



RASSEGNA STAMPA

21 GENNAIO 2015

*L'addetto stampa
Massimo Bellomo Ugdulena*

➔ **PERSAPERNE DI PIÙ**
 pti.regione.sicilia.it
 www.asp.d.it



FRONTE CALDO
 L'ingresso
 di un pronto
 soccorso
 In basso
 Lucia Borsellino
 assessore
 alla Salute
 nella giunta
 Crocetta

L'INTERVISTA / PARLA L'ASSESSORE ALLA SALUTE

Lucia Borsellino: "Cari politici non cercate voti in corsia quei reparti devono chiudere"

ANTONIO FRASCHILLA

«La politica deve capire che gli ospedali non sono bacini di voti, ma strutture chiamate a garantire servizi per i pazienti. Non vogliamo chiudere i piccoli ospedali, dove oggi nemmeno i camici bianchi vogliono andare a lavorare, ma riconvertirli. Il mio futuro è Palazzo d'Orleans? In questa esperienza ho avuto momenti di profonda solitudine e ormai vado avanti giorno per giorno, senza programmi a lungo termine». L'assessore Lucia Borsellino interviene sul caso Niscemi lanciando un appello «a tutta la politica» perché approvi al più presto la riforma della rete ospedaliera, impallinata in commissione Sanità.

Assessore, come si spiega quel che succede a Niscemi, con due soli medici per reparti e pronto soccorso?

«Quanto accaduto a Niscemi è una situazione eccezionale. C'erano tre medici in servizio fino a poche settimane fa: poi uno è morto, un secondo si è ammalato ed ecco che per alcuni giorni è rimasto in servizio anche un solo camice bianco».

È vero che i medici non vogliono andare a lavorare nei piccoli ospedali?

«Purtroppo sì. Anche a Niscemi ci sono stati ritardi nel reclutamento di nuovo

i nuovi criteri, ma occorre fare in fretta. Non possiamo perdere altro tempo».

Secondo lei la politica aiuta o ostacola la riforma?

«Alla politica lancia un appello: non pensi più agli ospedali come a un grande bacino di voti. Questo mondo è finito. Abbiamo una grande responsabilità e insieme dobbiamo riformare il sistema adeguandoci agli standard europei».

Chiuderete i piccoli ospedali?

«No e non ne abbiamo mai avuto l'intenzione. La nostra idea è che occorra ripensare il modello di ospedale nel territorio: vogliamo creare strutture di prossimità che garantiscano alti livelli di cura per le patologie croniche, cioè quelle più diffuse, evitando che in ogni centro ci siano reparti specializzati che non possono reggere perché non c'è una domanda sufficiente. Anche alla popolazione va spiegato che non si tratta solo di chiudere reparti, ma di pensare un nuovo modello che li garantirà meglio».

Lei chiede alla politica un aiuto, ma nel suo stesso governo non sono mancate le frizioni. Ad esempio sulla nomina dei manager di Catania dopo il siluramento di Paolo Cantaro e Angelo Pellicano per una con-

“

LA RIFORMA
 L'Ars non ha gradito le scelte sugli accorpamenti. Ok a nuovi criteri, ma si faccia presto



LE DIFFICOLTÀ
 Ho avuto momenti di solitudine ma qualche risultato c'è. Il futuro? Vivo alla giornata

”

personale, perché per un camice bianco andare in una struttura piccola significa dover abbandonare competenze e la possibilità di migliorare professionalmente. È evidente che il sistema dei piccoli ospedali così com'è non va e va riformato al più presto».

Ma la riforma che aveva portato all'Ars, con l'accorpamento degli ospedali e il taglio di diversi reparti, che fine ha fatto?

«La commissione Sanità non ha gradito che nella nostra riforma avessimo stabilito a monte gli ospedali da accorpare e i reparti da chiudere. Ci hanno chiesto di fissare criteri generali e successivamente calarli nella realtà. A breve presenteremo

L'obiettivo è la riconversione dei piccoli presidi in strutture che garantiscano alti livelli di cura per patologie croniche

trovata una norma sul divieto di insediare pensionati. È vero che in giunta diversi assessori non hanno voluto chiedere collegialmente un parere al ministero sul da farsi?

«È vero e penso sia stato un errore.

Quanto avvenuto sulla nomina dei due manager di Catania è frutto di un groviglio di norme sui pensionati e gli incarichi di vertice nella pubblica amministrazione. Ma io da sola non chiederò alcun parere al ministero: rimango convinta che questa debba essere una scelta collegiale. Come collegiale, per legge, è la nomina dei manager della Sanità. In giunta torneremo a discuterne al più presto».

La riforma della rete ospedaliera, le nomine dei manager, il caso Humanitas sul quale era pronta a dimettersi. Assessore Borsellino, si sente isolata? Pensa alle dimissioni?

«Quando ho accettato l'incarico che mi era stato offerto dal presidente Crocetta, ero perfettamente consapevole delle difficoltà che avrei incontrato. E non nascondo che in questi due anni ho avuto momenti difficili e di grande solitudine. Ma fin dal primo giorno ho sempre pensato al risultato e sono convinta che qualche risultato lo stiamo ottenendo. Il mio futuro in giunta? Non guardo lontano, vivo alla giornata. Il mio obiettivo è fare qualcosa di concreto per la Sicilia. Non scaldare una poltrona».

LA RICERCA DI UN LAVORO. Si potrà usare l'elenco del passato, se per legge non è scaduto. La Regione spiega che per i posti da coprire si dovrà analizzare ogni singolo caso

Concorsi sanità, valide alcune graduatorie

➤ A chiarirlo sono gli uffici dell'Asp di Palermo. Un esempio viene dalle liste esistenti per anestesisti, pediatri e cardiologi

Salvatore Fazio
PALERMO

●●● Ci sono posti vacanti nelle strutture sanitarie che potranno essere occupati attingendo a vecchie graduatorie: dall'Asp di Palermo spiegano che ci sono graduatorie di concorsi precedenti, ancora valide, che potranno essere usate dopo aver completato le procedure di mobilità.

Per esempio quelle per anestesisti, pediatri e cardiologi. Mentre altre graduatorie non saranno utilizzabili e sarà necessario bandire nuovi concorsi. Gli uffici regionali spiegano che la questione è molto complessa e si dovrà analizzare ogni singolo caso. Dipende infatti

da molti elementi. Intanto occorre verificare i criteri utilizzati per i precedenti concorsi. Si potrà usare la vecchia graduatoria se è ancora valida secondo i termini previsti dalla legge e soltanto se coincide esattamente il tipo di specializzazione ricercata per il nuovo posto. Se per esempio serve una figura che possiede una particolare specializzazione per alcuni tipi di interventi, spiegano dalla Regione, e il vecchio concorso era per una figura generica, allora non si potrà usare la vecchia graduatoria. Comunque intanto si dovrà aspettare che ogni azienda sanitaria definisca la pianta organica in base alla nuova rete ospedaliera che sarà pubblicata venerdì sulla Gazzetta Ufficiale della Regione

CAMBIANO I CRITERI PER LA SCELTA DEI PRIMARI: NUOVI PURE I COMMISSARI

ne Sicilia. Si dovranno assorbire poi gli esuberanti di personale. Questo significa che se ci sono lavoratori in eccesso, questi dovranno essere impiegati in altre strutture dove mancano. Sarà quindi attivata la mobilità. Successivamente si potrà accedere alle graduatorie. Ce ne sono diverse bloccate dal 2012 per effetti del decreto Balduzzi che fermò le

nuove assunzioni fino all'approvazione della rete ospedaliera che avrebbe definito l'effettivo bisogno di ogni figura professionale in ciascun ospedale. Dall'Asp di Palermo spiegano che ci sono graduatorie valide per dirigenti medici nelle seguenti specializzazioni: Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza; Medicina trasfusionale; Anestesia e rianimazione; Pediatria; Radiodiagnostica; Geriatria; Cardiologia; Ginecologia e Ostetricia; Organizzazione dei servizi sanitari di base; Ortopedia e traumatologia; Direzione medica di presidio ospedaliero; Igiene, epidemiologia e sanità pubblica; Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro; Neonatologia; Neuropsichiatria infantile;

NON SARÀ NECESSARIA UN'ALTRA SELEZIONE ANCHE PER MOLTI MEDICI SPECIALISTI

Psichiatria; Malattie Metaboliche e diabetologia; Odontoiatria; Farmacista di Farmacia territoriale; Biologo di Patologia Clinica; Fisico di Fisica sanitaria; Analista. E anche di Infermiere; tecnico sanitario di radiologia medica; ostetrico; tecnico di prevenzione ambienti e luoghi di lavoro; ortottista; tecnico sanitario di Laboratorio Biomedico e assistente

sociale.

La legge prevede in generale che il 50 per cento dei nuovi posti debba essere coperto con i precari che hanno lavorato con contratti a tempo determinato e il restante 50 per cento ai concorsi. Inoltre ci sono alcune graduatorie che non valgono più perché sono cambiati alcuni criteri per la loro composizione. Per esempio quelle dei primari. Sarà pubblicata sulla Gazzetta ufficiale della Regione Siciliana la nuova normativa che prevede che per i direttori delle unità operative complesse ci siano nuove commissioni che saranno formate da primari sorteggiati dall'alba nazionale e pertanto provenienti anche da altre regioni. (S.FAZZ)

IPM CHIEDONO IL RINVIO A GIUDIZIO DELL'EX MANAGER DELL'ASP DI PALERMO PER LA MAXI-GARA DEI PANNOLONI

“Gara truccata”: Cirignotta rischia il processo

SALVO PALAZZOLO

L'ex magistrato, il paladino della legalità nella palude della Sanità siciliana, è seduto adesso sulla scomoda poltrona di imputato per turbativa d'asta. Non hanno sortito effetto le giustificazioni dell'ex direttore generale dell'Asp di Palermo, Salvatore Cirignotta, che l'anno scorso era finito agli arresti domiciliari: i pubblici ministeri Daniela Varone e Daniele Paci chiedono un processo per l'alto dirigente ormai in pensione. Gli contestano persino di aver preparato un verbale fasullo per far assegnare la maxi-gara dei pannoloni a un imprenditore amico, un affare da 41 milioni di euro. E contro Cirignotta portano in aula i verbali di due componenti della commissione che doveva aggiudicare l'appalto. Loro avevano deciso di assegnare la fornitura alla “Santex”: da quel momento avrebbero iniziato a subire pressioni e minac-



Salvatore Cirignotta, ex direttore generale dell'Asp di Palermo

ceda Cirignotta per cambiare la delibera. Questa l'accusa del pool coordinato dal procuratore aggiunto Leonardo Agueci.

È stata un'indagine difficile per i carabinieri della sezione di polizia giudiziaria. In alcune intercettazioni era emerso anche uno scambio di soldi, ma poi un gipnon ha autorizzato il loro utilizzo. E un pezzo dell'inchiesta è

caduto. Un altro pezzo di questa travagliata vicenda giudiziaria l'ha cancellato il tribunale del riesame di Palermo, scagionando l'imprenditore Carlo Carollo, il procuratore della società “Fater spa”, quella che secondo l'accusa doveva beneficiare dei favori di Cirignotta. Anche la Cassazione ha confermato che non sussiste la prova di «accordi

illeciti» fra Cirignotta e Carollo, e la procura si è vista costretta a chiedere l'archiviazione per l'imprenditore.

Dunque, Cirignotta resta l'unico imputato. Accusato di aver favorito un manager che però resta fuori dal processo. Ma le dichiarazioni dei due componenti

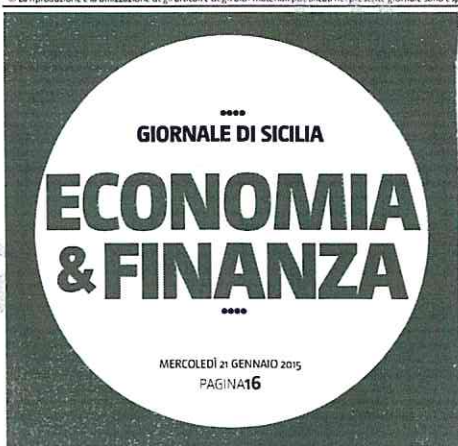
Scagionato l'imprenditore Carollo: “Non c'è prova di accordi illeciti”. Pressioni sulla commissione di gara

della commissione sono comunque un durissimo atto d'accusa: il presidente (l'avvocato Fabio Damiani) e uno dei componenti (il dottor Giuseppe Quattrocchi) dicono senza mezzi termini di aver subito pressioni da parte di Cirignotta, che avrebbe tentato di fare passare un verbale di gara già pronto.

Racconta Damiani: «Subito

dopo la nostra decisione, il 30 gennaio, Cirignotta mi convocò e mi disse: “Quale ditta è arrivata prima? Perché non sono stato informato prima della sottoscrizione del verbale? Ora che posso fare? Domani convoco gli altri componenti della commissione, strappate i verbali che avete fatto e mi sottoscrivete i nuovi”. Poi il manager lanciò un messaggio all'avvocato: «Vediamo anche di sistemare la sua posizione amministrativa». Ma Damiani fece capire che non era disposto a fare passi indietro. Cirignotta insisteva: «Quella ditta è mafiosa, l'appalto deve essere assegnato alla Fater». Damiani aggiunge: «Una settimana prima, Cirignotta mi aveva parlato di un canovaccio a cui avrei dovuto adeguarmi».

Qualche giorno dopo, furono il presidente Crocetta e l'assessore Borsellino a denunciare in procura le pressioni del supermanager.



