuovo profilo di responsabilità penale esclude la punibilità per imperizia, nel caso in cui si dimostri che il professionista si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida validate e pubblicate on line dall'Istituto superiore di sanità. Linee guida che saranno aggiornate e integrate dal Sistema nazionale Snlg istituito dal provvedimento.

A far parte del comitato strategico saranno i vertici dell'Iss, i dg della Salute competenti su programmazione sanitaria, prevenzione, professioni sanitarie e ricerca; il direttore di Agenas, il Dg Aifa e il presidente del Consiglio superiore di sanità e il coordinatore della Commissione salute delle Regioni. Ma su quest'ultimo punto il ministero della Salute ha comunicato la propria disponibilità ad accogliere la richiesta della Conferenza Stato regioni che siano inclusi 5 membri e che le linee guida non interferiscano su modelli organizzativi e materie di competenza regionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23/2/2018

Cittadinanzattiva: lettera aperta per garantire a tutti e con equità l'accesso al Ssn | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

23 feb
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

AZIENDE E REGIONI

Cittadinanzattiva: lettera aperta per garantire a tutti e con equità l'accesso al Ssn

di Antonio Gaudio (segretario generale di Cittadinanzattiva) e Francesco Clementi (docente di diritto pubblico comparato Università degli Studi di Perugia)

A quarant'anni dalla sua nascita, il Servizio sanitario nazionale non sta bene. Anzi, come molti degli articoli degli ultimi mesi hanno evidenziato, il suo "stato di salute" mostra tutte le difficoltà alle quali il nostro Paese sta andando incontro.

Abbiamo infatti un Paese sempre più diviso, frammentato, a più velocità. E non sono solo i dati di Cittadinanzattiva a certificarlo. Lo certificano pure le lunghissime liste d'attesa che in alcune regioni fanno in modo che i diritti restino spesso solo sulla carta, determinando drammaticamente la nascita di "percorsi paralleli" a quelli ufficiali, creati da chi, nel bisogno, cerca strade alternative per accedere ad interventi ed esami clinici, spesso fuori dalla sua Regione. E per ottenere ciò, in modo comprensibile anche se non condivisibile, è disposto davvero a tutto: per cui si arriva a casi come quello segnalato da Stella, da codice penale, ma anche a tanti altri casi - non meno gravi - di favori, vantaggi, raccomandazioni e di richieste tipiche, "da amici degli amici", finalizzate a saltare, innanzitutto, le liste d'attesa.

Questo modo di comportarsi non è più tollerabile. Così facendo, infatti, da un lato si legittima la trasformazione di un diritto in una concessione e,



23/2/2018

Cittadinanzattiva: lettera aperta per garantire a tutti e con equità l'accesso al Ssn | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

dall'altro, la mutazione dei cittadini in sudditi (se non talvolta pure in delinquenti).

E' tempo, dunque, che si prenda atto, con piena responsabilità, di questa realtà, a maggior ragione ora che si sta allargando a vista d'occhio, coinvolgendo, in questa condizione di forte disagio, una parte non piccola del nostro paese, come è sostanzialmente l'intero meridione.

Il prezzo che si paga per godere di un diritto sull'intero territorio è diventato davvero troppo alto: con italiani che, in una condizione di cittadinanza di serie B, o sono costretti ad andare nel privato, pagando per ottenere servizi che in altre aree del paese vengono erogati dal servizio pubblico con standard dal punto di vista dei tempi e della qualità delle prestazioni spesso eccellenti, oppure "scelgono" direttamente di emigrare in quelle Regioni nelle quali, appunto, è possibile ottenere naturalmente quelle prestazioni negate loro, invece, dalle Regioni di origine.

Quale è l'effetto di tutto ciò? Tanto un'Italia divisa tra cittadini di serie A e di serie B in ragione della loro residenza, quanto il paradosso che le regioni da cui provengono i "migranti" della sanità pagano le prestazioni a quelle che materialmente le erogano. Così accade, ad esempio, che ogni anno la Regione Calabria paga somme ingenti alla Regione Lombardia per tutti quei calabresi che viaggiano per farsi curare in Lombardia.

Quousque tandem abutere, patientia nostra, si potrebbe dire? Fino a quando, insomma, si tollererà una sorta di "turismo sanitario" basato - banalmente ma anche drammaticamente - sulla necessità di trovare risposte a servizi non erogati o a servizi erogati con standard davvero scadenti?

Le forze politiche, ora che siamo chiamati a tornare alle elezioni, hanno intenzione di dare una risposta reale a questa domanda? Questo è il punto. Perché, aggiungo, il problema non è più soltanto il rapporto tra nord e sud del Paese ma anche quello all'interno di una parte sempre più ampia dell'Italia: tra grandi e piccoli centri così come tra aree costiere ed aree montane. Insomma, tra zone che vivono le difficoltà di servizi che vengono ridotti o contingentati per mancanza di risorse finanziarie.

Eppure, strumenti innovativi non mancherebbero per affrontare queste disuguaglianze: dall'uso delle nuove tecnologie per risolvere in loco ciò che oggi l'innovazione consente, ad un'organizzazione dei servizi sul territorio più corrispondente alle dinamiche della realtà, appunto, territoriale, ad un investimento sulle professioni sanitarie che le valorizzi e permetta di sostituire, anche semplicemente, quei medici e quegli infermieri che vanno in pensione.

Certo tutto ciò ha un costo, valoriale, di cittadinanza, oltre che economico. E tuttavia, anche semplicemente a volerlo considerare esclusivamente in termini economici, quel costo è di gran lunga inferiore a quello che costa al Paese e ai suoi cittadini l'indotto del "turismo sanitario".

