



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

3 FEBBRAIO 2015

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

«Antonio Perino non si tocca»

SANITA'. L'azienda "Villa Sofia"-Cervello punta tutto sul ginecologo che coordinerà l'attività di Eterologa

ANTONIO FIASCONARO

«Il prof. Antonio Perino non si tocca. Rimane con noi e sarà lui a coordinare a livello provinciale l'attività di Eterologa».

In sintesi è questo l'orientamento della direzione strategica dell'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello" guidata dal manager Cerasio Venuti.

Com'è noto, da qualche settimana il prof. Antonio Perino ha trasferito "armi e bagagli" dall'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico universitario all'unità operativa omologa dell'ospedale "Cervello", grazie ad una convenzione tra Università e la direzione dell'azienda ospedaliera di viale Strasburgo.

A tal proposito c'è da dire che sul trasferimento di Perino all'ospedale "Cervello" e soprattutto sulle modalità hanno fatto ricorso al Tar due sindacati e un

medico specialista: l'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani (Aogoi) e la Federazione medici ospedalieri (Fesmed), e un medico specialista - sanitario ospedaliero avente i titoli per aspirare a tale direzione per concorso - (Giuseppe Bonanno dell'azienda ospedaliera di Ragusa).

«Sarebbe illegittimo l'affidamento senza concorso dell'incarico di responsabile di unità operativa a professori e ricercatori universitari». Lo sostengono, appunto i due sindacati e il medico specialista.

L'incarico fa riferimento a una convenzione del 2009 tra la Regione Sicilia e il Policlinico "Giaccone". Secondo gli avvocati Guido Corso e Roberto Righi, la procedura di assegnazione diretta di incarichi va riferita «soltanto alle aziende ospedaliere universitarie vere e proprie per la copertura dei posti dei sani-

tari apicali senza concorso».

Sulla vicenda, nei giorni scorsi c'è stato un vertice all'assessorato alla Salute alla quale ha preso parte la Regione (assessorato alla Salute), l'Università, il Policlinico e naturalmente anche l'azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello".

Vertice che proseguirà con un'altra riunione in programma giovedì mattina ancora una volta in piazza Ottavio Zino, dopo che lo stesso assessorato ha chiesto un parere giuridico all'Avvocatura dello Stato.

Insieme al prof. Perino all'ospedale "Cervello" si sono trasferiti una biologa e un altro ginecologo del Policlinico e a giorni dovrebbe essere operativo anche il "pool" per l'Eterologa composto da Università, Asp (ospedale Ingrassia) e azienda ospedaliera "Villa Sofia-Cervello".



IL PROFESSORE ANTONIO PERINO

DITELLO A RGS. I tempi di attesa per il controllo andavano oltre la media dell'azienda e il manager Antonino Candela si era impegnato a ridurli: «Ora abatteremo le liste»

Nuovo ecografo, esami alle arterie più veloci

► A Villa delle Ginestre un ambulatorio dell'Asp 6 con l'Ecocolor doppler, dedicato a prevenzione e cura di ictus e trombosi

L'ambulatorio sarà attivo in via Castellana 145 nei giorni dispari: ci si può prenotare al «Cup» o telefonando a un numero verde. Candela: quasi 900 mila le prestazioni offerte in generale dall'azienda nel 2014

Salvatore Fazio

Lo aveva annunciato intervenendo a Ditelto a Rgs: «Per eliminare le ultime liste di attesa presto avteremo un nuovo ecografo», aveva detto il 16 gennaio il direttore generale dell'Asp 6, Antonino Candela. Ieri è entrato in funzione a Villa delle Ginestre, in via Castellana 145, un nuovo ambulatorio per effettuare l'Ecocolor doppler dei tronchi sovraortici (Tsa), unico esame, ha detto Candela, per il quale i tempi d'attesa all'Asp sono di 15 giorni oltre il limite previsto. Il controllo serve per verificare lo stato dei vasi, prevenire le trombosi, curare l'ictus (vedere la scheda a fianco) serve in particolare per i pazienti a rischio come ipertesi e diabetici.