SANITÀ. L'associazione delle case di cura private vince un ricorso al Tar: i criteri delle riduzioni vanno rivisti. La Regione: modifiche già fatte, sentenza senza conseguenze

Il Tar accoglie il ricorso dell'Aiop e pone in bilico il piano dei posti letto ospedalieri ancor prima che venga pubblicato. Cittadini: «Ora una nuova programmazione». Borsellino: «La Regione si era già adeguata».

Giacinto Pipitone
PALERMO

●●● Il Tar accoglie il ricorso dell'Aiop e pone in bilico il piano dei posti letto ospedalieri ancor prima che venga pubblicato. Un piano a cui sono aganciati i nuovi concorsi annunciat dall'assessore Lucia Borsellino.

Vicenda complicatissima dal punto di vista giuridico e amministrativo ma dagli effetti pratici molto chiari. L'assessorato da tempo lavora alla riduzione dei posti letto negli ospedali pubblici e nelle cliniche private. Il piano, più volte riscritto nel 2014, è stato appena approvato e andrà in Gazzetta ufficiale venerdì. Ma l'Aiop ha impugnato con successo uno degli atti preordinati, quello che determina i criteri a cui la Regione deve ispirare la manovra. Si chiama Pocs, Piano di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del sistema sanitario: pubblicato ad aprile, è il programma di prosecuzione nel triennio in corso del piano di rientro dal deficit fatto dal 2008 in poi dall'ex assessore Russo. E in un passaggio cruciale prevede il taglio dei posti letto per adeguarsi al parametro di 3 ogni mille abitanti previsto dalle recenti norme nazionali.

Lo scontro con l'associazione delle case di cura, rappresentata da Barbara Cittadini riguarda il metodo seguito dalla Regione. L'assessorato ha preso spunto dai posti programmati, cioè quelli pianificati nel triennio precedente, che sono però molti di più di quelli realmente attivati: 12.242 pubblici a fronte degli effettivi 10.708. Dunque - secondo il piano impugnato dall'Aiop - per un complicato «gioco» matematico alla fine applicando il parametro standard negli ospedali pubblici il numero dei posti letto effettivi sarebbe perfino aumentato (fino a 11.187) mentre nelle cliniche si sarebbe arrivati a una «vera» riduzione di 227 posti.

Di fronte al Tar di Palermo l'Aiop è riuscita a dimostrare la propria tesi: i posti letto effettivi, 15.035 fra pubblico e privato, sarebbero già in linea con il parametro nazionale dei 3 per mille abitanti. Nella sentenza firmata dal presidente Nicolò Monteleone si precisa che «questo è un dato incontrovertibile. E conseguentemente la riduzione dello standard attuale è stata illegittimamente motivata con riferimento alla necessità di rispettare il disposto della norma nazionale». Il Tar precisa però che «a essere illegittima non è la riduzione dei posti letto ma la sua motivazione».

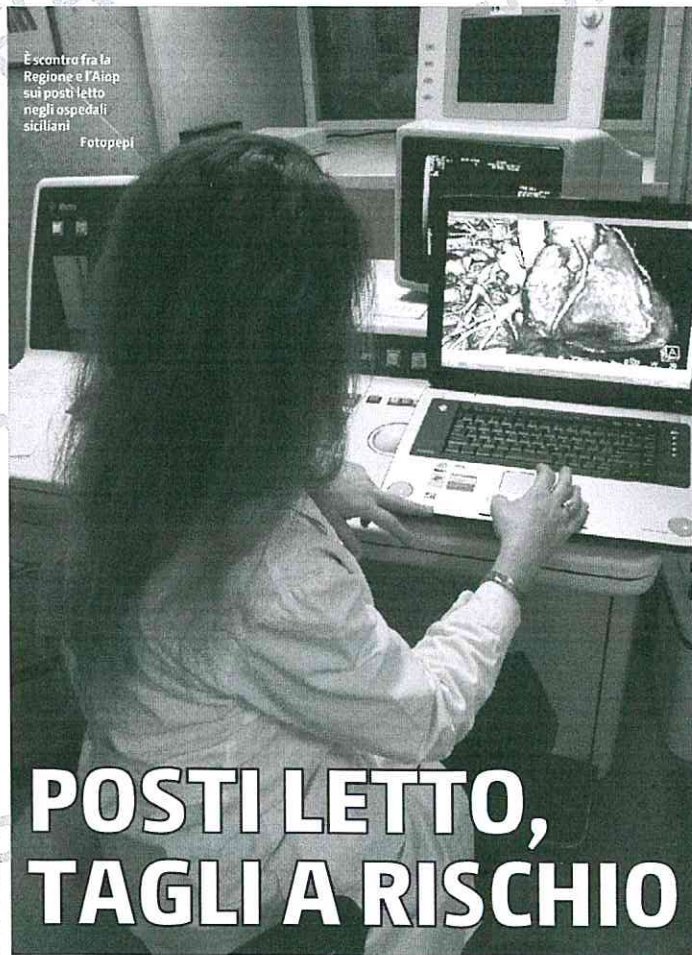
L'Aiop incassa anche un secondo risultato: «È fondata la doglianza secondo cui la riduzione dei posti letto - si legge nella sentenza - è stata illogicamente disposta solo per le case di cura private e non anche per le strutture pubbliche». Una quota non inferiore alla metà dei tagli effettivi va posta quindi a carico di ospedali pubblici.

La Cittadini esulta: «Registro, non senza soddisfazione, la sentenza del

**CITTADINI: ORA NUOVA PROGRAMMAZIONE
BORSELLINO: CI SIAMO GIÀ ADEGUATI**

Tar. Mi auguro che possa costituire presupposto e nuova base per la programmazione della rete ospedaliera regionale. Affinché questa possa, finalmente, essere impostata su una reale e virtuosa collaborazione tra amministrazione e operatori del settore ed abbia come unico obiettivo quello di garantire ai siciliani un sistema sanitario efficiente e di qualità».

In assessorato si attende ancora di studiare la sentenza, depositata lunedì, ma la linea è che «il nuovo piano non verrà influenzato dalla pronuncia del Tar». Spiega Lucia Borsellino: «Il piano impugnato risale ad aprile ed è superato da quello approvato a dicembre dalla Regione e dal ministero. Ci siamo già adeguati ai parametri a cui fa riferimento anche la sentenza.



È scontro fra la Regione e l'Aiop sui posti letto negli ospedali siciliani
Foto:epi



Barbara Cittadini



Lucia Borsellino

Dunque pubblicheremo la nuova mappa dei posti letto venerdì».

Il presidente della commissione Sanità dell'Ars, Pippo Digiacomo, che ha approvato il nuovo piano dell'assessorato legge in chiave più diplomatica le possibili conseguenze della sentenza: «Potrebbe essere necessaria qualche minima correzione alla parte che riguarda i posti letto nelle cliniche. Mentre per il settore pubblico i parametri del nuovo piano sono corretti».

Ma un'altra cosa è certa: «Il Tar ci ha dato ragione sul metodo - conclude la Cittadini - ed è chiaro che non sarebbero necessari tagli alla rete. Se pubblicheranno il nuovo piano, impugneremo anche quello».

POSTI LETTO, TAGLI A RISCHIO

SENTENZA DEL TAR DI PALERMO

Sanità, accolto il ricorso dell'Aiop sul taglio dei posti letto ai privati

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. Il rischio è dietro l'angolo: la nuova rimodulazione della rete ospedaliera siciliana - la pubblicazione in Gazzetta annunciata per venerdì 23 gennaio - porterebbe partire già con un handicap: quello della sentenza del Tar di Palermo depositata lunedì 19 (numero 150/2015, presidente Nicolò Monteleone, consigliere ed estensore Aurora Lento e primo referendario Giuseppe La Greca) che ha accolto il ricorso dell'Aiop, l'associazione delle cliniche private, che conta nell'isola una sessantina di casa di cura e presieduta da Barbara Cittadini. O addirittura potrebbe essere impugnato ancora una volta, così da non fare partire, come atteso da tanti e da diversi mesi la nuova "mappa" dei posti letto nell'isola.

Ma cosa è stato evidenziato dai magistrati amministrativi? Posti letto tagliati solo ai privati, con un aumento per le strutture pubbliche. E poi un errore di calcolo, con la Regione che non si accorge di aver già rispettato nei fatti il taglio richiesto da Roma. Il piano dell'assessorato alla Salute interveniva pesantemente sui posti letto per malati acuti. Obiettivo, contenere la spesa e renderla più razionale, ma soprattutto - almeno stando alle motivazioni contenute nel decreto -

rispettare una legge del 2012 che fissa a tre posti letto ogni mille abitanti il tetto massimo. Piccolo particolare: «Dai modelli trasmessi al ministero dalle aziende sanitarie ospedaliere pubbliche e dalle strutture private - annotano i giudici della terza sezione - risulterebbero 15.035 posti letto per acuti. È incontrovertibile fra le parti che a fronte di una popolazione regionale di circa 5 milioni di abitanti 15.035 posti letto rispettano il parametro». Il presidente dell'Aiop Sicilia, Barbara Cittadini ha dichiarato: «Re-

gistro, non senza soddisfazione che la sez. III del Tar Sicilia-Palermo ha accolto il nostro ricorso finalizzato all'annullamento del decreto dell'assessorato della Salute n. 678/2014, con il quale era stato approvato il "Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento dei livelli di qualità del sistema sanitario regionale per il triennio 2013-2015». Ed ancora: «La decisione del Tar attesta l'irragionevolezza ed illegittimità delle scelte adottate dall'assessorato della Salute,



UNA CORSA DI OSPEDALE

con riferimento alla programmazione dei posti letto per acuti. È stata, in particolare, dimostrata la correttezza della tesi, da sempre sostenuta da Aiop, che la

rete ospedaliera deve basarsi sui posti letto per acuti realmente attivi in Sicilia e che, ad oggi, la Regione rispetta, sostanzialmente, lo standard nazionale di 3 posti letto per acuti ogni mille abitanti, fissato dall'art. 15 comma 3 lett. c) della L. n. 135/2012. Non vi è, pertanto, alcuna necessità di ridurre gli attuali posti letto per acuti, ma, al più, devono essere aumentati di alcune unità. A tale risultato, preme precisare, hanno contribuito proprio le riduzioni di posti letto, già operate negli anni passati, in ottemperanza alle misure del Piano di rientro 2007/08, proprio dalle case di cura private accreditate».

BLITZ DEI NAS NEL BLOCCO OPERATORIO

Augusta, chiuso reparto per carenze igieniche

AUGUSTA. Nello stesso corridoio del blocco operatorio pazienti, degeniti e visitatori. In sala operatoria intonaie pericolanti e infissi non proprio ermetici. E poi irregolarità in materia di sicurezza e anti incendio. Quando lo scorso mese, su incarico del procuratore di Siracusa Francesco Paolo Giordano, i carabinieri del Nas di Ragusa hanno eseguito un blitz all'ospedale Muscatello di Augusta, si sono trovati di fronte ad una lunga serie di irregolarità. Tanto che quando la lista di prescrizioni è arrivata all'Asp di Siracusa il manager ha subito disposto la chiusura del blocco operatorio e l'avvio dei lavori. Indagine sulle condizioni di uno dei principali ospedali della provincia di Siracusa. Dopo il blitz dei carabinieri «l'apertura del procedimento - ha detto il procuratore di Siracusa Francesco Paolo Giordano - è un atto dovuto, la circostanza

che l'Asp si sia subito messa in movimento è importante per una favorevole conclusione della vicenda». Nel corso dell'ispezione sono emerse «numerose carenze igienico-strutturali - hanno spiegato dalla Procura - per la mancanza di locali, servizi e spazi necessari per lo svolgimento delle attività sanitarie, in difformità alle norme che regolano la materia sanitaria, di sicurezza e antincendio». Tutte le "maggie" sono state segnalate alla direzione generale dell'Azienda sanitaria provinciale, e i lavori sono in corso - ha spiegato il manager dell'Asp Salvatore Brugaletta - tanto nel blocco operatorio del Muscatello quanto in altri presidi proprio in un'ottica di miglioramento del servizio sanitario in provincia di Siracusa».

MA. LE.

LA POLIZIA IN OSPEDALE. Un pensionato inscena una protesta: ci lasciano digiuni. La direzione: tutto falso

Ingrassia, scoppia il caso dei pasti: denunce e tensioni in Astanteria

●●● All'inizio era una pastina, poi un omogeneizzato e anche la frutta. In dote ai pazienti «provvisori» dell'Astanteria, rifugio di passaggio in attesa del ricovero in reparto, c'erano pure due bottiglie d'acqua.

Non bastava però, sembra, questo scarso menù a Pietro Liga, 64 anni, pensionato delle ferrovie con uno scompenso cardiaco che da tre giorni era tornato all'ospedale Ingrassia per essere curato. Assieme ad un gruppo di altri ospiti della piccola stanza di accoglienza vicina al pronto soccorso ha inscenato una protesta con tanto di arrivo della Polizia e pesanti accuse alla direzione dell'Asp.

«Ci lasciano digiuni - ha detto l'anziano - non c'è neppure l'acqua per tutti». Immediata la reazione della direzione che lo ha denunciato ai carabinieri per procurato allarme. I pasti, ribattono, sono assicura-



Pietro Liga davanti al pronto soccorso dell'ospedale Ingrassia (FOTOPEXX)

ti a tutti, anche ai pazienti del day hospital.