23/2/2018

Cittadinanzattiva: lettera aperta per garantire a tutti e con equità l'accesso al Ssn | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

E' tempo dunque di tornare alla realtà. E con buon senso rafforzare con scelte politiche che uniscano visione, programmazione e misurazione, in una lettura rispettosa di quanto delineato dagli articoli 32, 117 e 118 della nostra Costituzione - a maggior ragione a settant'anni dalla sua entrata in vigore - le garanzie di accesso al servizio sanitario. D'altronde, se il tempo elettorale ha un senso, lo ha anche per richiamare noi stessi a ritrovare l'essenziale. E sebbene sia, forse, un po' troppo semplicistico per alcuni palati raffinati - ce ne scusiamo in anticipo - ma la tutela della salute e della nostra sanità vengono prima di ogni altra cosa. Per questo domani, 24 febbraio, lanceremo una campagna volta a rendere più esigibile i diritti dei cittadini, con la parola d'ordine "diffondi la salute".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi

IN PARLAMENTO

02 Settembre 2015

Responsabilità, il relatore Gelli: «Si parte la prossima settimana»

DAL GOVERNO

14 Settembre 2015

Prontuario, si tratta per cluster. Un primo test su Sartani e Statine

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie | ISSN 2499-6599

Tumori cerebrali arriva la «banca» che li fa decifrare

Nasce la prima biobanca in Italia dei tessuti di tumori cerebrali e dell'ipofisi, grazie a una partnership tra medici di diverse strutture del nord Italia e il sostegno di Fondazione Banca Popolare di Novara. Promotori scientifici Federico Roncaroli, della divisione di Neuroscienze dell'Università di Manchester, novarese, insieme a Claudio Doglioni e Pietro Mortini dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, Renzo Boldorini, associato di Anatomia patologica all'Università del Piemonte Orientale, e Gabriele Panzarasa, direttore di Neurochirurgia al Maggiore di Novara.

«Secondo i dati del registro centrale degli Stati Uniti per le neoplasie intracraniche – spiega Roncaroli – i tumori cerebrali rappresentano oltre il 10 per cento delle neoplasie nell'adulto e sono il tipo di tumore più frequente in età pediatrica (in particolare tra i 10 e i 14 anni)». Una forte limitazione alla ricerca, aggiunge Pietro Mortini, «è data dalla scarsità di tessuto neoplastico disponibile per lo studio. Le biobanche sono strutture finalizzate alla conservazione di campioni di tumore e sangue di pazienti, che possono così essere messi a disposizione dei ricercatori. I dati ottenuti vengono integrati da banche dati con le informazioni essenziali

sul trattamento e la risposta alla terapia di ciascuna delle neoplasie cerebrali oggetto di studio. Questa integrazione è fondamentale per un'analisi oggettiva dei risultati sperimentali e la loro traduzione in approcci terapeutici più efficaci e personalizzati». Secondo Boldorini «lo scopo è studiare i tessuti per identificare la mutazione dei geni e le alterazioni sviluppando farmaci mirati», mentre per Gabriele Panzarasa «questo progetto permetterà di conservare nella biobanca reperti per favorire nuove ricerche terapeutiche e nuovi farmaci».

La nuova biobanca novarese è stata illustrata dal presidente di Fondazione Bpn per il Territorio, Franco Zanetta: «Abbiamo sempre rivolto particolare attenzione al settore della sanità. Dal 2002 a oggi la Fondazione ha erogato 56 milioni di euro, e di questi 10 alla sanità. Non ha quindi avuto esitazioni quando uno studioso novarese come Roncaroli, neuropatologo nel Regno Unito e direttore della Manchester Brain Bank, ha proposto di sostenere la creazione anche in Italia di una struttura in grado di mettere a disposizione della ricerca tessuti provenienti da pazienti in cura per patologie tumorali del cervello». Una realtà di respiro non solo locale: «Vogliamo istituire un sistema – conclude Roncaroli – che abbia come fulcro l'asse Novara-Milano, ma anche metterci in rete con altre realtà ospedaliere universitarie».

Paolo Usellini



Il manifesto del convegno vaticano, realizzato da Stefano Di Stasio

Cardarelli, accessi record Colpa del picco d'influenza

Struttura ospedaliera messa a dura prova: 300 ingressi al giorno
Insediata l'unità di crisi. I medici di famiglia: i nostri studi invasi

NAPOLI Più di 250 accessi di pronto soccorso al giorno stanno mettendo a dura prova il Cardarelli e da ieri la direzione strategica dell'ospedale ha insediato l'unità di crisi per la gestione dell'emergenza. Uno dei primi provvedimenti adottati è stato quello di bloccare momentaneamente gli interventi di elezione non classificati «urgenti» e, per dieci giorni, integrare il personale medico, infermieristico e socio sanitario così da riportare alla soglia di accettabilità il rapporto tra gli operatori sanitari e i pazienti. E' grazie a queste misure, e all'analisi certosina di ogni singolo caso, che l'ospedale collinare sta resistendo a quella che i medici di medicina generale della Fimmg Napoli hanno definito una «impressionante onda d'urto».

Numeri alla mano, al Cardarelli si viaggia alla media di poco meno di 300 accessi al giorno. In gran parte si tratta di pazienti con complicanze dell'influenza, polmoniti o cardiopatie. Poi ci sono i cosiddetti «politraumatizzati», cioè pazienti che hanno avuto gravi incidenti e spesso sono in pericolo di vita. A questi vanno aggiunti gli uomini e le donne colpiti da ictus, perché il Cardarelli è un polo d'eccellenza a livello regionale. Oltre, c'è la routine di un ospedale di quelle dimensioni. Questo e molto altro determina infatti quella che il direttore generale Ciro Verdoliva definisce «straordinaria quotidianità», una tempesta perfetta che la direzione dell'ospedale ha imparato a governare ma che, in alcuni casi, diventa un uragano. Per quanto si lavori a ritmo serrato, ora i disagi per i pazienti sono molti. Ma almeno non è stata interrotta la

continuità assistenziale. Ad dirittura 39 le barelle certificate dal sistema informatico alle 8.30 di ieri mattina, divise tra medicina d'urgenza, chirurgia d'urgenza, gastro d'urgenza, unità operativa coronarica, neurochirurgia e osservazione breve intensiva. Situazione migliorata verso ora di pranzo proprio grazie al lavoro dell'unità di crisi. Alle 13, negli stessi reparti, si contavano 22 barelle. «Non possiamo scegliere quanti pazienti debbano arrivare al nostro pronto soccorso, ma adesso siamo in grado di governare l'emergenza», spiega Verdoliva.