L'ambulatorio è attivo tre volte alla settimana: il lunedì dalle 9 alle 12.30, mentre mercoledì e venerdì dalle 9 alle 11.30. Gli esami sono prenotabili attraverso gli sportelli Cup, il centro unificato di prenotazione dell'azienda, oppure telefonando al numero verde 800098739. «Lo scorso anno», spiega il direttore generale — sono state complessivamente 863.231 le prestazioni ambulatoriali garantite nelle strutture degli 83 Comuni di competenza dell'Asp 6, comprese quindi le isole di Ustica, Lampedusa e Linosa. L'unica criticità rimasta riguardava l'Ecocolor doppler Tsa, con tempi d'attesa per l'esame programmato di 15 giorni superiore a quanto previsto. Con l'attivazione di un altro ambulatorio dedicato a Villa delle Ginestre, contiamo di abbattere le liste d'attesa».

Candela ha sottolineato che «fino



Il direttore dell'Asp 6, Giuseppe Noto, il direttore della Radiodiagnostica Elio Bennici e il manager Antonino Candela

COSA È IL «TSA» Serve per vedere le lesioni dei vasi Dura 20 minuti

L'Ecocolor doppler Tsa è un esame, in tutto simile a una normale ecografia e della durata di circa 20 minuti, utilizzato per studiare e monitorare arterie e vene che nutrono le strutture del capo e per la diagnosi delle malattie cerebrovascolari. Consente di riconoscere le lesioni aterosclerotiche (placche), le stenosi e il loro evolversi e viene effettuato per escludere la presenza di trombosi venose. L'esame si fa a pazienti colpiti da ictus o Tia, attacco ischemico transitorio, oltre che per la diagnosi di aneurisma e per ipertesi, diabetici o con problemi di ipercolesterolemia.

allo scorso anno le criticità maggiori riguardavano alcune delle branche specialistiche di maggior afflusso della gente, come cardiologia ed urologia o esami come la mammografia clinica e l'ecocolor doppler dei tronchi sovraortici. Abbiamo lavorato su due direzioni, aumentando di 110 ore l'attività degli specialisti ambulatoriali ed ampliando l'offerta con l'apertura al territorio di strutture come Villa delle Ginestre che, adesso, garantisce all'esterno prestazioni di cardiologia, terapia antalgica, fisioterapia, diabetologia, medicina interna, chirurgia e pneumologia».

Inoltre Candela ha evidenziato che le difficoltà riguardavano le visite programmate che, per esami come la mammografia clinica e l'ecocolor doppler, andavano oltre i 200 giorni. Fino a novembre scorso i tempi d'attesa per quest'ultimo esame erano di 250 giorni. Candela a Ditelto a Rgs aveva

detto che c'erano problemi per i tempi di attesa dell'ecocolor: «Se per gli esami che il medico di famiglia indica con la lettera B, e cioè "breve", da effettuarsi entro 10 giorni, la prima disponibilità utile è per il 29 gennaio al Poliambulatorio di Largo Pozzillo — aveva detto il 16 gennaio — per la P, "programmata entro 180 giorni", i tempi sono di poco più lunghi, cioè di 194 giorni, con la prima disponibilità il 31 luglio, presso il presidio territoriale di assistenza Guadagna».

Il manager dell'Asp aveva spiegato che l'Asp stava valutando due ipotesi: «Aumentare il monte-ore degli specialisti ambulatoriali interni oppure rivolgerci ai privati convenzionati, con l'inserimento nelle agende Cup di nuove disponibilità». Adesso, con il nuovo ambulatorio, l'Asp punta ad abbattere anche queste liste d'attesa. (SAFAZ)

POLICLINICO/1. L'équipe di Ortopedia ha risolto la frattura alla gamba di una nonnina che era caduta in casa

Intervento al femore a 100 anni: è in riabilitazione

Una centenaria è stata operata al Policlinico per una frattura al femore. Un intervento chirurgico molto delicato, vista soprattutto l'età della paziente, ma che è perfettamente riuscito ed è stato eseguito dall'équipe guidata dal direttore dell'unità operativa complessa di Ortopedia, il professore Michele D'Arienzo.

L'anziana, ricoverata giovedì, è stata operata il giorno dopo e ha già iniziato la fisioterapia di riabilitazione: presto potrà tornare a casa. Tutto in pochissimi giorni, con riduzione del ricovero per il paziente e delle spese sanitarie. L'intervento per ricomporre la «frattura basicervicale» al femore ha scongiurato molte com-

plicazioni: negli anziani infatti la rottura del femore, se non viene trattata adeguatamente, è una delle principali cause di morte.