Una giornata di passione ieri, quindi, nell'area di emergenza dell'ospedale, già gravato dal pienenone

provocato anche in parte dalla sindrome influenzale che per alcuni ha conseguenze serie. Così in Astanteria si trovavano ricoverate una quindicina di persone, tra le quali

Pietro Liga.

Il suo sfogo era presto sfociato in rabbia: «La prima notte l'ho passata su una sedia - ha raccontato - con l'ossigeno attaccato. La mattina mi hanno portato un tè, solo quello. A pranzo una specie di pastina, poi nulla. Era perfino finita l'acqua e ci hanno detto che non potevano darcene perché non ne avevano. Ad un certo punto, mi sono sentito svenire non avevo più le forze. È stata mia moglie a portarmi un panno...»

Le stesse accuse sono state verbalizzate nel primo pomeriggio dagli agenti della Volante chiamati dall'uomo e che hanno raccolto così pure le lamentele di altri pazienti sulla scarsità di cibo. Ma di contro hanno sentito anche alcuni operatori sanitari, che avrebbero fornito una versione diversa dei fatti.

Così come opposta è apparsa la posizione della direzione dell'ospedale. Pietro Liga sarebbe «un paziente già noto in corsia più per la sua esuberanza che per patologie serie». Ma cosa c'è di male a chiedere come cura un piatto di spaghetti?

CONNIE TRANSIRICO

CENTRO REGIONALE TRAPIANTI E ROTARY**Campagna di sensibilizzazione alle donazioni nelle scuole**

Con una capillare campagna si può cambiare la tendenza. Sono sempre meno, infatti, i donatori di organi in Sicilia ed in particolare nel Palermitano. Per questo, è stato presentato il progetto "Don-AZIONE-A tu per tu con la vita e con la donazione", a cura del Centro Regionale Trapianti Sicilia in collaborazione con il Rotary Club Palermo Ovest.

Costituito da una serie di incontri presso alcuni istituti scolastici del territorio palermitano, il progetto ha lo scopo di sviluppare una maggiore consapevolezza e, dunque, capacità di scelta riguardo al tema della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto. Educare alla salute collettiva, non solo come condizione di benessere fisico, psicologico e sociale, bensì soprattutto come processo

concreto di costruzione di una risorsa di vita quotidiana che riguarda il singolo e la collettività e che, pertanto, va guadagnata, mantenuta e promossa attraverso scelte consapevoli individuali e sociali.

Le attività previste nelle diverse "Don-AZIONI" saranno realizzate a titolo gratuito da una particolare "task force" di medici, psicoterapeuti nonché di componenti dei Club Rotary, Rotaract e Interact che eventualmente vorranno partecipare con il Palermo Ovest, ideatore del progetto. Nei prossimi giorni, i dirigenti delle scuole secondarie dell'area metropolitana di Palermo riceveranno una lettera di presentazione del progetto e avranno 10 giorni per aderire, dal 2 al 11 febbraio.

A. F.



DITELLO A RGS. Borsellino: questa categoria sarà riqualificata. Selezioni aperte invece per il personale socio-sanitario

Operatori socio-assistenziali esclusi dai nuovi concorsi

PALERMO

●●● Gli operatori socio assistenziali, i cosiddetti Osa, sono esclusi dai nuovi concorsi della sanità. Mentre saranno inseriti gli operatori sociosanitari. Per gli Osa la Regione ha previsto un percorso di riqualificazione per trasformarli in operatori sociosanitari. L'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino, intanto ieri mattina ha incontrato i direttori generali degli ospedali e delle aziende sanitarie. Sono state illustrate le tappe che porteranno ai concorsi, anticipate a Ditello a Rgs: venerdì la pubblicazione della nuova rete ospedaliera, a febbraio la definizione da parte dell'assessorato dei criteri per le dotazioni organiche, poi le procedure di mobilità per gli esuberanti ed infine i bandi, previsti dall'assessore entro maggio. Intanto arrivano le prime indicazioni. Tra queste emerge che non ci saranno gli Osa. «La figura degli Osa non è più prevista a livello nazionale - spiega l'assessore Borsellino, ma abbiamo previsto alcuni corsi

per poterli riqualificare».

Così l'assessore risponde anche alle domande e segnalazioni giunte al *Giornale di Sicilia* attraverso un sms al 335.8783600, mail a ditello@gds.it o attraverso i social network del giornale Facebook e Twitter. Tra queste la segnalazione di Valentina Angelino che scrive: «Il Giornale di Sicilia fa riferimento ai prossimi bandi di concorso relativi alle strutture ospedaliere in Sicilia. Vorrei sapere se tali bandi sono validi anche per gli operatori socio assistenziali». E con un sms chiede chiarimenti anche Claudia Gallo, palermitana trasferita a Trapani, che scrive: «Ho conseguito il titolo di operatore Osa il 13 novembre 2014».

L'assessorato ha emanato un decreto ad ottobre in cui prevede tutto il percorso di riqualificazione. Si stabilisce che sono istituiti i corsi di riqualificazione in operatore socio sanitario per chi ha la qualifica di operatore socio assistenziale, Osa per l'infanzia, per le demenze,



L'assessore Lucia Borsellino

per l'handicap e per gli anziani, assistente domiciliare e dei servizi tutelari, operatori addetti all'assistenza delle persone diversamente abili e operatori tecnici dell'assistenza. La qualifica deve essere stata conseguita a seguito della frequenza di un corso di formazione della

durata di almeno 700 ore o di 670 nel caso degli operatori tecnici dell'assistenza.

Il decreto istituisce anche l'albo regionale degli operatori socio sanitari presso il dipartimento attività sanitarie. Gli autisti soccorritori, dipendenti Seus, riqualificati in operatori socio assistenziali in base agli accordi organizzativi previsti dalla Regione e gli operatori delle aziende sanitarie riqualificati secondo le direttive regionali saranno inseriti d'ufficio nell'albo.

La Regione ha fissato un tetto alla partecipazione ai corsi di riqualificazione che non possono superare i 1.800 euro. I corsi possono essere organizzati dalle aziende sanitarie, dal Cefpas e dagli enti di formazione pubblici e privati accreditati come previsto dal decreto. I corsi dovranno svolgersi nel territorio regionale e ogni ente dovrà attenersi alle indicazioni previste dall'assessorato. Per esempio è vietato l'utilizzo di formazione a distanza.

(SAFAZ) SALVATORE FAZIO

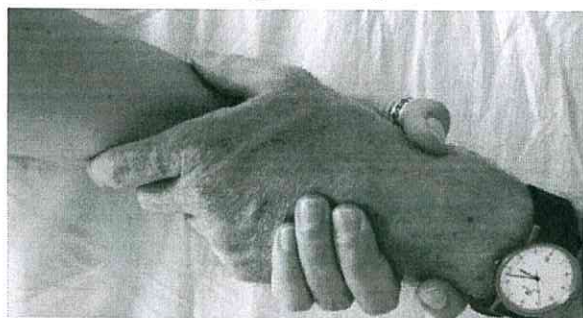


Premio di 1000 euro. Miglior elaborato di 4000 battute in formato Word
Premio di 1000 euro. Miglior cortometraggio di massimo 5 minuti
I lavori dovranno essere presentati entro il 20 gennaio 2015

BlogSicilia[®] il giornale online dei siciliani

IN VIA TRICOMI, IL 22 GENNAIO L'INAUGURAZIONE

Palermo, in un bene confiscato una casa di accoglienza per i malati



SOLIDARIETÀ 20 gennaio 2015
di Redazione

Giovedì 22 gennaio 2015 sarà inaugurata a Palermo la Casa di Accoglienza "Cilla" di Via Tricomi, 18 destinata ad accogliere i malati con i loro familiari accompagnatori, provenienti da fuori provincia, in cura presso gli ospedali cittadini.

La cerimonia si terrà alle ore 17.00 nell'Aula Multimediale dell'ARNAS "Civico, G. Di Cristina e Benfratelli" di Palermo al II piano del Padiglione Uffici e Servizi – Piazza Nicola Leotta n. 4.

Interverranno Giovanni Migliore, Direttore Gen.le ARNAS Civico – Di Cristina – Benfratelli; Emanuela Giuliano, Referente del Servizio per la Legalità e per i Beni Confiscati alla Criminalità Mafiosa della Regione Siciliana

Fabrizio Romano, Referente Fondazione Enel Cuore Salvatore Albanese, Presidente nazionale Associazione Cilla

Sono stati inoltre invitati l'Assessore alla Salute della Regione Siciliana Lucia Borsellino, l'Arcivescovo di Palermo Cardinale Paolo Romeo.

Al termine dell'incontro ci sarà l'inaugurazione e benedizione della casa in Via Tricomi, 18

Il bene confiscato è stato assegnato dalla Regione Siciliana all' ARNAS "Civico – Di Cristina – Benfratelli" allo scopo di accogliere parenti di persone ricoverate. Tramite bando aperto ai soggetti del privato sociale l'Associazione Cilla ha ottenuto l'assegnazione di tale bene in comodato d'uso gratuito.

La casa di accoglienza, realizzata grazie al contributo di 50.000 euro della Fondazione Enelcuore che ha permesso l'acquisto degli arredi e delle dotazioni e i lavori di ristrutturazione ed adeguamento, può accogliere 10 persone in camere con servizi privati. I volontari dell'Associazione garantiscono una presenza quotidiana nella struttura per condividere con gli ospiti il doloroso periodo della malattia propria o di un proprio caro.

Cilla è il soprannome di una ragazzina di 15 anni, Maria Letizia Galeazzi, che rimase profondamente colpita dall'esperienza educativa del Movimento di Comunione e Liberazione. Nel 1976 morì tragicamente in un incidente stradale. Nel 1981, il padre dott. Rino Galeazzi, fondò l'Associazione Cilla Onlus per venire incontro alle esigenze dei parenti di degenti costretti a muoversi dalla propria città per motivi sanitari.

L'Associazione è oggi presente in Italia con 24 case di accoglienza ed accoglie ogni anno più di 10.000 persone. A Palermo è presente dal 2002 attraverso l'attivazione di una rete fra strutture già esistenti che accolgono i pazienti e le loro famiglie.

Nel 2009 il Comune di Palermo ha affidato alla Associazione un bene confiscato alla mafia, sito in Via del Fante, nei pressi dell'Ospedale Villa Sofia, che può accogliere fino a 9 persone.

Per maggiori informazioni si può contattare la segreteria nazionale (Tel. 0498033878 mail. cilla@cilla.it) o visitare il sito internet www.cilla.it.

OPERE PUBBLICHE. Costata 400 mila euro provenienti da finanziamenti europei, la struttura sarà gestita tramite una convenzione tra il municipio e il 37° Stormo di Birgi

Emergenze sanitarie, un'elisuperficie a Ustica

● Una moderna piazzola per gli elicotteri realizzata nell'isola con fondi della Protezione civile e un accordo con l'Aeronautica

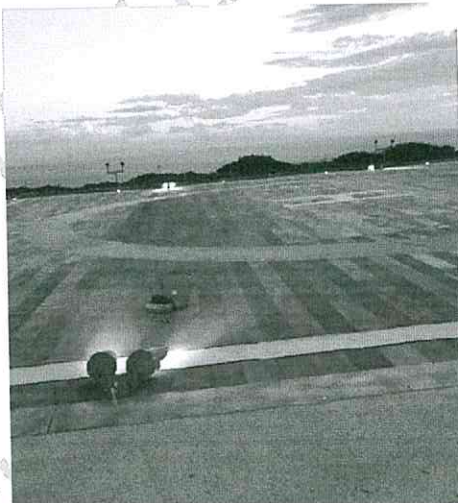
Sarà intitolata giovedì, con una cerimonia, a due eminenti clinici oculistici dell'isola, Salvatore Calderaro e Giuseppe Favalaro. Si lavora intanto a rinnovare il dissalatore e a impianti per il risparmio energetico.

Ignazio Marchese
USTICA

●●● Sono stati completati i lavori per la realizzazione dell'elisuperficie sull'isola di Ustica, finanziati dal dipartimento regionale della Protezione civile per un importo di 400 mila euro derivanti dal programma operativo Fers Sicilia 2007/2013. L'opera era inserita nel «Programma regionale di rete di infrastrutture eliportuali». La struttura sarà utilizzata dal Comune sulla base di una convenzione stipulata tra l'amministrazione stessa e il 37° Stormo dell'Aeronautica militare dell'Aeroport di Birgi.

L'elisuperficie di Ustica, visto il suo preminente uso a supporto dell'emergenza sanitaria, verrà intitolata a ai professori Salvatore Calderaro e Giuseppe Favalaro, eminenti oculisti nati a Ustica e che nel corso della loro carriera sono divenuti direttori della Clinica oculistica dell'università di Catania. La cerimonia si svolgerà giovedì alle 10 nella sala consiliare del municipio. Sono stati invitati l'assessore regionale alla Salute Lucia Borsellino, il comandante del 37° Stormo dell'Aeronautica, il colonnello Luca Capasso, e il direttore generale dell'Asp di Palermo Antonio Candela.

«Con la realizzazione di quest'opera Ustica fa un ulteriore passo in avanti in direzione di una migliore qualità dei servizi sanitari di emergenza, au-



La nuova piazzola per gli elicotteri a Ustica. (FOTOMMA)

menta la sicurezza di residenti e turisti, migliora la sanità nelle isole minori siciliane - dice con soddisfazione il sindaco Attilio Licciardi -. Finalmente l'isola è dotata di una struttura moderna e funzionale - aggiunge - che innalza gli standard sanitari e agevola il lavoro degli operatori sanitari dell'isola nei momenti più difficili, ossia quando la gravità della situazione dei pazienti (residenti o turisti) obbliga il

trasferimento rapido in un ospedale palermitano».