A lanciare l'allarme sono anche i medici di famiglia della Fimmg Napoli: «Con il freddo e la pioggia di questi giorni - dicono Corrado Calamaro e Luigi Sparano - i nostri studi stanno subendo una vera e propria invasione di pazienti. Facciamo il 110 per cento per assorbire questa enorme onda d'urto ma, stando alle previsioni meteo, il peggio deve ancora venire. I numeri sul territorio sono tali che il nostro timore riguarda anche gli ospedali, il rischio di un collasso è concreto». Restano anche tutte le perplessità dei medici Fimmg sulla catastrofe annunciata dei pensionamenti dei medici di medicina generale. La situazione è molto seria e saranno soprattutto i cittadini delle regioni meridionali, Campania in testa, a risentire dei pensionamenti attesi nei prossimi cinque anni. In Campania i camici bianchi coinvolti saranno quasi 1.700. In particolare, i medici di medicina generale che andranno in pensione, dopo i 169 già pensionati nel 2017, saranno 240 nel 2018, 308 nel 2019 e 358 nel 2020, 385 nel 2021 e 399 nel 2022. Difficile ipotizzare uno scenario peggiore di questo.



L'emergenza
Pazienti
«appoggiati»
su barelle
nelle corsie
del Cardarelli.
Un fenomeno
che va
accentuandosi
in questi
ultimi giorni.

La Fimmg

● A lanciare l'allarme sono anche i medici di famiglia della Fimmg Napoli: «Con il freddo e la pioggia di questi giorni - dicono Corrado Calamaro e Luigi Sparano - i nostri studi stanno subendo una vera e propria invasione di pazienti. Facciamo il 110 per cento per assorbire questa enorme onda d'urto ma, stando alle previsioni meteo, il peggio deve ancora venire. I numeri sul territorio sono tali che il nostro timore riguarda anche gli ospedali».

39

i pazienti
in barella
ieri mattina
nei vari
reparti

I numeri del dramma

*Centinaia di persone
nelle corsie
dell'Osservazione breve*

NAPOLI (la.rag.) - Un bilancio drammatico quello del nosocomio dell'area ospedaliera. Insieme ai numeri del pronto soccorso, la direzione generale del Cardarelli ha fornito anche quelli delle barelle, che hanno letteralmente portato al collasso la struttura. Nel reparto Osservazione breve intensiva martedì è stato segnato il picco, con 105 barelle alle 8,30 del mattino, poi la situazione è lievemente migliorata: 85 barelle alle 13, 80 alle 17 e ancora 85 alle 21. Ieri la situazione è peggiorata nuovamente nell'Obi 1 con 90 barelle alle 8,30 del mattino. Valori ancora più allarmanti se si considera che il

reparto normalmente può ospitare 36 persone. Pieni anche gli altri reparti del nosocomio. Lunedì in Medicina d'Urgenza c'erano circa 20 persone in eccedenza rispetto ai posti in dotazione e lo stesso nella giornata di ieri poiché tutti i pazienti avevano necessità di restare in quell'area non essendoci le condizioni cliniche per poterli trasferire nei reparti di 'non urgenza' nonostante la disponibilità di posti letto. Sono state utilizzate in caso eccezionale anche le sale operatorie per ospitare i pazienti. Pieni anche i reparti Chirurgia d'urgenza, Gastro d'urgenza, Cardiologia con Utic, Neurochirurgia e Ortopedia. La gestione dell'allarme è stata affrontata con l'impegno dei dipendenti della struttura, intanto i pazienti aspettano la rivoluzione da una barella installata in corsia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Allarme welfare, esplode la spesa assistenziale»

Brambilla: necessario separare i bilanci per pensioni e prestazioni. «Le uscite pari al 57,3% delle entrate»

di **Enrico Marro**

ROMA La spesa per le pensioni, dopo tutte le riforme, è sotto controllo e, contrariamente a quanto si credeva, è sostanzialmente in linea con la media Ue. Ciò che invece appare fuori controllo è la spesa per l'assistenza sociale, a totale carico della fiscalità generale. Si tratta di circa 33 miliardi di euro nel 2016 tra pensioni d'invalidità, indennità di accompagnamento, pensioni sociali, integrazioni al minimo e altro ancora. Di qui la necessità di separare il bilancio della spesa per le pensioni da quello per l'assistenza. Questo, in sintesi, il messaggio del quinto Rapporto sul sistema previdenziale italiano messo a punto da Itinerari previdenziali e presentato ieri alla Camera. «Abbiamo imbullonato il sistema delle pensioni e si è scaricato tutto sulle prestazioni assistenziali», spiega Alberto Brambilla, presidente di Itinerari previdenziali ed ex capo del Nucleo di valutazione della spesa presso il ministero del Lavoro,

che fino al 2012 ha prodotto un rapporto simile. Mentre nel 2003 le prestazioni previdenziali rappresentavano il 62,4% di tutti gli assegni liquidati quell'anno contro il 37,6% di quelle assistenziali nel 2016 il rapporto si è capovolto: le nuove prestazioni assistenziali sono state il 53,2% del totale, quelle previdenziali il 46,8%. Passando allo stock, su 16 milioni di pensioni in pagamento, quelle totalmente o parzialmente assistite sono 8,2 milioni, il 51%.