La paziente, che gode di buona salute, mentre era in casa era caduta per terra perché le è scivolato il bastone a cui si appoggiava. Il numero di queste fratture, spiegano dal reparto, è in continuo aumento, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, tanto da rischiare di compromettere buona parte dei sistemi di assistenza sanitaria, ormai alle prese con l'aumento dei costi. Queste fratture, estremamente comuni, riguardano in modo caratteristico due tipi di individui: l'adulto,



Il professor Michele D'Arienzo

molto più raramente, per traumi perlopiù dovuti ad incidenti stradali, sul lavoro o durante attività sportive; l'anziano, con maggior frequenza, soprattutto per cadute. Soprattutto le donne sono predisposte a questo tipo di lesioni, a causa dell'osteoporosi che indebolisce il tessuto osseo, riducendone la massa, in particolare a livello del collo femorale. Negli anziani l'intervento si prefigge la ripresa della deambulazione nel minor tempo possibile, onde evitare i rischi correlati all'allettamento prolungato: malattia trombo-embolica, infezioni delle vie urinarie, polmoniti postoperatorie, piaghe da decubito.

(SAFA)

POLICLINICO/2. I pm avevano chiesto l'archiviazione, ma il giudice aveva accolto l'opposizione dei familiari

Donna operata morì otto anni fa La prescrizione cancella il processo

La battaglia è stata lunga quanto inutile: a sette anni e mezzo dalla morte di Giovanna Campisi, il Gup Guglielmo Nicastro non ha potuto fare altro che constatare anche lo spirale del procedimento nei confronti di Giuseppe Modica, uno dei quattro imputati dell'omicidio colposo della donna, originaria di Marone. La sentenza chiude uno dei due filoni del processo, ma l'altro ha pure il destino segnato: è in dibattimento, davanti alla terza sezione del tribunale, alla

quale, il 17 marzo, non resterà altro che dichiarare la prescrizione anche nei confronti degli altri tre imputati, i chirurghi Carmelo Sciumè e Filippo Ruscignuolo e l'infermiere Simone Maggio. Modica era coinvolto invece come primario dell'Unità operativa di Chirurgia generale ad indirizzo toracico.

La «profonda amarezza» dei familiari, per il *non esito* del processo è stata espressa dall'avvocato Domenico Lo Vasco, legale delle «persone of-

fese». Il legale ha chiesto, in una lettera indirizzata al Gup Guglielmo Nicastro, che ha emesso la sentenza di proscioglimento per Modica, e al presidente del Tribunale, Leonardo Guarnotta, di voler sollecitare la «conduzione di un'attenta indagine, da parte della competente magistratura e del Csm», per accertare le cause dei ritardi. Sia Nicastro (che si è occupato del caso solo in questa ultimissima fase) che Guarnotta non hanno responsabilità alcuna.

Il rinvio a giudizio era arrivato a giugno scorso: ma Giovanna Campisi era morta a 67 anni al Policlinico, dopo un'operazione alla tiroide, il 23 luglio 2007. Era stata per quattro mesi in coma, dopo avere subito l'intervento, e non aveva più ripreso conoscenza. La Procura aveva chiesto l'archiviazione, ma il Gup Giuliano Castiglia aveva ordinato nuove indagini: i pm a quel punto, dopo perizie e controperizie, avevano cambiato idea e chiesto il rinvio a giudizio. L'accusa sostiene che i medici non prestarono alla Campisi le cure adeguate nella fase post-operatoria e due degli imputati (Sciumè e Ruscignuolo) avrebbero pure falsificato le carte. Per loro il Gup aveva ordinato di formulare l'imputazione. (P&R) R.A.E.

IN BREVE

● Cefalù Ospedale, Midiri ritorna a dirigere la Radiologia

Torna a guidare la Radiologia del San Raffaele Giglio di Cefalù il professore Massimo Midiri (a lato), ordinario al Policlinico di Palermo dove dirige il Dipartimento di scienze radiologiche. «Persona di elevate qualità professionali e organizzative con cui - ha detto il direttore generale Vittorio Virgilio - intraprenderemo una nuova azione di rilancio, già avviata con il precedente coordinatore Giovanni Albano». Midiri dal canto suo ha invitato il personale a «fare sistema». (foto Gisa-GISA)



L'OMS «STRIGLIA» L'ITALIA ALLARME MORBILLO E ROSOLIA

di Salvatore Fazio

VACCINAZIONI CROLLO PER QUELLE DESTINATE AI PICCOLI: MAI COSÌ INDIETRO



1

L'ORGANIZZAZIONE HA CHIESTO UN INCONTRO URGENTE COL MINISTRO LORENZIN: LONTANI GLI OBIETTIVI DI COPERTURA PER LE DUE MALATTIE