Ma per un progetto concluso, ce ne sono altri in corso sulla stessa isola. Come quello presentato da «The green consulting group» che punta sulla sostituzione del vecchio sistema di dissalazione a distillazione con uno a «ostiosi inversa», che consentirebbe una riduzione dei due terzi dei consumi energetici. Percentuale che

sarebbe destinata ulteriormente a ridursi di un altro 50% se si «ibridizza» con il fotovoltaico l'attuale sistema diesel di generazione elettrica. Previsti inoltre interventi su vari fronti dell'efficientamento, come la riqualificazione degli edifici, l'illuminazione a led, l'installazione di impianti solari termici e fotovoltaici, l'introduzione di veicoli ibridi e stazioni di ricarica di biciclette e auto elettriche.

Tutte misure previste nel Pae (piano di azione per lo sviluppo sostenibile), la cui presentazione è stata anche l'occasione di replicare l'esperienza di successo di Salina, con un workshop sul risparmio energetico e la distribuzione ai cittadini di un vademecum su come diventare «esperto di energia a casa tua», consigli sull'acquisto e sulla buona gestione degli elettrodomestici. Una gestione efficiente dell'energia in casa comporterebbe infatti una riduzione della bolletta di oltre il 15%. L'opuscolo riporta anche informazioni aggiornate sugli incentivi per gli interventi di efficienza energetica e l'installazione di impianti fotovoltaici e termici.

Da Ustica «The green consulting group» annuncia così l'avvio della «Campagna nazionale per il risparmio energetico» che, oltre alla divulgazione delle buone pratiche attraverso il vademecum, si articolerà in una serie di eventi e corsi di formazione nelle varie Regioni italiane. «Con questo impegno sulla sostenibilità - commenta ancora il sindaco Licciardi - Ustica spera di associare il proprio nome non solo al disastro del 1980, ma anche alle sue bellezze e valori naturalistico-ambientali, rilanciando l'economia del turismo». (FMA)

ISTITUTO DI ONCOLOGIA DI MILANO. I ricercatori le hanno prelevate dal midollo osseo del paziente, operato per un tumore, e le hanno usate per «tappare» una ferita

Un bronco «riparato» con le cellule staminali

Una tecnica tutta italiana ha portato al primo caso di sostituzione dei tessuti. Ora l'obiettivo è la sperimentazione clinica

La tecnica, pubblicata sul *New England Journal of Medicine*, è stata sviluppata da Francesco Petrella, vice direttore della Chirurgia Toracica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

MILANO

Una tecnica tutta italiana ha portato al primo caso mai realizzato di riparazione del tessuto bronchiale con cellule staminali. La tecnica, pubblicata sul *New England Journal of Medicine*, è stata sviluppata da Francesco Petrella, vice direttore della Chirurgia Toracica all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) di Milano ed è stata eseguita su un paziente di 42 anni operato per un tumore.

Il lavoro è stato reso possibile anche grazie alla collaborazione con la Cell Factory della Fondazione Cà Granda di Milano e con Fabio Accocella del Dipartimento di Scienze veterinarie dell'Università Statale di Milano.

Secondo gli esperti, questa pubblicazione «decreta in modo definitivo il passaggio dal laboratorio alla clinica di queste cellule studiate ovunque nel mondo per il loro potere di rigenerarsi nei tessuti

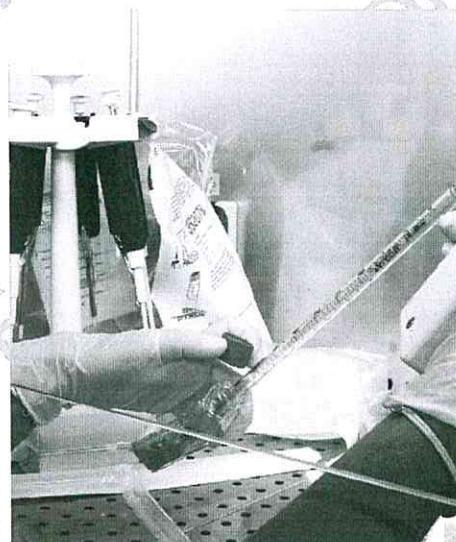
in cui sono trasferite».

I ricercatori hanno prelevato le staminali dal midollo osseo del paziente, che era affetto da mesotelioma pleurico; le hanno lasciate moltiplicare in laboratorio e poi le hanno reiniettate tramite una procedura miniminvasiva, per andare a «tappare» una ferita che si era aperta tra il bronco e il cavo pleurico, dovuta a una mancata cicatrizzazione dopo l'intervento chirurgico sul polmone.

A OTTO MESI DAL TRAPIANTO L'UOMO STA BENE E NON HA AVUTO RECIDIVE

«La metodica - spiega Petrella - si è rivelata efficace nello stimolare la cicatrizzazione del bronco, evitando così altri interventi invalidanti. Oggi, a otto mesi dal trapianto di staminali, il paziente sta bene e non ha avuto recidive».

«Da decine di anni - commenta Lorenzo Spaggiari, direttore della Chirurgia toracica all'Ieo - la lette-



Una tecnica italiana ha portato alla riparazione del tessuto bronchiale

LA RICERCA

Cervello, trovato «l'interruttore» che genera paure

Scoperto nel cervello l'interruttore delle paure: è il circuito nervoso responsabile dei disordini dell'ansia e delle fobie che nel mondo colpiscono 40 milioni di adulti, fino a rendere impossibile affrontare semplici azioni quotidiane, come guidare l'automobile, andare in ascensore o prendere l'aereo. Pubblicata su *Nature*, la scoperta si deve a due gruppi indipendenti, guidati da Bo Li, del Cold Spring Harbor Laboratory (CSHL) a New York e da Gregory Quirk, dell'università di Puerto Rico e apre la strada allo sviluppo di nuove cure per questi disturbi. Individuato nei topi, il circuito svolge un ruolo chiave nell'organizzazione della memoria dei ricordi traumatici. Spiega Li: «L'apprendimento della paura e del relativo ricordo sono gestiti dalle cellule nervose nell'amigdala centrale», governata a sua volta da un gruppo di neuroni che formano il nucleo paraventricolare del talamo, una regione del cervello estremamente sensibile alle sollecitazioni.

ratura mondiale propone soluzioni invasive per risolvere il grave difetto di cicatrizzazione chiamato "fistola post-chirurgica", che si produce in circa l'8% dei casi di asportazione del polmone e nel 3% dei casi di asportazione di un lobo polmonare, e che può essere letale. Fino ad oggi i chirurghi erano costretti ad intervenire su malati già provati dalla chirurgia, con metodiche invalidanti che possono richiedere medicazioni quotidiane anche per anni. Per questo siamo entusiasti di aver dimostrato clinicamente che le staminali adulte possono indurre una riparazione "naturale", contribuendo ulteriormente allo sviluppo delle tecniche del trapianto del bronco e anche della trachea. Il trapianto con staminali infatti non crea rigetto».

Ora l'obiettivo è avviare una sperimentazione clinica: «Sono necessari approfondimenti, studi e protocolli sia clinici che sperimentali prima che possa diventare standard» aggiunge il direttore Spaggiari.

«In futuro pensiamo di estendere i risultati ottenuti oggi sulle vie aeree anche ad altri distretti anatomici».

IL PICCO A METÀ FEBBRAIO. La malattia stagionale denominata «suina A-H1N1» è sotto controllo. I medici in allerta per una variante diffusa negli Stati Uniti e nord Europa

Influenza, allarme per un virus in arrivo dagli Usa

MILANO

Il picco dell'influenza stagionale è atteso a metà febbraio, ma i casi sono in aumento con circa 1,5 milioni di italiani già colpiti e 60 casi gravi registrati nelle ultime settimane: tra questi, la maggioranza è dovuta al virus della cosiddetta influenza suina A-H1N1. Il dato non preoccupa però i virologi, che affermano come invece qualche «timore» sia legato ad una nuova variante di virus influenzale che si sta diffondendo in Usa e nord Europa, l'A-H3N2.

«Nelle ultime settimane - spiega Stefania Salmaso, direttore del Centro nazionale di epidemiologia dell'

Istituto Superiore di Sanità - sono stati segnalati una sessantina di casi più gravi, ed in una cinquantina di questi è stato necessario ricorrere alla ventilazione assistita attraverso l'apparecchiatura Ecmo».

Si sta dunque entrando nelle fasi più acute dell'influenza stagionale con, ad ora, almeno due segnalazioni di decessi per complicanze (ad Aosta e nel caso di un bambino a Lecce). La «maggioranza dei casi» rileva Salmaso - è dovuta al virus H1N1, ma questo dato non preoccupa particolarmente». Infatti, chiarisce, «ci si attendeva l'arrivo di un ceppo virale nuovo ed eventualmente più virulento, ma al momen-

IL PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE: NON È TARDI PER VACCINARSI

to il ceppo che continua a circolare maggiormente è appunto l'H1N1, già noto e già ricompreso nella composizione del vaccino». Ciò «è solo la riprova della "efficienza" di tale virus, che non si è lasciato "sostituire", almeno finora, da altri virus emergenti nuovi».

Al momento, infatti, un ceppo virale nuovo si sta diffondendo solo in Usa e nord Europa, ma non in Italia: si tratta di una variante del virus A-H3N2, non ricompresa nel vaccino. Tale ceppo, afferma Salmaso, «potrebbe arrivare anche da noi, ma bisogna vedere: nel caso, in che termini e portata. Insomma - commenta - è una spia rossa che si accende, ma non è detto che a ciò corrisponderà poi un reale pericolo».

Dello stesso parere Fabrizio Pregliasco, ricercatore del dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Milano: «Su 266 casi di influenza isolati per la sorveglianza campionaria in Italia, 190 sono do-

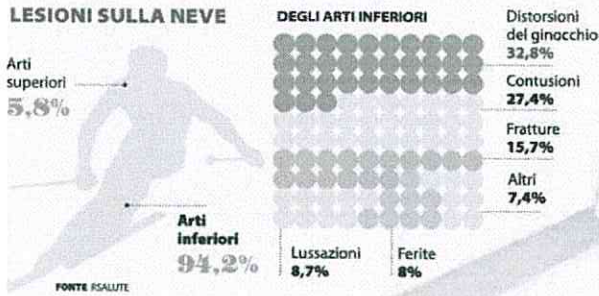
vuti al virus A-H1N1, pari al 71%. Questo dato, però, non allarma. Infatti, il virus della suina è quasi diventato un virus stagionale; quando comparve per la prima volta, nel 2009, destò preoccupazione, ma non si è poi rivelato particolarmente aggressivo ed oggi è compreso tra i virus influenzali presenti nella composizione del vaccino». Come gli altri virus, sottolinea Pregliasco, «l'H1N1 continua a circolare ed il dato che colpisce di più i giovani si spiega con il fatto che un virus "parente" era già circolato in passato e, dunque, gli anziani sono più coperti dalle vaccinazioni fatte». Anche per Pregliasco, qualche timore «po-

trebbe legarsi al virus emergente H3N2: se arrivasse, potrebbe allargarsi il numero di persone colpite ma - tranquillizza - non si tratta comunque di un virus di marcata gravità».

A pesare sul bilancio finale dell'influenza stagionale in termini di numero di casi e decessi, invece, potrebbe essere il calo registrato quest'anno nelle vaccinazioni a seguito della vicenda del vaccino Flud - poi «scagionato» dal legame con alcuni decessi sospetti tra anziani - stimato in circa il 15-20%. Per questo, avverte il presidente della Società italiana di Igiene, Carlo Signorelli, «anche se è un po' tardi per vaccinarsi, per le categorie a rischio, come gli over-65, non è invece mai troppo tardi, e questo gesto potrebbe evitare conseguenze più gravi».

Ginocchio. Ora c'è un software che assiste il chirurgo per le valutazioni: individua dove fissare e quanto tendere il nuovo crociato. Quasi a zero gli errori

Il computer che ripara il legamento



FABIO LODISPOTO*

RICOSTRUIRE il legamento (anche chiamato ligamento) crociato anteriore del ginocchio in chirurgia computer-assistita con rischio di errore umano quasi zero. Ora c'è un software dedicato, che individua nel ginocchio e nella tibia dove fissare il neo-legamento. Inoltre, il programma calcola la giusta tensione da dare al nuovo crociato e valuta a fine intervento la stabilità ottenuta del ginocchio. Il chirurgo si può basare su dati numerici oggettivi, molto più affidabili della sensazione manuale e dell'occhio anche di un operatore esperto. Una conquista a totale beneficio di quel 10-20% di pazienti, secondo alcune autorevoli statistiche americane, che andrebbero incontro a fallimento dopo l'intervento classico.

Rimane delicata la realizzazione dei due tunnel ossei nei quali si fissa il nuovo legamento trapiantato. Un lavoro sinora fatto con puntatori meccanici guidati dalla mano del chirurgo e una fresa. Si tratta di creare l'alloggiamento del legamento in modo che la sua tensione risulti ottimale (posizione isometrica), durante tutto l'arco di movimento di flessione e di estensione del ginocchio, come normalmente avviene in una articolazione sana camminando, correndo e facendo sport. Sedopo l'intervento il legamento risulta troppo lento o troppo teso o urla o sfrega

Per la ricostruzione meglio usare una parte di tendine presa dallo stesso paziente

contro l'osso del femore, il fallimento meccanico dell'intervento è certo e si dovrà prevedere un nuovo intervento, che come scritto sopra, avviene nel 20% di tutti gli operati. Si comprende così l'importanza di un software che continuamente informi il chirurgo sulla correttezza delle manovre che sta compiendo, un feedback simile a quello ottenuto dalla check-list introdotta sui voli aerei. Da quando è stata adottata, i disastri da errore umano sono drasticamente diminuiti.