Quest'anno il volume preparato da un gruppo di studiosi del welfare vuole offrire un punto di vista diverso, che ha suscitato un vivace dibattito

già durante la presentazione fra lo stesso Brambilla e il consigliere economico della presidenza del Consiglio, Marco Leonardi. Quest'ultimo, infatti, ha criticato l'impostazione del rapporto, osservando che una eventuale separazione del bilancio della previdenza da quello dell'assistenza non risolverebbe i problemi, tanto più se lo scopo

fosse quello di spendere di più per le pensioni, perché a causa dell'invecchiamento della popolazione «non c'è affatto da stare tranquilli» sul futuro. Un punto quest'ultimo condiviso anche dal viceministro dell'Economia, Enrico Morando. Del resto, lo stesso Brambilla ha sottolineato che per tutto il welfare, cioè «sanità, pensioni e assistenza spendiamo il 57,3% delle entrate, più della Svezia». Il presidente di Itinerari previdenziali ha però tenuto il punto, dicendo che la separazione della previdenza dall'assistenza è necessaria sia per non dare informazioni sbagliate alla Commissione europea che poi chiede nuovi tagli alle pensioni sia per «evitare ulteriori travasi» si spesa a svantaggio di chi lavora. Promettere, per esempio, come sta avvenendo in campagna elettorale, di portare le pensioni minime a mille euro significa fare assistenza a favore di chi non ha versato contributi, mentre altri propongono di tagliare le cosiddette pensioni d'oro che però spesso hanno alle spalle molti versamenti. Polemiche a parte, vale la pe-

na di ricordare che di separazione tra previdenza e assistenza si parla da una ventina d'anni e che la legge di Bilancio prevede che se ne occupi una commissione di esperti. Sarà la volta buona?

Per il resto il rapporto è ricco di spunti. C'è per esempio un focus sulle pensioni e vitalizi degli organi costituzionali: Camera, Senato, presidenza della Repubblica, Corte costituzionale. Si va dai 199 mila euro lordi in media per i vitalizi in pagamento a 22 ex giudici della Consulta ai 73 mila euro medi per i vitalizi a 1.464 ex deputati ai 67 mila euro per quelli di 810 ex senatori fino a circa 56 mila euro per il personale di Camera e Senato in pensione (53 mila euro per quelli del Quirinale e della Corte costituzionale). Infine, i vitalizi in pagamento per gli ex consiglieri regionali sono 2.580 e ammontano in media a 47 mila euro lordi all'anno.

La tendenza

Dal 2003 al 2016 le pensioni sono scese dal 62 al 46% degli assegni liquidati

I numeri dell'assistenza

■ 2014 ■ 2015 ■ 2016

Le prestazioni principali	Numero			Esborso annuo (in milioni di euro)			Importo medio annuo (euro)		
Pensioni di invalidità civile	891.062	934.995	954.310	3.168,0	3.328,1	3.423,4	3.555	3.559	3.550
Indennità di accompagnamento	1.994.740	2.045.804	2.096.180	11.559,0	11.907,1	12.296,4	5.795	5.820	5.866
Altre prestazioni assistenziali	7.304.569	6.843.695	6.694.097	12.347,1	11.639,4	11.113,9	1.690	1.701	1.660
di cui:									
Integrazioni al minimo	3.459.254	3.318.021	3.191.525	9.894,1	9.344,6	8.830,7	2.852	2.816	2.776
Quotidiesima	2.199.755	2.060.745	2.119.337	867,4	815,8	841,2	394	396	397
Importo complessivo	637.547	517.717	473.717	97,3	78,7	71,7	152	152	151

Fonte: Archivio delle pensioni INPS e Casellario Centrale dei Pensionati (pensioni di guerra)

continua

La parola

ASSISTENZA

Le prestazioni assistenziali sono a carico della fiscalità generale e spettano ai cittadini inabili al lavoro o che si trovano in stato di bisogno mentre le prestazioni previdenziali interessano i lavoratori per fare fronte a malattia, infortunio, vecchiaia.

Dalla prima di Cronaca

La sanità e l'invasione di barelle

Ettore Mautone

In fine c'è la marcia troppo lenta della programmata riorganizzazione delle cure sul territorio (assistenza domiciliare, aggregazioni tra medici di famiglia, unità complesse di cure primarie, ospedali di comunità e Case della salute), da troppo tempo ferma ai primi passi. Ecco le spine di un tempo di attesa - dell'ospedale del mare come del nuovo Cto - che rischia di diventare troppo lungo e che sta logorando ai fianchi la Sanità campana. Soprattutto quella parte che rappresenta la frontiera dell'assistenza, ossia le trincee del pronto soccorso. Conclusi alcuni concorsi bisogna procedere dunque rapidamente alle immissioni in servizio per reclutare al lavoro nelle corsie, forze nuove. Camici bianchi giovani e motivati da impiegare nei reparti più critici dove ci sono medici stremati da un superlavoro che dura da mesi, anzi anni. E che stride con altri ritmi, turni e responsabilità sostenuti da altri medici che lavorano in altri ospedali ancora privi di un pronto soccorso vero. Come il Monaldi, i Policlinici, lo stesso Cto. Certo, aprire da zero un gigante come l'ospedale del mare non è certo uno scherzo. Risalire la china dei Livelli di assistenza, precipitati giù nella classifica tra le Regioni, non è per nulla facile. Far decollare, partendo dall'hangar, le cosiddette reti tempo dipendenti per assicurare le migliori cure nei tempi più rapidi a malati in pericolo di vita come gli infartuati, quelli colpiti da ictus o chi sia vittima di gravi traumi, può effettivamente essere un compito arduo. Il deserto organizzativo da cui la sanità regionale partiva su tutti questi fronti è cosa nota. Ma non