È un quadro preoccupante quello che emerge dai dati del ministero della Salute relativi al 2013 e pubblicati dall'Istituto superiore di sanità (Iss), che evidenziano come le vaccinazioni pediatriche obbligatorie raggiungono il livello più basso degli ultimi 10 anni. In calo sono tutte le vaccinazioni ed in particolare il morbillo, nonostante il 2015 sia il termine ultimo fissato dall'Oms per eliminare questa malattia in Europa. Dall'antitetanica all'antipolio, nel 2013 la copertura tra i piccoli entro i due anni ha registrato una diminuzione che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha definito un «serio problema di sanità pubblica». Ed in calo è anche la vaccinazione, consigliata, contro il morbillo, tanto che gli esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) hanno richiesto un incontro urgente a Lorenzin.

L'Italia è in ritardo, denuncia l'Associazione mondiale per le malattie infettive e i disordini immunologici (Waidid), dopo un incontro a Copenhagen dell'Oms per fare il punto sulla campagna di vaccinazioni nell'Unione europea. I dati italiani, rileva Waidid, «risultano ancora incompleti e per questo l'Oms, ha chiesto un incontro urgente con il ministro della Salute a marzo».

Il punto, avverte l'Iss, è che il «mantenimento di coperture elevate è fondamentale per prevenire epidemie ed evitare che si ripresentino malattie che sono state eliminate in Italia. È con preoccupazione quindi che si nota - sottolinea l'Istituto - una flessione delle coperture medie nazionali per quasi tutte le vaccinazioni».

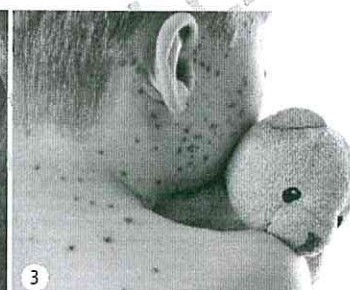
I dati del ministero si riferiscono alle coperture vaccinali a 24 mesi d'età, relative al 2013 (coorte di nascita 2011) e riguardano la maggior parte delle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente alla popolazione, secondo il Piano nazionale della prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014, ovvero poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae b, morbillo, parotite e rosolia. Tra queste, le prime 4 sono considerate vaccinazioni obbligatorie.

L'andamento «in netta diminuzione delle coperture a 24 mesi», rileva l'Iss, «rende indispensabile interventi urgenti». In particolare, la vaccinazione esavalente (offerta ai bimbi entro un anno e che copre difterite, tetano, pertosse, epatite B, po-

liomielite ed emophilus B) registra un calo delle coperture, più o meno accentuato rispetto al 2012, in quasi tutte le regioni. In Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise e Calabria si registra un calo di oltre 1,5 punti percentuali nelle coperture per polio, difterite, tetano, pertosse ed epatite B. Inoltre, in otto Regioni, che complessivamente hanno una popolazione target pari al 26% del totale, le coper-



2



3



4

1. Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. 2. Una bimba si sottopone alla vaccinazione. 3. Un bambino con il morbillo. 4. Il morbillo in età adolescenziale può avere fastidiose complicanze

PARLA L'ESPERTO. Pino Montalbano, specialista in malattie infettive: «Alcuni genitori credono che certe malattie, come la poliomielite, non esistano più»

«TROPPI FALSI PRECONCETTI SULLA PERICOLOSITÀ DEI VACCINI»

«Purtroppo molti genitori pensano che alcune malattie non esistano più e per questo motivo non vaccinano i loro figli». Così il pediatra Pino Montalbano, specializzato in Malattie infettive, consigliere dell'ordine dei Medici di Palermo, ed ex presidente della Federazione pediatrica della Sicilia, spiega il calo di vaccinazioni pediatriche comunicato dall'Istituto superiore di sanità. Per Montalbano è anche colpa delle «false campagne mediatiche che danno voce a chi parla di grandi rischi dei vaccini, rischi che in realtà non esistono».

●●● Dottor Montalbano, quale potrebbe essere il motivo del calo delle vaccinazioni in Italia segnalato dall'Organizzazione mondiale della sanità?
«Nell'immaginario collettivo alcune malattie, per esempio la polio-

mielite, non esistono più e così ci sono genitori che credono non sia necessario vaccinare i propri figli. Ma la storia conferma che ogni volta in cui si abbassa la guardia nella vaccinazione, si scatenano pericolose epidemie. Per esempio nel 1992 in Olanda una comunità religiosa rifiutò la vaccinazione antipolio e si registrarono una settantina di bambini rimasti paralizzati e due morti. La verità è che batteri e virus circolano sempre ma se non ci sono epidemie è solo perché esiste una vaccinazione con una copertura adeguata».