La ricostruzione del legamento anteriore del ginocchio può essere eseguita con tre diversi tipi di tessuto. Il più utilizzato è il legamento biologico autologo, ricavato da parte di tendini del paziente. È il trapianto più sicuro: essendo tessuto vitale e del paziente stesso, il neo legamento si integra prima, e non può generare reazioni avverse o trasmettere virus.

Talvolta tuttavia, si preferisce impiantare un tendine di banca, prelevato da cadavere, congelato, devitalizzato e sterilizzato con raggi gamma. La procedura ha un rischio teorico così basso di trasmettere virus, (un caso ogni tre milioni di trapianti), da risultare, nei fatti, sicura. Attec-

pillare di circolazione del sangue per sopravvivere. Il grande vantaggio del trapianto da banca è l'assenza di invasività chirurgica sul ginocchio infortunato, causata dal prelievo e sacrificio dei tendini necessari alla sostituzione del crociato. Infine il legamento artificiale: riservato

agli sportivi over 55 o ai campioni di livello elevatissimo infortunati a ridosso di un appuntamento sportivo di vitale importanza per la loro carriera agonistica, insomma, una soluzione temporanea. Il legamento artificiale benché realizzato con materiali ad al-

tissima resistenza, dopo alcuni milioni di cicli è destinato al cedimento.

*Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Specialista in Medicina dello Sport, Roma

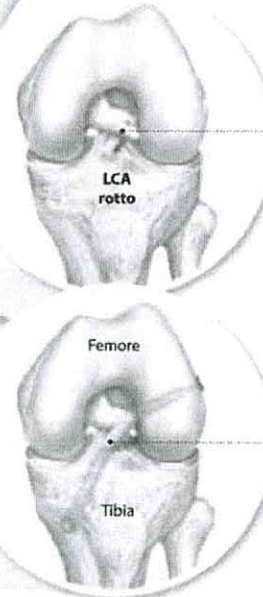
RIPARAZIONE DEL LCA

È un trattamento chirurgico consigliabile per prevenire una precoce usura del ginocchio (artrosi)

LA LESIONE Rottura del LCA Il legamento crociato anteriore è il freno dell'articolazione. Quando si rompe avvengono movimenti innaturali del ginocchio che portano a lesioni della cartilagine e dei menischi

L'INTERVENTO Riparazione del LCA Comporta il posizionamento di un innesto nella sede del legamento preesistente

L'innesto È un tendine/legamento del soggetto o di un materiale artificiale



INFO@P6FARMACIA.COM

VIVERE LA GRAVIDANZA SENZA NAUSEA? OGGI SI PUÒ!



Se la nausea rovina le vostre giornate...

I bracciali P6 Nausea Control® Sea-Band® MAMA sono una valida alternativa ai medicinali per prevenire e combattere la nausea da gravidanza.

Pratici e semplici da utilizzare, agiscono rapidamente e senza effetti collaterali. La loro azione dura tutto il giorno.

L'efficacia di P6 Nausea Control® Sea-Band® MAMA è stata dimostrata da numerosi test clinici effettuati su donne in gravidanza.

P6 Nausea Control® Sea-Band® MAMA utilizza il principio dell'agopuntura secondo la medicina tradizionale cinese.

Lavabili, in tessuto anallergico, sono riutilizzabili oltre 50 volte.

Sono in vendita in FARMACIA, disponibili anche nelle versioni adulti e bambini.

È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le istruzioni d'uso. Aut. Min. Rich. il 16-10-2014.



LA SCHEDA

Incidenti

La rottura dei legamenti del ginocchio avviene sciando quando, a causa di una rovinosa caduta (77,1% dei casi senza contrasto, 11,3% per contrasto con un altro sciatore), il ginocchio ruota, superando la resistenza meccanica dei legamenti stessi. Colpa dell'alta velocità soprattutto, dell'inesperienza, di attrezzature inadeguate, ma anche del consumo di alcol che riduce il controllo neuromuscolare. Più a rischio i giovani sotto i 45 anni, maschi (80% degli infortunati). Il 78,7% degli infortuni avviene sugli sci, il 17,5% sullo snowboard, meno praticato. Più colpiti negli incidenti sono gli arti inferiori che nell'impatto sono coinvolti nel 94,2% dei casi. Tra questi, il 32,8% sono distorsioni del ginocchio con potenziale rottura del legamento crociato anteriore. Meno frequenti contusioni 27,4%, fratture 15,7%,

chimento e integrazione sono più lenti essendo tessuto non vitale, un'impalcatura di collagene che viene pian piano riabilitata dalle cellule dell'ospite e che deve sviluppare una nuova rete ca-

VIVI SERENAMENTE LA GRAVIDANZA CON P6 NAUSEA CONTROL® SEA-BAND® MAMA

tel. 031.525522 - www.p6nauseacontrol.com - info@p6nauseacontrol.com

lussazioni 8.7% e
ferite 8%.

(f. lod.)

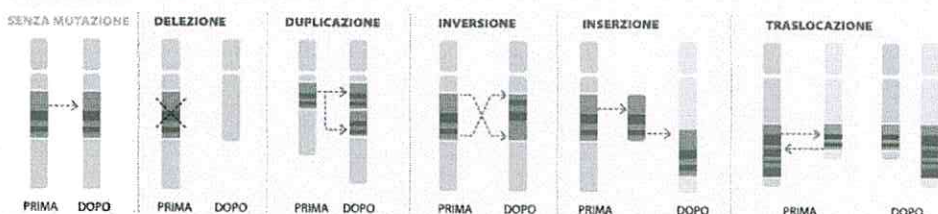
© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE MUTAZIONI GENETICHE

FRAMMENTI DI DNA

In qualsiasi cellula durante il proprio ciclo cellulare possono verificarsi errori di duplicazione del DNA che si trasmettono poi alle cellule figlie

Ecco alcune tipologie di mutazioni:



L'ORIGINE DEI TUMORI

DA MUTAZIONI CASUALI FAVORITE DALL'AMBIENTE



L'IPOTESI
Le staminali replicano di più e sono più esposte a mutazioni genetiche favorendo più spesso la incidenza di tumori di modo "casuale"

Oncologia. Riflessioni dopo la ricerca su "sfortuna" e cancro. Secondo lo studio le staminali (che replicano di più) sono più esposte a mutazioni che portano in modo casuale alla malattia

Ma è la prevenzione il nostro vero amuleto

ADRIANA ALBINI*
STIMA che in Italia siano diagnosticati 1000 tumori al giorno. Secondo il sito dell'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca sul cancro, i decessi dovuti a

tumori maligni in Italia sono stati quasi 173.000 nell'anno 2013 (98.000 fra gli uomini e 75.000 fra le donne) ponendo il cancro tra le prime tre cause di mortalità. Di alcuni tumori conosciamo i fattori eziologici, ovvero le cause. Quello che complica il quadro è che un tumore non è dovuto, salvo in rarissimi casi, a un so-

lo evento, ma risulta dall'accumulo nel tempo di mutazioni a carico del DNA, il nostro materiale genetico. Trattandosi dunque di un fattore "statistico" il rischio di tumore è tanto più alto quanto più il DNA si "espone" alla mutazione e questo avviene solo quando la cellula replica e il DNA dà luogo a un filamento copia destinato alla cellula figlia. È in questo momento che può avvenire il danno. La recente pubblicazione dello scienziato americano Bert Vogelstein, assieme al matematico Christian Tomasetti, verte su questo tema. L'ipotesi è che le staminali dei nostri tessuti replicano di più e che quindi siano più esposte a mutazioni successive nel DNA e possano dar luogo a un tumore in modo "stocastico" (casuale), come il numero che esce dal lancio dei dadi. L'assunto è che se lanciamo più volte due dadi è più facile che esca un dodici ovvero, tradotto

Ogni giorno diagnosticati in Italia mille tumori
Il "fattore" statistico

in oncologia, due mutazioni oncogene in una cellula. Ma quante sono le staminali in un tessuto e quante volte si divideranno nel corso di una vita? È necessaria un'approfondita e perché nessuno sa come mettersi a contare quante sono le staminali e quante volte una cellula, mettiamo delle ossa lunghe, si divide nel tempo. Estrapolando questi dati un po' empirici, nel modo più matematico e ragionevole possibile gli scienziati della John Hopkins hanno provato a correlare il numero di divisioni delle cellule staminali postulate con l'incidenza dei tumori diagnosticati nell'organo di riferimento, ad esempio: osteosarcomi per le ossa. Camminando un po' sul filo del trapezio, il risultato del grafico pubblicato da Vogelstein ha comunque un senso biologico: più divisioni cellulari avvengono, e più il rischio di tumori sarà alto, infatti i tumori sono anche una funzione dell'età (un prezzo che paghiamo alla longevità?). Fin qui tutto (quasi) bene, perché appunto i calcoli sono relativi a conoscenze imprecise. Ma su questi dati gli autori propongono diverse conclusioni già assai dibattute. Secondo i ricercatori statunitensi, l'insorgenza per un certo numero di tumori tra quelli da loro studiati, è dovuta solo al numero di volte che la cellula si replica, il puro lancio dei dadi, e quindi, di conseguenza: non possiamo far niente, le nostre staminali esistono, si dividono per funzioni fisiologiche, se siamo "sfortunati" qualcosa nel corso del processo replicativo subirà una mutazione del DNA, poi accadrà un'altro, fino a far sviluppare un tumore, in modo

INTERROMPERE IL CICLO VIZIOSO
• Non fumare
• Fare attività fisica
• Alimentazione sana
• Controlli, screening e diagnosi precoce
• Lotta a virus/batteri
• Chemioprevenzione
• Terapia del cancro

del tutto casuale. Ma è così? Almeno un terzo dei tumori sono prevenibili, e sono quelli di cui si conoscono le cause. Col passi da gigante che stiamo facendo, questo numero di tumori prevenibili è destinato a crescere. Proprio per questo la ricerca sul cancro sta focalizzando molti dei suoi sforzi non solo sulle cure ma su tutto ciò che riguarda la possibilità di evitare l'insorgenza o la progressione di un tumore. I fattori di rischio noti, che impattano l'incidenza della maggior parte delle neoplasie sono: fumo di tabacco, alcol, cattiva alimentazione, sovrappeso e obesità, radiazioni UV, cancerogeni chimici, amianto, alcuni virus e batteri, geni ereditari di suscettibilità, status ormonale per mammella e prostata, l'età, il genere e infine situazioni patologiche dei tessuti, quali l'infiammazione cronica. L'ereditarietà si può conoscere per

Colesterolo ALTO?
Combattilo con:
COLESTEROL[®] ACT PLUS 400 mg
INTEGRATORE ALIMENTARE

Colesterol Act Plus[®] 400, grazie alla sua formula con 10mg di Monacolina K del riso rosso fermentato, Betasitosterolo e Octacosanolo, contribuisce al mantenimento dei livelli normali di colesterolo nel sangue. Gli estratti di Coleus e Caigua, favoriscono la regolarità della pressione arteriosa.

COLESTEROL ACT PLUS LA QUALITÀ AL GIUSTO PREZZO
in Farmacia e Parafarmacia

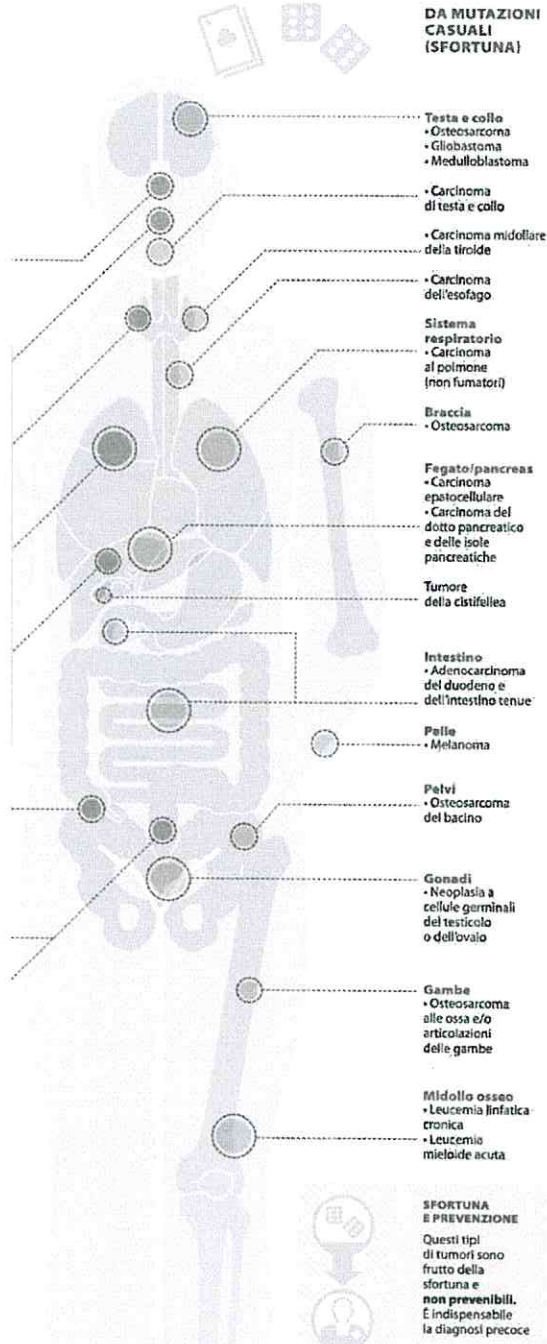
distribuito da: F&F s.r.l. - tel. 031 525622 - mail: info@inea-act.it - www.inea-act.it

LA RICERCA

STAMINALI RIPARANO IL BRONCO

Una grave complicazione post-operatoria risolta non con un ennesimo intervento come si faceva sinora, ma con un impianto di staminali del paziente stesso. Il tutto allo IEO di Milano. Il caso, uomo di 42 anni con asportazione di un polmone per mesotelioma pleurico, è descritto sulla edizione online del *New England Journal of Medicine* di ieri, una fra le più autorevoli riviste mediche internazionali. La tecnica è stata sviluppata da Francesco Petrella, vice direttore della Divisione di Chirurgia Toracica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, in collaborazione con la Cell Factory del Policlinico di Milano e il Dipartimento di Scienze veterinarie per la salute, la produzione animale e la sicurezza alimentare dell'Università Statale, che ha sviluppato la fase di ricerca pre-clinica su modello animale. «Abbiamo prelevato le staminali dal midollo osseo del paziente, sottoposto all'asportazione del polmone destro per mesotelioma pleurico - spiega Petrella - Le abbiamo espanse e poi inoculate nell'area del bronco dove si era creata una fistola post-chirurgica, una sorta di "ferita aperta" tra il bronco e il cavo pleurico, dovuta alla mancata cicatrizzazione che normalmente segue la chirurgia. La metodica si rivela efficace nello stimolare la cicatrizzazione del bronco, evitando così altri interventi invalidanti. Oggi, a otto mesi dal trapianto di staminali, il paziente sta bene e non ha avuto recidive».