si può allungare, oltre un certo livello soglia, il tempo dei traslochi e dei riassestamenti, degli iter e delle procedure. Almeno senza predisporre anche chiari, razionali, funzionali, coerenti e stabili percorsi alternativi. Non si può insomma lasciare al Cardarelli l'onere, più che l'onore, di rappresentare quasi in solitudine l'intera offerta sanitaria della Campania, senza prevedere meccanismi di compensazione. Bene fa il manager dell'ospedale a dirottare unità di personale da altri reparti a un pronto soccorso congestionato e in perenne affanno dove ci sono unità pensate e strutturate per accogliere la metà dei pazienti che vi sono ricoverati. Ma la misura straordinaria non dovrebbe essere limitata ai 10 giorni dello stato di crisi, bensì durare per tutto il tempo che occorre. Almeno fino a quando non sarà in moto l'emergenza del Cto (fine febbraio?) e dell'ospedale del Mare (aprile-maggio?). Del resto anche al Cardarelli, lo spirito pionieristico con cui sono stati affrontati i processi di governo delle ripetute emergenze susseguitesì in questi ultimi mesi, per gli aspetti che attengono alla movimentazione dei pazienti, ha progressivamente fatto posto ad un borsino delle barelle e degli accessi, sicuramente utile per tastare il polso alla situazione di difficoltà che si vive di volta in volta, ma che rischia di assumere un'impronta eccessivamente burocratica. Soprattutto in questa fase di intensa difficoltà, in attesa che sia compiuta la rete ospedaliera. I numeri (importanti, intendiamoci) della movimentazione dei pazienti che si registrano nel corso della settimana, inizia a trovare però spesso intoppi ed ostacoli, segnalati a più riprese dai sindacati nelle settimane scorse, nelle ore notturne, quando scatta il blocco dei ricoveri. La complessa macchina che viene messa in moto per smaltire la enorme mole di

pazienti che giunge quotidianamente nell'ospedale della zona collinare dovrebbe insomma assumere un assetto stabile e funzionare come modello, da perseguire anche in altri ospedali cittadini, dove ogni parte dei nosocomi è chiamata a partecipare alle attività svolte nella sua porta principale, quella più congestionata, il Pronto soccorso. Laddove invece, spesso, ognuno naviga secondo i propri ritmi e intenzioni e al 118, e ai reparti di emergenza, resta il carico di un servizio effettuato al confine tra la vita e la morte. Del resto questa distanza tra l'enorme peso e responsabilità dei medici che lavorano nei reparti di emergenza e la tendenza, sempre più frequente, di questi luoghi e servizi ad essere teatro di violenze, insulti e aggressioni, gratuite ed assurde, rende ancora più pesante e gravoso il prezioso servizio reso ai cittadini. Una mission poco riconosciuta e orfana di riconoscenze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità/1

Tumori, il Registro fa luce: nel Sannio 1504 casi all'anno

L'Asl presenta i primi dati dopo l'accreditamento Airtum Picker: «Continua il lavoro di squadra sulla prevenzione»

Luella De Ciampis

L'Asl di Benevento ieri mattina, presso la sala convegni dell'hotel President, ha presentato il Registro tumori aziendale, per il quale recentemente ha ottenuto l'accreditamento dall'Airtum (l'Associazione italiana registri tumori). Nel quadriennio compreso tra il 2010 e il 2013, nel Sannio, sono stati censiti 3444 casi di cancro per la popolazione maschile, con una media annua di 861 casi e 2572 per quella femminile, con una media di 643 casi all'anno, per un totale di 6016 casi. Su centomila abitanti si ammalano 622 persone di sesso maschile e 439 di sesso femminile.

Il dato più importante emerso dall'incontro, nel contempo, rassicurante e sconcertante, è stato quello sull'incidenza dei tumori nella nostra provincia, perché, in linea con le statistiche del territorio campano, ci si ammalava molto meno rispetto a quanto avviene nel resto d'Italia, quindi, in teoria, si muore anche meno di tumore, visto che la prima causa di mortalità sono le malattie cardiovascolari, ma comunque si fa pochissima prevenzione e gli esiti infausti finiscono per avere una forte incidenza sul territorio. Per molti tumori, se diagnosticati all'esordio, c'è infatti la possibilità di totale remissione. Nel corso dell'incontro sono intervenuti: il direttore generale per la tutela della salute e coordinamento del settore sanitario regionale, Antonio Postiglione, il direttore generale dell'Asl Franklin Pic-

L'analisi
Ci si ammalava di meno che nel resto d'Italia, maschi più colpiti delle donne

ker, il direttore generale dell'ospedale «Rummo», Renato Pizzuti, la responsabile del Registro tumori dell'Asl di Benevento, Annarita Citarella, il referente dell'Airtum, Sante Minerva e il responsabile regionale del Registro Tumori, Mario Fusco,

coordinati dal direttore del dipartimento Prevenzione dell'azienda sanitaria, Tommaso Zerella.

«Il Registro - ha spiegato Picker - è lo studio epidemiologico che ci consente di continuare il percorso di prevenzione che ha avuto inizio con la sottoscrizione del protocollo d'intesa con l'azienda ospedaliera, nell'ottica di mettere in campo un gioco di squadra che consenta di raggiungere obiettivi importanti per la comunità, in cui non c'è spazio per l'individualismo». Un gioco di squadra in cui è coinvolta la Regione e che, come ha sottolineato Postiglione, ha comportato un notevole dispendio di energie, a causa delle difficoltà logistiche create dalle conseguenze dei 12 anni di commissariamento. «Per me - ha detto Pizzuti, dg del «Rummo» - in quanto cittadino campano ed epidemiologo, ancor più che in qualità di manager, l'accreditamento del Registro tumori è una conquista importante che si aggiunge alla creazione del polo oncologico di Sant'Agata dei Goti, il quale, a sua volta, si innesta in una rete oncologica regionale, e si aggiunge alla realizzazione degli screening per mammella, colon retto e cervice uterina, avviati nel 2017 insieme all'Asl. C'è molto lavoro da svolgere per riuscire a far funzionare le cose, ma l'impegno è massimo per offrire un servizio sanitario valido e all'altezza della posizione del «Rummo» che, per posti letto, è il quinto Dea della Campania». Ma, oltre alla prevenzione, ci sono altri obiettivi che, attraverso l'istituzione del Registro tumori, si vogliono raggiungere. «Vorremmo aumentare la percentuale di sopravvivenza - ha affermato Fusco, responsabile regionale del progetto - e migliorare la qualità della vita dei malati in uno stadio avanzato della malattia. Attualmente, l'adesione allo screening da parte della popolazione del Sannio, come in Campania è molto bassa e quindi, in proporzione, la mortalità è molto alta».