●●● In Sicilia la situazione qual è?

«Siamo all'avanguardia. Per molte vaccinazioni siamo stati tra le prime regioni a muoverci. Aggiungiamo alcuni Stati hanno adottato il nostro calendario vaccinale. Prima andavamo benissimo. Ma anche adesso



Pino Montalbano (Foto SAFAZ)

siamo messi bene. Il calo nella nostra Isola è comunque limitato».

●●● Ci sono resistenze da parte dei genitori?

«Il problema che si presenta più spesso negli studi dei pediatri e negli ambulatori è quello della ritrosia di alcuni genitori: spesso dobbiamo fare una lunga opera di convincimento perché si presentano con false notizie, magari apprese su internet senza verificare la fonte. Così dobbiamo ogni volta spiegare e far capire l'importanza della vaccinazione. Ormai ho 40 anni di esperienza. E ricordo che quando iniziai, andando in reparto, c'erano tra i 5 e gli 8 bambini in terapia per meningite. Adesso, quando c'è un solo caso, finisce in prima pagina e si propaga un allarme ingiustificato e dannoso. Ma proprio in questo settore la sanità funziona e si sono fatti gran-

dissimi passi in avanti proprio grazie alle vaccinazioni».

●●● C'è chi teme che i vaccini non siano sicuri...

«Sì. Purtroppo c'è chi ancora lo pensa. E certe campagne mediatiche

In Sicilia comunque la situazione è buona, il nostro calendario è all'avanguardia

non ci aiutano. Per esempio pensiamo ai vaccini contro il morbillo. Siamo ad una copertura del 95 per cento. Si dovrebbe arrivare al 98 per cento. C'è questo 5 per cento che crea un "bacino" che potrebbe pro-

vocare problemi. Ci sono molte complicanze del morbillo. Meningite, encefalite e sordità in un caso su mille sono tra queste complicanze. Mentre le complicanze negative della vaccinazione sono appena un caso su un milione. E questo purtroppo non viene diffuso su larga scala, la gente non lo sa. Inoltre, ogni buon medico fa una buona anamnesi studiando il passato di ogni paziente. Se scopre che ci sono state per esempio - reazioni allergiche, evita alcune terapie o le effettua prendendo precise precauzioni. Come per chi dice che i bambini si possono curare con terapie omeopatiche: anche in questo caso è fondamentale ricordare che occorre vaccinarli perché si creano dei "bacini" che non hanno avuto copertura e che potenzialmente possono provocare l'insorgere di epidemie».

(SAFAZ)

SANITÀ. Anche i papà riceveranno aiuto e consigli. Incoraggiato l'allattamento al seno: «Raggiunti picchi del 70 per cento, ma bisogna dare sostegno a chi lo sceglie»

Il Civico apre un ambulatorio per il post parto

● La nuova struttura con ostetriche e psicologhe affronterà i problemi delle neo mamme, da quelli clinici alla depressione

Nel centro, che sarà aperto il venerdì a partire dalla settimana prossima, opereranno anche volontari e mediatori culturali per le donne straniere. Al Civico ogni anno oltre duemila parti.

Monica Diliberti

●●● Un ambulatorio dedicato esclusivamente ai problemi del «post partum». Si chiama «Raccontami mamma» e sarà attivo, dalla prossima settimana, nel reparto di Ostetricia e ginecologia dell'Amas-Civico. Ostetriche e psicologhe saranno accanto a chi ha appena partorito per affrontare alcuni problemi che possono presentarsi dopo il parto: depressione, questioni relative all'allattamento, disturbi del pavimento pelvico. Un modo, insomma, per affiancare le neo mamme in un momento meraviglioso, ma anche complesso.

«L'impatto con la nuova realtà — dice Luigi Alio, direttore dell'Unità operativa di Ostetricia e ginecologia — può essere veramente difficile. Ecco perché abbiamo deciso di aprire questo ambulatorio: per non lasciare le mamme da sole. Era un anello mancante e l'abbiamo istituzionalizzato». «Quando nasce un bimbo — sintetizza perfettamente l'ostetrica Sonia Sanfilippo — tutta l'attenzione è su di lui. A volte, non si chiede alla mamma neanche come sta».