DA MUTAZIONI CASUALI (SFORTUNA)



SFORTUNA E PREVENZIONE
Questi tipi di tumori sono frutto della sfortuna e non prevenibili. È indispensabile la diagnosi precoce

tempo con la consulenza genetica, età e sesso sono determinati, tutti gli altri fattori sono evitabili. La sfortuna, anzi diciamo il caso, fa parte della nostra vita, ma può essere limitata da ognuno di noi agendo sull'ambiente e impegnandosi nella propria lotta preventiva al cancro.

Il bersaglio dei tumori sono le cellule in replicazione, le staminali dei tessuti. Secondo Tomasetti e Vogelstein, se queste cellule replicassero in tessuti "tutelati", con pochi cancerogeni, senza infiammazione, coi radicali liberi sotto controllo, insomma in un corpo sano che mangia bene, fa attività ed evita situazioni di rischio, anche i tumori da "sfortuna" potrebbero diminuire. Una fortuna sapori!

**Dir. Infrast. Ricerca Statistica, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia*

FORTE SALUTE

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Terapie. In Italia la molecola dell'Anad per i rari casi di mieloide cronica e linfoblastica. Storia esemplare

Il nuovo farmaco per le leucemie della startup diventata adulta

DAL NOSTRO INVIATO ELVIRA NASELLI

DA PICCOLA startup ad azienda che ha puntato su nicchie di mercato, dove le multinazionali non hanno interesse ad arrivare. E così, passo dopo passo, o meglio dopo aver venduto una prima molecola a Merck per 200 milioni di dollari, la piccola Ariad, laboratori e uffici a Boston, nel quartiere delle aziende farmaceutiche di Cambridge, ha deciso che corre da sola. Puntando sull'oncologia e sulle piccole molecole. E cercando di mettere a punto farmaci che riescono a funzionare quando quelli disponibili falliscono, o i malati sviluppano mutazioni o resistenze. È il caso di ponatinib, già utilizzato negli Stati Uniti da dicembre 2012, e che adesso, dopo qualche anno di uso compassionevole, arriva anche in Italia in questi giorni.

La nuova molecola si è rivelata efficace per i malati di Leucemia mieloide cronica (Lmc) in alcune fasi della patologia e per i pazienti con Leucemia linfoblastica acuta Philadelphia positiva, che ha un decorso più aggressivo della Lmc. In entrambe le tipologie il farmaco è riuscito a funzionare dove i malati avevano sviluppato resistenze o intolleranze ai farmaci comunemente utilizzati, o in caso di mutazioni particolari. Non parliamo di grandi numeri, per fortuna. Ma ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa mille nuovi casi di Lmc, e il sal-

do dei malati nel 2013 era di circa 7800 pazienti. Questo nuovo primo farmaco di Ariad, secondo il trial Pace su pazienti in fase cronica, permette all'80 per cento dei malati di avere una risposta positiva al farmaco dopo due anni di terapia. Per la Leucemia linfoblastica acuta Philadelphia positiva, poi, ponatinib «rappresenterà una nuova e validissima opzione di trattamento», spiega Fabrizio Pane, presidente della società italiana di Ematologia—spesso anzi l'unica alternativa. Per questi pazienti, infatti, vengono a mancare le opzioni terapeutiche dopo la perdita o la mancata risposta alla terapia iniziale. Ma come nasce ponatinib? «Facciamo esattamente l'opposto delle grandi aziende—racconta Tim Clarkson, presidente Ricerca e sviluppo—ovvero partiamo dalla molecola madre. L'obiettivo che vogliamo raggiungere, inserendoci dove ci sono spazi dovuti all'inefficienza delle terapie. Alla base della Lmc, per esempio, ci sono due proteine che si combinano male, così come nella variante Philadelphia positiva di sono due proteine mutanti. Ponatinib è un inibitore di queste due proteine, il più potente finora. Il cancro si evolve di continuo, sfuggendo e resistendo al farmaco, ma la struttura stessa di ponatinib evita nei pazienti trattati il subitico che si sviluppano possibili mutazioni». Il prossimo obiettivo di ricerca è il cancro al polmone non a piccole cellule: è in corso un trial che dovrebbe portare l'anno prossimo all'approvazione di un nuovo farmaco.



Seno Ieo

Lo stile di vita è importante ma anche una eventuale diagnosi precoce è la tempistica lo è. L'Istituto Europeo Oncologico (IEO) di Milano ha lanciato da tempo il "Programma di Senologia", una sorta di dipartimento costituito dall'insieme delle unità e delle divisioni medico-oncologiche che lavorano insieme per ottimizzare i processi di diagnosi, terapia e ricerca di base e clinica nello specifico della mammella. «A un anno dalla partenza di questa diversa strutturazione delle varie competenze medico-scientifiche, siamo nel pieno della fase operativa—afferma Alberto Luini, co-direttore del Programma Senologia—tutte le figure che ruotano attorno alla donna con un problema al seno sono in presa diretta tra loro attraverso discussioni e incontri multidisciplinari su casi che a loro volta vengono di visi per categoria ossia, tumori in situ, tumori in donne ad alto rischio genetico, tumori in donne anziane o giovani e così via. Il Programma rientra nel progetto delle breast unite». I tempi, dall'ingresso in Istituto, al sospetto, all'accertamento di diagnosi e alla scelta terapeutica, sono brevissimi, 6-7 giorni, l'esecuzione di un test genetico può richiedere 48 ore in più. Tra gli obiettivi del Programma di Senologia: semplificare il percorso diagnostico-terapeutico e favorire l'accesso delle donne con neoplasia mammaria all'interno di studi clinici. In più l'e-book "Senonlosi", di cui il dottor Luini è co-autore (scaricabile con meno di 1 euro). (m.p.salmi)

MELATONINA ACT

MELATONINA ACT INTEGRATORE ALIMENTARE

150 COMPRESSE

120 COMPRESSE

90 COMPRESSE

300 GOCCE

IL BUON SONNO A SOLI €9.90 IN FARMACIA

MELATONINA ACT FORTE 5 INTEGRATORE ALIMENTARE

VALERIANA ACT INTEGRATORE ALIMENTARE

VALERIANA ACT 125 mg INTEGRATORE ALIMENTARE

NOVITA' Da oggi anche in gocce

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Migrazione. Quasi otto ricoveri ogni cento avvengono fuori dalla Regione di residenza. Saldo attivo per Lombardia, Emilia, Toscana e Lazio. I bilanci negativi

Speranze di cura sempre di più in fuga dal Sud

MARIAPAOLA SALMI

LASCIANO la propria Regione perché le liste d'attesa sono lunghe, per strutture assistenziali inadeguate, o per sfiducia verso i professionisti e i servizi sanitari locali. O perché non sanno cosa c'è dietro casa. Sta di fatto che gli italiani detengono il primato Ue delle migrazioni per la salute. Non tanto, come in passato, verso paesi stranieri quanto verso Regioni diverse da quella di residenza.

In Italia il 7,5% dei ricoveri ordinari avviene fuori dalla propria Regione. Nel 2012, sono stati 800 mila gli italiani andati a curarsi lontano da casa. In un anno sono stati mobilitati per le cure extra-regione quasi 4 miliardi di euro (spesa generata tra il dare e l'avere tra Regioni) risorse quasi tutte spostate dal Sud verso il Nord con un aumento della spesa del 6% (250 milioni di euro). La geografia della mobilità sanitaria interregionale cambia: è il Sud delle fasce sociali abbienti a spostarsi per interventi di media-alta specialità. «I flussi migratori ci sono sempre stati ma gli ultimi dati ci dicono che sono in au-

Un forte calo in Sicilia dopo le limitazioni. Molto male Campania, Calabria e Puglia

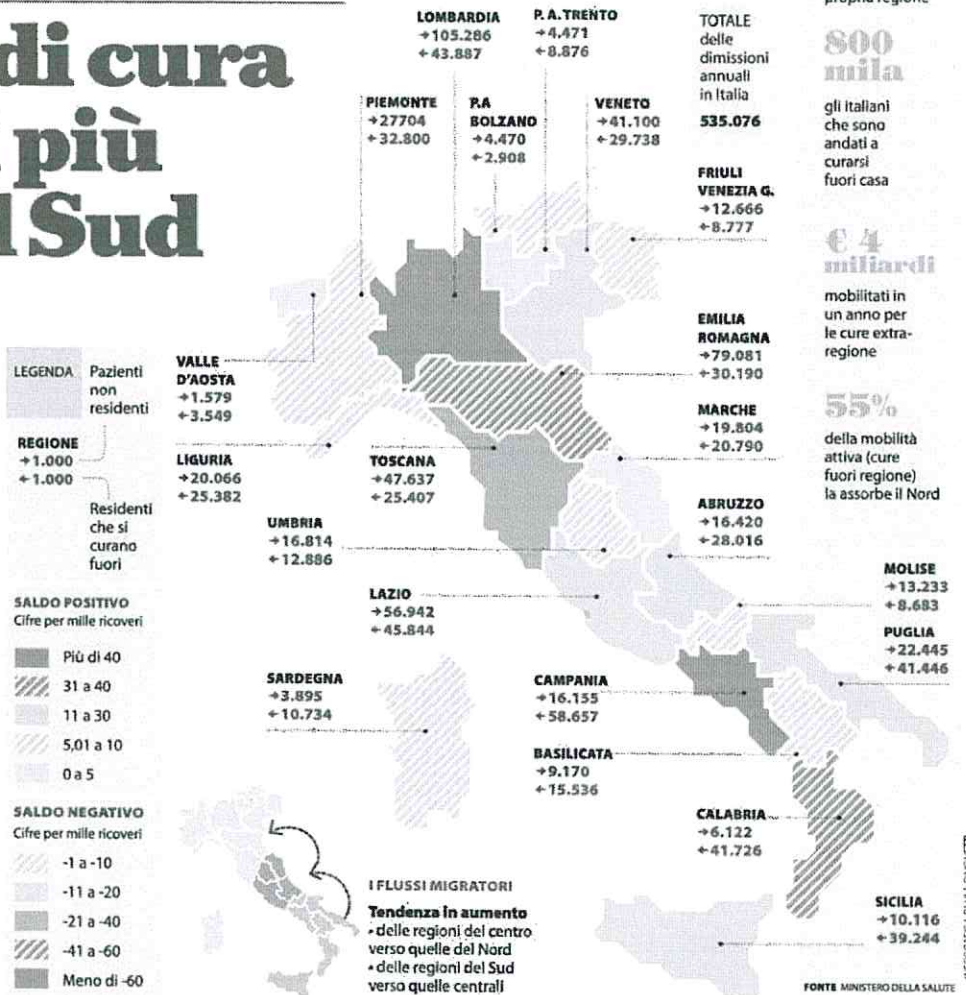
mento e che si va rafforzando la migrazione dalle regioni meridionali verso Roma e da quelle del Centro verso il Nord — dice Giovanni Fattore, direttore del Dipartimento di analisi delle politiche e management pubblico, CERGIS università Bicconi di Milano — l'unica eccezione è la Sicilia, in piano di rientro, che nell'ultimo biennio ha visto una flessione della mobilità (dal 16,4% al 6,7%) con l'introduzione di un regime di autorizzazione per i ricoveri fuori regione». Il Nord assorbe il 55,1% della mobilità attiva: in Lombardia sono stati 143 mila gli ingressi extra-regione con un saldo positivo di 76.367 pazienti; l'Emilia Romagna ha curato 111 mila pazienti di altre regioni con un saldo positivo di 67.194 assistiti. Il 27,1% della mobilità attiva si distribuisce al Centro, prima tra tutte Toscana con 70.000 assistiti e Lazio con 90.000. Al Sud tutte le regioni hanno un saldo negativo: dalla Campania sono fuggiti 82.000 pazienti, dalla Calabria 50.000, dalla Puglia 58.000, dalla Sicilia 49.000.