22/2/2018 Tutti i finanziamenti per la sanità degli ultimi 20 anni: dai 64 miliardi del 2000 ai 114.3 del 2019. Ma tasso crescita annuo è crollato

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 21 FEBBRAIO 2018

Tutti i finanziamenti per la sanità degli ultimi 20 anni: dai 64 miliardi del 2000 ai 114,3 del 2019. Ma tasso crescita annuo è crollato

*La storia dei finanziamenti 2000-2019 è contenuta nelle tabelle che il settore Salute e Politiche sociali della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha elaborato assieme a un quadro sinottico che spiega i provvedimenti dell'ultima legge di Bilancio e presenta anche un quadro dei finanziamenti del fondo nazionale per le politiche sociali. **FONDO PER LE POLITICHE SOCIALI - QUADRO SINOTTICO DELLA LEGGE DI BILANCIO 2018.***

Gli anni d'oro per il finanziamento al Servizio sanitario nazionale sono stati il 2001 e il 2005, quando gli aumenti percentuali annui hanno raggiunto rispettivamente il 10,86% e l'8,5 per cento. E comunque nel periodo che va dal 2000 al 2009 il finanziamento ha mantenuto una media di aumenti percentuali annui del 5,6 per cento, con punte, oltre il 2001 e il 2005, del 6,1% nel 2002 e sul versante opposto del 3% nel 2009.

Un presagio, l'ultimo dato, del periodo che dal 2010 al 2019 (con le [previsioni della legge di Bilancio 2018](#) che per il 2019 sono da verificare) che dal secondo Patto per la salute in poi registra invece una media dello 0,92% con l'anno migliore, il 2014, al 2,4% e il peggiore, il 2013, al -0,9 per cento. Dal 2010 in poi sono gli anni dei piani di rientro e delle manovre che hanno "saltato" quasi dieci anni di rinnovi contrattuali e bloccato inesorabilmente il turn over. Anni in cui la sanità nelle Regioni ha davvero dovuto stringere la cinghia.

La storia dei finanziamenti 2000-2019 è contenuta nelle tabelle che il settore Salute e Politiche sociali della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha elaborato assieme a un quadro sinottico che spiega i provvedimenti dell'ultima legge di Bilancio e presenta anche un [quadro dei finanziamenti del fondo nazionale per le politiche sociali](#), partito da quasi 1,9 miliardi nel 2004 per ridursi, nel 2017, a circa 778 milioni.

FINANZIAMENTI SSN 2000 - 2019																				
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	ACCORD O 3 AGOSTO 2000 GARDA	ACCORD O 8 AGOSTO 2001 VEGAS						I° FATTO SALUTE			II° FATTO SALUTE				FATTO SALUTE 2014-2016: INTESA MANOVRA SANITA' E LEGGE DI STABILITA' 2016*			LEGGE DI BILANCIO 2017		
FINANZIAMENTI	64.292	71.271	75.597	78.564	81.275	88.195	93.173	97.551	101.427	104.648	105.566	106.805	107.961	107.809	109.928	109.715	111.000	113.000	114.000	115.000
DECRETO 5 GIUGNO 2017 "RIDETERMINAZIONE DEL LIVELLO DEL FABBISOGNO SANITARIO NAZIONALE" **																		113.577	113.296	114.196
AUMENTI % ANNUI		10,86%	6,1%	3,9%	3,5%	8,5%	5,6%	4,7%	4,0%	3,0%	1,1%	1,3%	1,0%	0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%

⁴ Il Patto per la Salute 2014-2016, recepito nella Legge di stabilità 2015, aveva previsto un finanziamento pari a € 112.062.000.000 per l'anno 2015 e € 115.444.000.000 per l'anno 2016. Successivamente le Intese Stato - Regioni del 26 febbraio e del 12 luglio 2015, quest'ultima recepita nella Legge 96/08/2015, n. 125, hanno previsto una riduzione del livello del finanziamento del SSN di € 3.252.000.000 a decorrere dall'anno 2015 (e di 2.097.000.000). La Legge di stabilità 2016, ha ridotto ulteriormente il finanziamento per l'anno 2016 mandandolo a € 111.000.000.000.

decorrere dall'anno 2015 (€ 13.097.000.000). La Legge di stabilità 2016 ha ridotto ulteriormente il finanziamento per l'anno 2016 portandolo a € 111.000.900.000.

²² Il Decreto 5-Giugno 2017 "Rideterminazione dell' livello del fabbisogno sanitario nazionale" ha previsto una riduzione del livello di finanziamento del SSN di € 423.000.000 per l'anno 2017. A decorrere dall'anno 2018 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard è ridotto di € 604.000.000. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativa al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici che ha determinato pertanto un maggiore contributo da parte delle Regioni a statuto ordinario.