Meno drammatica la mobilità transfrontaliera: nel biennio 2012-2013 sono stati autorizzati 10.000 ricoveri, e i pazienti che vanno a farsi curare all'estero (Svizzera, Francia, Germania, Stati Uniti) sono più numerosi di quelli che arrivano da oltre confine. In euro, 157 milioni in uscita a fronte di 53 milioni in entrata. E la Direttiva europea che allenta i paletti della mobilità transfrontaliera, si presume, darà un notevole ulteriore impulso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PAZIENTI CHE SI CURANO FUORI REGIONE

Mobilità ospedaliera interregionale. Attività per acuti in regime ordinario, 2010



IL CASO.

E per denti estetica e oculistica si va all'Est

PASSAPORTO, macchina fotografica, souvenir e una dentiera nuova. È la valigia tipo del "turista sanitario". Gli italiani sono sempre di più: nel 2009 erano 20 mila, tre anni dopo 184 mila e nel 2013 si calcola siano stati oltre 200 mila. A favorire questa "fuga di pazienti" è la prospettiva di un risparmio fino al 50% sulle tariffe nazionali. Oggi sono sempre di più le piattaforme online: da Medigo (dove si può prenotare viaggio, alloggio e trattamento desiderato senza costi aggiuntivi) a WhatClinic, Novacorpus, Turismo-medico, il portale del turismo medico e, per chi volesse venire nel nostro Paese, Italian medical tourism.

Le cure più richieste sono, in odontoiatria, sbiancamento e dentiere, per l'oculistica oftalmologia, miopia e cataratta, e i trattamenti della chirurgia estetica. «Scelta sconsigliata» secondo Mario Pelle Ceravolo, presidente di Aicpe (Associazione chirurgia plastica estetica) per standard inferiori e per i controlli postoperatori. I dentisti dell'Andi (Nicola Esposito, segretario) fanno eco: «Questione di costi dei materiali». Lemete? Secondo Medigo, Thailandia per cure estetiche, Turchia per chirurgia laser, spopolano i paesi dell'est Europa (Romania, Ungheria, Polonia e Bulgaria) per quasi tutto.

(beatrice tomasini)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

STROMBOLI. Grazie ad uno smartphone la mamma s'è messa in contatto con un'amica medico a Palermo registrando il respiro del piccolo. Che adesso sta meglio

Il figlio curato dal pediatra con «what's app»

L'amara realtà delle isole Eolie, paradisi estivi che d'inverno diventano inferni: per la sanità, per i trasporti marittimi, per le attività commerciali e turistiche quasi tutte chiuse.

Bartolino Leone
STROMBOLI

●●● Nella vulcanica isola delle Eolie il pediatra non c'è e cura la bronchite del figlio con "what's app". La signora Carolina Barnao, nativa di Palermo che per amore si è trasferita a Stromboli ha reso nota la sua vicenda su "Facebook". "Stromboli, Italia - ha scritto - qui il pediatra non c'è, i bambini sì! Ho curato Tommaso da una brutta bronchite grazie a what's app, inviando la registrazione del suo respiro a un'amica pediatra! Viva la tecnologia, viva gli smartphone e soprattutto... Viva Delia Russo! Grazie dottoressa!". "Guardia medica e medico di base sull'isola - di-

ce la signora Barnao - sono tutti molto disponibili ma non sono pediatri. Il pediatra di base è a Lipari. Di mezzo c'è il mare e d'inverno è quasi sempre agitato e rimaniamo isolati dal mondo. Beh, sarebbe opportuno avere un pediatra sull'isola almeno periodicamente. Una volta ogni quindici giorni magari, quando i bambini stanno male e il tempo è brutto, diventa impossibile per noi partire e farli stare in giro magari solo per una visita di dieci minuti. Aggiungo che i medici di guardia medica non sono tenuti a visitare i bambini. Lo fanno perché sono disponibili ma a rigor di legge potrebbero anche rifiutarsi. Il che è paradossale. Dove sta il diritto alla salute dei nostri figli? Comunque, la cosa importante è che il mio piccolo adesso sta meglio, grazie alla mia amica, la dottoressa Delia Russo, dirigente medico all'unità operativa di oncematologia pediatrica "Armas" al civico di Palermo".

Questa dunque l'amara realtà delle



Grazie alla tecnologia è possibile curare a distanza

isole Eolie, paradisi estivi che d'inverno diventano inferni: per la sanità, per i trasporti marittimi, per le attività commerciali e turistiche quasi tutte chiuse soprattutto nelle isole minori. I problemi sanitari riguardano anche la maggiore isola delle Eolie: Lipari dove il punto nascita dell'ospedale continua ad essere chiuso e le mamme sono costrette a recarsi in trasferta a Messina, Milazzo o Patti e hanno anche rischiato di partorire in elicottero e in ascensore. Oramai nel nosocomio ad ogni minimo dubbio i sanitari richiedono l'intervento dell'elisoccorso del 118. Ci sono giorni che il velivolo arriva anche 3-4 volte. L'ultimo intervento - in ordine di tempo - si è reso necessario per la signora, A.A., di 81 anni. E' stata trasferita presso l'ospedale di Patti per un arresto sinusale. La paziente è stata stabilizzata al pronto soccorso dell'ospedale dai dottori Albano, Gagliano e Tripodo che si sono adoperati per salvare la vita all'anziana donna. Ma i me-

dici del pronto soccorso ospedaliero sono al collasso. Sono solo in tre su sette previsti in pianta organica. E in effetti, nelle ultime settimane è accaduto di tutto, anche perché di mezzo si è messo il mare agitato che bloccando i collegamenti non ha permesso il cambio dei turni dei sanitari. Addirittura, uno dei tre medici si è anche ammalato e il dottor Mario Pajno, direttore di dipartimento dell'azienda sanitaria, per sopprimere alla mancanza di colleghi, ha dovuto fare la guardia. A Lipari - tra l'altro - i medici non vengono volentieri e quando possono...fuggono. Recentemente nessuno ha accettato l'incarico e la graduatoria è scaduta costringendo di fatto i rimanenti sanitari a turni usuranti che possono determinare pericolo per l'utenza eoliana, considerato che sono sottoposti a notevole stress psicofisico e per questa situazione - non deve essere dimenticato - l'Italia è stata censurata da Strasburgo.

(P.L.)

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 gennaio 2015

Cura dell'infarto con onde elettromagnetiche: storia di un brevetto italiano fatto scadere dalla burocrazia

di Livio Giuliani, Dirigente di Ricerca Ssn, Direttore di dipartimento Ispesl (Inail)

Lo scorso luglio, il ministero della Salute ha finalmente finanziato la sperimentazione in vivo della cura dell'infarto mediante impianto di cellule staminali differenziate elettromagneticamente. La ricerca segue il successo ottenuto da ricercatori italiani dell'Ispesl, del Cnr e della Sapienza che per la prima volta al mondo sono arrivati a differenziare cellule staminali cardiache, prelevate in biopsia dal ventricolo sinistro del cuore di pazienti adulti consenzienti, mediante un differenziatore cellulare elettromagnetico inventato dagli stessi ricercatori Ispesl e Cnr e brevettato congiuntamente dai due Istituti. I risultati preliminari erano stati pubblicati nel 2008 dalla rivista scientifica americana *Electrom. Biol. Med.*, e quelli definitivi dalla rivista inglese, *Cardiovascular Research*, organo della società Europea di Cardiologia nel 2009.

Il brevetto è stato concesso in favore dei due enti pubblici l'11 settembre 2014 ed è stato premiato nella Start Cup 2010, promossa con il Cnr a Genova il 4 novembre 2010, ma il brevetto è scaduto il 30 aprile del 2012.

La storia. I ricercatori italiani, a cui presto si è associata il Premio Nobel francese per la Medicina, Luc Montagnier, lo stesso anno hanno concorso al Piano Ricerche Finalizzate 2009 del ministero della Salute, coordinati dal sottoscritto, all'epoca direttore dell'Ispesl e dalla dott.ssa Antonella Lisi del Cnr, proponendo una applicazione della biotecnologia messa a punto e nel frattempo arricchita con la microgravità, qualificandosi per il finanziamento congiunto del ministero della Salute e dell'Ispesl per 950mila euro, disposto il 9 giugno 2011. Il progetto prevede il differenziamento in cardiomiociti di cellule umane autologhe, prelevate da adulti infartuati; la loro coltura e proliferazione, la maturazione e il differenziamento con esposizione al campo elettromagnetico nel differenziatore cellulare magnetico - di invenzione italiana - in condizioni di microgravità; il loro reimpianto nel paziente per la rigenerazione del tessuto del miocardio, necrotizzato dall'infarto, con le nuove cellule miocardiche reimpiantate. La prima fase, preclinica, del progetto, quella oggetto del finanziamento del ministero della Salute e dell'Ispesl nel Piano 2009, prevede la sperimentazione su topi nudi, topi cioè con sistema immunitario soppresso, per consentire lo xenotrapianto delle cellule umane.

Il progetto che nel frattempo ha avuto successo negli Stati Uniti, all'Università di Washington, nell'aprile 2014, e all'Università di Pittsburg in agosto, è ancora di grande attualità, proprio per la specifica modalità di differenziamento mediante campi elettromagnetici, che consente la maturazione di cellule adulte autologhe, con il superamento perciò della barriera del rigetto e di quella etica che riguarda invece cellule embrionali.

È di tutta evidenza l'importanza di tale ricerca. Il Tribunale della Salute di Ancona ha osservato che il danno apportato al Servizio sanitario nazionale e al Paese, dal ritardo ormai quadriennale che è stato fatto subire ai ricercatori, impedendone l'avvio, è enorme.

Gli infartuati solo in Italia sono 81.000 l'anno (2009) e il 60% di loro incorre nella recidiva, la quale si conclude quasi sempre con l'esito. Quasi 50.000 morti l'anno che potrebbero essere salvati dalla medicina rigenerativa che la nostra ricerca vuole sviluppare. In Usa Lei Yang, la ricercatrice di Pittsburg, ha osservato che «ogni negli States, ogni 34 secondi una persona muore d'infarto». Malauguratamente, la quantomeno affrettata incorporazione dell'Ispesl nell'Inail, disposta con decreto legge a maggio del 2011, ha impedito fin qui la realizzazione della ricerca. All'Inail, la dirigenza amministrativa ha preteso di comandare anche sulla ricerca scientifica, nonostante la legge stabilisca esplicitamente che «la competenza della dirigenza amministrativa non si estende alla ricerca».

I dirigenti generali dell'Inail, una tra le caste più numerose e meglio pagate di dirigenti generali della Pubblica amministrazione, il cui costo annuo per l'Erario è nell'ordine dei 10 milioni di euro (per non parlare dei dirigenti di seconda fascia dell'ente), sebbene tutti laureati in legge o discipline affini, hanno ritenuto di poter decidere di non consentire che la sperimentazione avesse luogo. E i ricercatori, incluso il Premio Nobel Luc Montagnier (promotore della ricerca), hanno dovuto ricorrere al Tar, perché i ministeri vigilanti non hanno mosso un dito.

Una lunga vicenda. Il ministero della Salute aveva anzi risposto nel dicembre 2012, all'istanza dei ricercatori di erogare i fondi assegnati, dichiarando la propria impotenza davanti al fatto che il direttore generale dell'Inail non accettava di sottoscrivere la convenzione preliminare alla erogazione dei fondi. Il conseguente ricorso contro il

silenzio-rifiuto dell'Inail si è però arenato: con Ordinanza del 4 luglio 2014 il Tar Lazio - Sez. III ter – ha dichiarato che i ricercatori hanno un diritto soggettivo alla erogazione del finanziamento proclamato con la graduatoria del 2011 e che non sussiste dopo quella data potere discrezionale dell'amministrazione; conseguentemente hanno dichiarato la competenza del Giudice Civile. Qualche mese prima, a febbraio, il Gip di Roma Flavia Costantini, su istanza della Pm Maria Cordova che indagava per abuso d'ufficio, ha dichiarato che la materia era di competenza del Tar e lo stesso ha sostenuto il Pm Leopoldo De Gregorio di Firenze nel dicembre scorso nella istanza di archiviazione del fascicolo da lui aperto per abuso d'ufficio continuato a carico del presidente dell'Inail De Felice, del direttore generale Lucibello e altri. Entrambi i PM hanno sostenuto che non si è raggiunta la prova – invero a fronte di indagini limitate assai scarse – di una condotta intenzionale da parte di vertici dell'Inail. Ci si chiede allora perché gli stessi vertici hanno abbandonato, quasi di nascosto e senza informarne gli inventori, il brevetto del differenziatore cellulare elettromagnetico.

La disposizione è partita nell'aprile 2012 dall'Inail e nulla poteva fare il Cnr, non essendo previsto dal regolamento di contabilità dell'ente pagare la tassa di rinnovo brevettuale al posto di terzi. Hanno tentato una svolta il ministro della Salute Lorenzin e il Premier Matteo Renzi. Il ministro il 17 luglio scorso ha disposto l'erogazione della prima tranche del finanziamento che però si è arenato nelle casse dell'Inail, che l'ha incassato il giorno dopo. Ci ha provato il Premier Renzi che il 2 dicembre ha incaricato il suo segretario particolare di risolvere la vicenda. Questi si è rivolto al presidente dell'Inail: come rivolgersi all'oste per chiedere se il vino è buono. Una situazione degenerata, che impedisce uno dei risultati più brillanti della ricerca italiana. Il 10 dicembre scorso la Food and Drug Administration ha certificato il dispositivo Optune della Novocure come idoneo al trattamento dei tumori cerebrali anche in alternativa alla radioterapia. Oggi l'Optune viene noleggiato a ospedali e case di cura in tutto il mondo a 250.000 euro l'anno.