22/2/2018 Tutti i finanziamenti per la sanità degli ultimi 20 anni: dai 64 miliardi del 2000 ai 114,3 del 2019. Ma tasso crescita annuo è crollato

norme approvate anche i contenuti del documento approvato a dicembre 2017 dai governatori e consegnato in Conferenza Unificata in cui avevano chiesto al Governo di focalizzare la propria attenzione anche su altre politiche prioritarie che hanno una diretta ricaduta sui cittadini per un "adeguato e coerente finanziamento:

- mantenimento del livello di finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale al di sopra del 6,5% del Pil;
- rinnovo del contratto dei dipendenti settore sanità con risorse stimate e necessarie di circa 1,4 miliardi che a regime implicano un costo ulteriore a decorrere rispetto alla legislazione vigente di circa 700 milioni. Il documento sottolinea anche che il fabbisogno sanitario previsto in 113,4 miliardi circa per il 2018 (ridotto di 604 milioni dall'Economia a metà 2017) "non risulta coerente con l'obiettivo del rinnovo contrattuale né con l'erogazione dei nuovi Lea in assenza di ulteriori determinazioni";
- flessibilità del costo del personale sanità rispetto al limite "spesa dell'anno 2004 diminuita dell'1,4 per cento", limite non più coerente e attuale "rispetto alle evoluzioni organizzative e di erogazione dei servizi sanitari, soprattutto se si prevede che ciò avvenga nel rispetto degli equilibri di bilancio così non necessitando di copertura finanziaria";
- riattivazione del Tavolo di confronto per la definizione di una nuova governance della spesa farmaceutica;
- finanziamento del Fondo funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali;
- finanziamento strutturale degli indennizzi emotrasfusi (legge n. 210/1992).
Di risorse ne mancano all'appello quindi. E le Regioni lo sottolineano quantificandole.

Nel quadro sinottico, invece, oltre a sottolineare e spiegare le norme approvate, le Regioni mettono in evidenza anche le loro richieste accolte e non accolte da Governo e Parlamento.

I "si" sono 16, di cui 4 parziali e vanno dagli emendamenti dei governatori per il sostegno agli alunni disabili (in parte) al capitolo degli Irccs e Izs, con il riconoscimento del ruolo dirigenziale nella ricerca sanitaria, nuove risorse, vincoli di spesa per il personale sanitario che effettua controlli ambientali.

I "no" sono 8, si concentrano nella maggiore parte sulle nuove regole per il pay back farmaceutico, ma arrivano anche alla previsione di implementare con la RIA della dirigenza cessata dal lavoro (la RIA della dirigenza è stata rifinanziata) il fondo per la contrattazione integrativa anche a livello aziendale,

Naturalmente tra le richieste non accolte ci sono tutte quelle precedentemente descritte sull'aumento delle disponibilità economiche in funzione dei contratti e dell'erogazione dei servizi sanitari.

22/2/2018

Tumore al seno: nuovo modello radiologico individua lesioni maligne

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 21 FEBBRAIO 2018

Tumore al seno: nuovo modello radiologico individua lesioni maligne

Un modello radiomico che utilizza dati provenienti dalla risonanza magnetica per immagini e li elabora tramite un algoritmo sarebbe in grado di distinguere in modo affidabile le lesioni maligne dalle benigne tra quelle identificate come "sospette" nel corso di una mammografia. Il metodo è stato presentato sulla rivista Radiology.

(Reuters Health) – Per sviluppare un nuovo modello di valutazione di imaging mammografica, Bickelhaupt e colleghi, del German Cancer Research Center di Heidelberg, hanno utilizzato i dati ottenuti dalla Diffusion Weighted Imaging (DWI), ottenuti da 95 pazienti, per sviluppare il modello, che hanno poi validato su altri 127 malate. Il modello combinato, che unisce il coefficiente di diffusione apparente, il coefficiente di curvatura e più di 3.500 caratteristiche di volume, forma e struttura, **avrebbe consentito di ridurre il numero di falsi positivi da 66 a 20**, per una specificità del 69,7%, una prestazione simile a quella ottenuta con la mammografia a contrasto. Il modello, inoltre, avrebbe mancato solo un risultato positivo, con una sensibilità del 98,4%.

I commenti

"In questo studio, abbiamo modificato una speciale tecnica di risonanza magnetica, la Diffusion Weighted Imaging, per avere analisi delle caratteristiche specifiche della microstruttura del tessuto mammario e combinare successivamente la valutazione delle immagini con un algoritmo che decide se la lesione è benigna o maligna", spiega Bickelhaupt. "I risultati suggeriscono che questo metodo potrebbe aiutare in futuro a caratterizzare le lesioni mammarie prima della biopsia, contribuendo a ridurre l'ansia e le procedure invasive. L'implementazione di questo esame nella pratica clinica potrebbe ampliare la serie di strumenti diagnostici a disposizione del radiologo, in futuro. E dal momento che non c'è bisogno di agenti di contrasto né di radiazioni, potrebbe contribuire ad aumentare la disponibilità clinica di risonanza magnetica mammaria".

Tuttavia, "è importante capire che questi approcci non sono destinati a sostituire tutti i protocolli standard attuali e che si tratta, pur sempre, di metodi in sperimentazione, per cui questo esame attualmente non può sostituire le procedure standard raccomandate dalle linee guida nazionali e internazionali".

Fonte: Radiology

Will Boggs

(Versione italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

22/2/2018

Carenza di medici di famiglia? In Campania bastano per dieci anni | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

21 feb
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

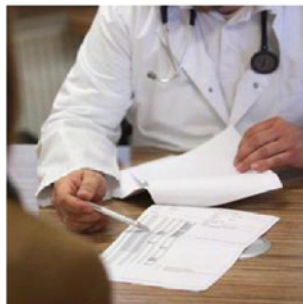
Carenza di medici di famiglia? In Campania bastano per dieci anni

di Pasquale Tallarino (presidente Smi Regione Campania)

Il nodo irrisolto della futura carenza di medici in Italia esiste parzialmente perché differisce di realtà in realtà, ma soprattutto attenzione a usare la questione strumentalmente, generalizzando per creare il caso, l'emergenza, perché questo è un approccio che non aiuta a individuare le vere cause del problema e, quindi, a trovare le giuste soluzioni.

Prendiamo in esame, appunto, una grande regione come la Campania. È bene sottolineare che, sulla base degli studi prospettici effettuati dalla nostra organizzazione siamo di fronte a un'ampia disponibilità di medici di famiglia pronti e in grado di entrare in convenzione, e quindi in condizione di soddisfare ampiamente e al meglio il previsto picco dei pensionamenti dei prossimi anni (2023).

Non esistono, allo stato attuale, oltre che nel breve e medio periodo prevedibile, carenze di medici di assistenza primaria su tutto il territorio regionale. Non solo: in alcune Asl, come ad esempio la Napoli 1 Centro, addirittura non vengono più ratificate le carenze da molto tempo, e ciò per una norma che impedisce di assegnarle fino al raggiungimento dell'ottimale previsto a 1.300 pazienti per medico.



22/2/2018

Carenza di medici di famiglia? In Campania bastano per dieci anni | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Quindi, nessun vuoto è previsto o ipotizzabile per molti anni e non vi è alcuna necessità di aumentare ulteriormente il massimale e ottimale per singolo professionista. Ci dissociamo, pertanto, da coloro che impropriamente prospettano un'analisi allarmistica dei dati al fine di poter conseguire altri scopi e così aumentare e sostenere la propria voce sindacale.

In merito al concorso di ammissione al corso di formazione specifica in Medicina Generale è bene chiarire che il numero delle borse di studio per la Regione Campania rispetta ampiamente la necessità di garantire l'enorme pletora degli aventi diritto presenti da decenni in graduatoria regionale, divisi tra coloro - tantissimi - che sono già in possesso del diploma di formazione specifica, i tanti equipollenti ed equivalenti, tutti medici presenti da decenni in graduatoria e in attesa di poter aspirare alle carenze di medici di medicina generale.

Nella nostra regione il problema del turnover ora non esiste e possiamo prevedere che anche per i prossimi anni la situazione continuerà ad essere questa, stante una platea di aventi diritto in grado di aspirare al titolo di mmg e in grado di soddisfare, secondo le nostre proiezioni, le necessità per oltre un decennio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

-
- Carenza di medici di famiglia, Smi: «Problema reale ma non generalizzato, servono soluzioni mirate»

di Ro. M.

Privacy policy | Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie | ISSN 2499-6599

La pianta magica guarisce i calcoli

Giulia Scatolero A PAGINA 24

Contro i calcoli renali la pianta "spacca pietre"

Sperimentazione riuscita con 300 pazienti nel Cuneese

GIULIA SCATOLERO
SAVIGLIANO (CN)

Gli estratti di una pianta brasiliana per favorire la guarigione dopo un'operazione di calcoli. È un'interessante realtà, confortata da dati scientifici, presentati anche al Primo Simposio Nazionale sulla Nutraceutica in Urologia, svoltosi a Rovigo. Tra i protagonisti il *Phyllanthus Niruri*, pianta il cui uso salutistico in Sud America e in Amazonia risale a 2000 anni fa, appartenente alla medicina tradizionale brasiliana, ma anche a quella indiana «ayurvedica». In Italia e in Piemonte la terapia è stata impiegata solo recentemente, ma con incoraggianti risultati, ad esempio contro i calcoli, dall'Urologia dell'Asl Cn1, l'Azienda sanitaria locale di Cuneo, Savigliano e Mondovì.

La pianta erbacea perenne arriva a 60 cm di altezza e produce piccoli fiori gialli. Un'erba tipica delle regioni tropicali conosciuta anche come «pianta spaccapietre» o, in peruviano, «Chanca Piedra», proprio per le capacità di agire contro i calcoli. «Tra il 1 giugno 2016 e il 31 luglio 2017 lo abbiamo proposto a 307 pazienti, 122 affetti da calcoli renali e 185 da calcolosi ureterale - spiega Roberto Borsa, urologo dell'Asl Cn1 -. Il trattamento con il *Phyllanthus Niruri* è stato consigliato nel momento delle dimissioni, al termine delle tradizionali terapie». Terapie che includono interventi e l'utilizzo di tre macchinari capaci di polverizzare i calcoli.

Le proprietà importanti del *Phyllanthus Niruri* sono racchiuse nelle foglie e nelle radici: contengono alcaloidi, principi attivi di cui è dimostrata scientificamente la capacità di contribuire a facilitare l'espulsione dei calcoli. «La ricerca clinica - spiega Borsa - ne ha dimostrato le proprietà antilittiche decongestionanti, antispasmodiche e diuretiche». Un integratore alimentare da sciogliere nell'acqua e da bere una volta al giorno, meglio nel pomeriggio; 150 milligrammi di *Phyllanthus Niruri* che l'Asl Cn1 reperisce in Italia. «Tra i dati positivi emersi il fatto che sia stato perfettamente tollerato da tutti i pazienti (tra i 18 e gli 83 anni, ndr.) - continua Borsa -: nessun effetto collaterale o indesiderato, è utilizzabile anche dai celiaci». L'uso del *Phyllanthus Niruri* non è però l'unica strategia. «Il calcolo è un aggregato di cristalli che si formano perché diminuisce la capacità di eliminare le sostanze che andrebbero espulse - dice Pietro Coppola, direttore dell'Urologia dell'Asl Cn1 -. Una dieta adeguata è fondamentale per far sì che i pazienti non solo guariscano, ma non ricadano più».

© BY NC ND AND RE DEDITS ILLUSTRATI



Dall'Amazzonia
Il *Phyllanthus Niruri*, pianta il cui uso salutistico in Sud America risale a 2000 anni fa: foglie e radici hanno proprietà antilittiche antispasmodiche e diuretiche