Si comprende perché in Italia la ricerca non decolli e i ricercatori italiani fuggano all'estero. Anche il sottoscritto è stato ora invitato dal Politecnico della Danimarca a Copenaghen. A Roma c'è una speranza. L'Istituto Giuliano Preparata che sta dando impulso a queste ricerche grazie all'impegno di imprenditori privati.

20 gennaio 2015

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 gennaio 2015

Formazione dei medici, Lenzi (Cun) conferma le anticipazioni de Il Sole 24 Ore Sanità: «Ecco che cosa cambierà»

Dalla riforma delle Scuole di specializzazione alla trattativa in corso sulla gestione del personale sanitario al tavolo ex art. 22 del Patto per la salute, come anticipato da Il Sole 24 Ore Sanità, per la formazione dei giovani medici è in cantiere una rivoluzione. Già a partire da quest'anno accademico, i neo-camici bianchi potrebbero vedere accorciato di un anno il loro percorso nelle scuole di specializzazione medica e, al termine di questo iter, verranno chiamati a fronteggiare un esame nazionale di certificazione per singola specialità. Sono alcune delle novità del decreto di riforma delle specializzazioni mediche, in dirittura d'arrivo dopo il via libera del Consiglio superiore di sanità (Css).

E altre novità sono allo studio anche sul fronte della formazione, con i neo-medici che potrebbero essere impegnati in corsia negli ospedali del territorio e non solo nei policlinici universitari. A illustrare i cambiamenti che si preparano per i giovani che aspirano alla carriera medica è Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale, nonché presidente della V sezione del Css: «Consiglio - spiega - ha espresso parere favorevole al decreto di riordino ed ora è attesa, a giorni, la firma da parte dei ministri dell'Università e della Salute».

I risparmi che si otterranno dalla riforma, rileva, «serviranno anche ad aumentare il numero delle borse per le scuole di specializzazione, oggi circa 5mila a fronte di circa 10mila laureati in Medicina l'anno». Da un lato, «accorciando la durata delle scuole - sottolinea - si risponde all'esigenza di realizzare un risparmio in tempi di crisi, ma dall'altro questa riforma è anche un'operazione di riorganizzazione dell'ordinamento attraverso un'operazione di qualità che ci permette di mantenerci in linea con L'Europa. In pratica, riduciamo la cilindrata, ovvero la durata delle scuole, ma aumentiamo i cavalli motore, ovvero la qualità del sistema».

Ma cosa cambierà, in dettaglio? Innanzitutto, afferma Lenzi, verranno accorpate alcune delle scuole e due verranno eliminate (Medicina aerospaziale e Neurofisiopatologia). In totale, le scuole passeranno dalle attuali 57 a 50 e per 30 di esse il percorso verrà accorciato di un anno: così, ad esempio, Psichiatria passerà da 5 a 4 anni e Chirurgia da 6 a 5 anni. Al termine, vi sarà un esame nazionale per tipologia medica, una sorta di «certificazione nazionale di qualità».

Ma a cambiare sarà anche il percorso per la formazione: gli specializzandi fanno già oggi pratica in corsia, ma principalmente nei Policlinici universitari. Con la riforma della formazione medica, secondo il ddl delega ex art.22 del Patto per la salute, l'idea è però quella di estendere tale pratica anche negli ospedali del territorio, all'interno di specifiche convenzioni e con meccanismi di accreditamento rigorosi, con le Regioni che si sono dette pronte a finanziare borse di studio per gli specializzandi.

Anche su questo punto si è ad una stretta, e domani è previsto un incontro al ministero della Salute per la stesura del testo definitivo. La proposta - che registra un giudizio "parzialmente positivo" da parte del maggiore dei sindacati medici, l'Anaa - è stata però criticata da presidi e docenti delle Facoltà di Medicina campani: «Diciamo sì all'implementazione della pratica negli ospedali - sottolinea Gabriella Fabbrocini, docente all'Università Federico II di Napoli - ma mantenendo gli standard di qualità». In altre parole, conclude, «va evitato il rischio che la formazione, anche su spinta delle Regioni, venga fatta solo, o nella gran parte, negli ospedali con l'obiettivo di andare a coprire i buchi di personale. Lo specializzando non può essere cioè il surrogato per le carenze di personale nelle Asl».

20 gennaio 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 gennaio 2015

Specializzazioni e tavolo ex art. 22, giudizio parzialmente positivo dell'Anaaio sul doppio percorso

L'Anaaio esprime un "giudizio parzialmente positivo" sui percorsi di riforma allo studio per le specializzazioni mediche e per l'iter formativo dei

giovani medici. «Il decreto di riordino delle scuole di specializzazione - afferma Domenico Montemurro, responsabile nazionale Settore

Anaaio Giovani - dovrà inserirsi nel solco del combinato disposto di due bozze in fieri che, all'art 22 del Patto della Salute, trattano di formazione medica. Si prevede finalmente una formazione affidata ad un sistema misto Università/Ssn con un biennio ultimo di contratto formazione-lavoro nella rete formativa».

Le reti formative regionali, sottolinea, «devono prevedere anche ospedali accreditati in modo che il medico in formazione abbia una preparazione pratica a complessità crescente» e «il ruolo delle Regioni dovrebbe essere compartecipato alla spesa dei contratti di formazione-lavoro con oneri riflessi, questo al fine di garantire attraverso un gettito economico continuo un futuro previdenziale ai giovani medici».

Si potevano però «eliminare - conclude Montemurro - scuole a cui non sono stati negli ultimi anni assegnati contratti e inserirle come insegnamenti in scuole affini e trasformare alcune specialità in master di II livello, guardando agli sbocchi occupazionali delle stesse».

20 gennaio 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 gennaio 2015

Sondaggio Ois: polizze alle stelle e 30mila denunce. I medici chiedono un intervento sulla responsabilità

di Ernesto Diffidenti

Oltre 30mila denunce nel 2014, il triplo rispetto a dieci anni fa: ormai, l'80% dei medici ha paura di una richiesta di risarcimento danni da parte dei pazienti. È quanto emerge da un sondaggio realizzato dall'Osservatorio internazionale della sanità (Ois) e presentato oggi a Roma secondo cui il 15% dei medici negli ultimi dodici mesi ha avuto una controversia legale. Un fenomeno in crescita esponenziale che ha già spinto quasi nove medici su dieci a stipulare una polizza ancora prima che le legge Balduzzi la rendesse obbligatoria. Ma si tratta di contratti onerosi soprattutto per gli under 35 e soprattutto per ortopedici, ginecologi e chirurghi estetici. I costi di una polizza, ha spiegato il presidente dell'ordine dei medici di Roma, Roberto Lala, infatti, possono variare da 300 a 25mila euro.

«I risultati del sondaggio non ci stupiscono – sottolinea Dario Focarelli, direttore generale dell'Ania, l'associazione che rappresenta le compagnie assicurative –. Serve un intervento organico sulla materia che definisca i contorni della responsabilità dei medici in modo coerente con il codice civile». Ma non solo. Il direttore dell'Ania sollecita anche l'approvazione delle tabelle per la quantificazione del risarcimento (sono in stand by anche quelle relative alla responsabilità civile degli automobilisti) e l'introduzione del risk management nelle strutture sanitarie.

Anche per il presidente dell'Ordine dei medici di Roma è tempo di mettere mano alla riforma del settore. «Anche il concetto di medicina difensiva è superato - sottolinea Lala - e ormai siamo alla "medicina astensiva", in base alla quale il medico di una struttura privata trasferisce al pubblico, dove l'assistenza è obbligatoria, i casi più rischiosi».

Secondo il sondaggio Ois, infatti, il 78,9% dei camici bianchi intervistati via web è preoccupato di incorrere in una controversia «pretestuosa» con l'assistito. «La paura del professionista – continua Lala – non è per l'errore ma per il fatto di essere accusato ingiustamente». Così per il 72,2% dei medici è necessario tutelarsi con una polizza comprensiva della tutela legale completa.

Per il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha inviato un messaggio all'Ois «è arrivato il momento di intervenire sui temi delle troppe denunce subite dai medici, sulla malpractice e la cosiddetta medicina difensiva». Per il ministro «l'allarmante incremento del numero dei contenziosi in ambito sanitario registrato negli ultimi anni impone oggi una risposta seria sia ai cittadini che subiscono danni derivanti da malpractice, sia ai professionisti che devono poter esercitare serenamente la propria attività». Sul tema, spiega il sottosegretario Vito De Filippo, i lavori parlamentari stanno procedendo. «I disegni di legge in Commissione sul tema - sottolinea – stanno trovando in questi giorni una definitiva sintesi con un testo base che è necessario per una veloce conclusione parlamentare che sosterrà anche il ministero con il suo lavoro».

20 gennaio 2015

P.I. 00777910159 - © Copyright Il Sole 24 Ore - Tutti i diritti riservati

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | [Chiudi](#)

20 gennaio 2015

Le Asl fanno il pieno di consulenze: nel 2013 spesi 226 milioni di euro

di Ernesto Diffidenti

Il budget degli incarichi conferiti a pubblici dipendenti, consulenti e collaboratori esterni è in continua riduzione ma di certo non resta a secco continuando ad alimentare vere e proprie oasi nel deserto creato dalla spending review.

Così, secondo la relazione spedita al Parlamento dal ministro Madia, la "bolletta" della pubblica amministrazione per le consulenze esterne nel 2013 è stata di 737,8 milioni, il 10,6% in meno del 2012 con una riduzione della spesa di 88 milioni. Mentre gli incarichi ai dipendenti sono costati 206,7 milioni (-10,1%, in calo di 23,5 milioni). In tutti i comparti si è registrata una tendenza alla riduzione dei compensi per incarichi a partire dalla sanità (-19,21%), seguita dalla scuola (-16,52%) e, infine, dalle Regioni (-15,26%).

Il budget si riduce - Per la prima volta, secondo la relazione sul 2013 inviata al Parlamento dal ministro della Pubblica amministrazione, Marianna Madia, il conto è sceso sotto la soglia del miliardo di euro, a 944,5 milioni, con un risparmio sul 2012 di 112 milioni e addirittura 712 milioni rispetto al 2011 quando la spesa viaggiava fuori controllo a 1,65 miliardi.

Secondo il rapporto, dunque, nonostante l'incremento dei dipendenti pubblici cui sono stati conferiti incarichi (+15,19%), il totale dei compensi erogati è diminuito ulteriormente del 10% circa, confermando la tendenza già evidenziata nel 2012 (-36,14%).

La spesa per dipendente - In media, sono stati liquidati 1.273,38 euro per dipendente (a fronte di 1.358,57 euro e 1.466,72 euro liquidati rispettivamente nel 2012 e nel 2011, con una variazione sostanziale del -6,27%, rispetto allo scorso anno, cui va aggiunta una ulteriore variazione del -7,37% rispetto al 2011) e 3.844,50 euro per consulente o collaboratore esterno (a fronte di 3.981,35 euro e 4.565,42 euro liquidati rispettivamente nel 2012 e nel 2011, con una variazione del -3,44% rispetto al 2012, cui va aggiunta una ulteriore variazione del -12,79% rispetto al 2011).

Il record della sanità - Una cospicua parte (30,68%) di tutti i compensi destinati al pagamento di consulenti e collaboratori esterni sono stati liquidati dalle amministrazioni appartenenti alla sanità (oltre 226 milioni di euro) che hanno erogato, altresì, in favore dei dipendenti compensi per oltre 42 milioni di euro (20,32% del totale).

Le rilevazioni del rapporto-Madia hanno coinvolto circa 10mila amministrazioni per quanto concerne gli incarichi conferiti a dipendenti e quasi 18mila per gli incarichi conferiti a consulenti e collaboratori esterni per un totale di 600mila incarichi conferiti a più di 300mila addetti.

La mappa delle consulenze - La maggiore concentrazione di dipendenti incaricati è collocata nel Lazio (19,48%), Lombardia (10,81%), Veneto (7,97%), Emilia Romagna (7,22%), Sicilia (6,83%), Piemonte (6,48%), Puglia (5,92%) e Campania (5,87%). Di contro, le amministrazioni localizzate in Abruzzo e Umbria, come negli anni precedenti, hanno registrato un basso numero di dipendenti ai quali sono stati conferiti incarichi, mentre la Basilicata, il Molise e la Valle d'Aosta hanno registrato percentuali di dipendenti ai quali sono stati conferiti incarichi rispettivamente dell'1,11%, dello 0,60% e dello 0,33 per cento.

Per quanto riguarda il personale esterno si conferma il dato rilevato negli anni precedenti, ossia che la maggior parte dei consulenti e collaboratori esterni ha ricevuto l'incarico da amministrazioni localizzate in Lombardia (16,52% del totale del personale incaricato); seguono quelle localizzate nel Lazio (14,78%), in Veneto (8,60%), in Emilia-Romagna (8,42%) e in Toscana (7,32%). Le amministrazioni localizzate in Abruzzo (1,90%) e Umbria (1,52%) hanno registrato il numero più basso di consulenti e collaboratori esterni.

[LEGGI IL SERVIZIO COMPLETO SU IL SOLE 24 ORE SANITA' N.2/2015](#)

20 gennaio 2015