Il merito di questo ambulatorio — afferma il ginecologo Luciano Raineri — è quello di abbattere alcuni tabù

che molte donne ancora hanno, ad esempio disturbi della minzione che possono comparire dopo il parto, disfunzioni sessuali oppure la scelta di un nuovo contraccettivo. Spesso, sono molto sole».

Secondo alcuni studi, in Italia il 20-30 per cento delle puerpere va incontro a depressione post partum, un disturbo comune, provocato da normali scompensi ormonali e cause psicologiche, ma che non va sottovalutato. «Ci sono moltissime forme di depressione strisciante, silente, che non vengono alla luce subito, ma che vanno prevenute, prima di arrivare a conseguenze molto gravi. Campanelli d'allarme sono disinteresse, senso di inadeguatezza, ansia, difficoltà di rapporto col bambino», dichiara la psicologa Rosa Maria Ian-

I GINECOLOGI: «SPESSE L'ATTENZIONE È SOLO PER I BIMBI E I GENITORI VENGONO TRASCURATI»

nitto. Il rischio di depressione viene già monitorato durante i corsi preparati, con questionari volti a capire lo stato d'animo e di salute generale della donna. «Al Civico facciamo 2 mila parti all'anno — aggiunge il professor Alio —; già in 48 ore di degenza in ospedale ci accorgiamo se ci sono segnali premonitori di depressio-



Lo staff del nuovo ambulatorio del Civico: Simona Lo Dico, Ilenia Barraco, Rosaria Amato, Luciano Raineri, Rosa Maria Iannitto, Valentina Giampaolo, Luigi Alio, Sonia Sanfilippo, Stefania Torrasì, Cettina Crisafi (FOTO: FENIX)

ne. Ad esempio, quando la neo mamma ha paura di voler tornare a casa».

L'ambulatorio, che sarà attivo il venerdì, è aperto a tutte le donne, non solo a quelle che hanno partorito al Civico. Psicologhe e ostetriche (in alcuni casi si tratta di volontarie) insieme con un mediatore culturale per le straniere, lavoreranno fianco a

fianco per poter sciogliere dubbi e riserve. «Puntiamo molto sull'allattamento al seno — dice Sara Amato, coordinatrice delle ostetriche del Civico —. Siamo riuscite a raggiungere il 70 per cento». «Spesso però, per l'allattamento, le donne non sono adeguatamente supportate», commenta Alio. «Raccontami mamma», pe-

rò, sarà anche qualcosa in più. Negli ultimi tempi, si è scoperto che esiste una forma di depressione post partum paterna. Anche i neo papà, quindi, saranno accolti nell'ambulatorio.

Per informazioni, si può chiamare il numero 091 6682573. Presto sarà anche aperta la pagina Facebook «Raccontami mamma». (M00)

DITELLO A RGS

Esami displasia: Ospedale bambini oppure Cervello

●●● Un padre alle prese con le cure per la propria figlia affetta da una rara malattia, ha segnalato la sua odissea a «Ditello a Rgs»: «Da quando è stato chiuso l'Imi, l'istituto materno infantile, non so più dove fare i controlli. Così Maurizio ha inviato un sms al 3358783600 il numero per le segnalazioni a «Ditello a Rgs», la trasmissione radiotelevisiva in onda dal martedì al sabato alle 7 su Rgs e alle 8 su Tgs. «Mia figlia — ha scritto Maurizio — soffre di displasia pseudo diastrifica, osteogenesi imperfetta di primo grado». Il presidente della Società italiana di Pediatria, Giovanni Corsello, spiega che «ci si può rivolgere all'Ospedale dei bambini fino all'età pediatrica. Poi nella struttura specializzata per queste malattie rare all'ospedale Cervello». I pazienti affetti da displasia diastrifica presentano un grave ritardo di accrescimento già evidente alla nascita, che prosegue a livello post-natale, raggiungendo un'altezza definitiva tra un metro e un metro e 40 centimetri. Lo sviluppo intellettivo è normale. Tra primo e secondo anno di vita si manifesta con una forma di scoliolosi dorsale. (S04Z)

SENTENZA. Il Tar condanna il Ministero della Salute a pagare i danni ai familiari di un uomo che si ammalò al fegato per una trasfusione al Civico oltre trent'anni fa

Sangue infetto, risarcimento da 880 mila euro

●●● Ancora una condanna per sangue infetto. Un maxi risarcimento da 880 mila euro complessivi, imposto al ministero della Salute nei confronti di un paziente palermitano, Lorenzo Mancuso, che si era ammalato di cirrosi epatica ed è morto dopo una lunga malattia. Mancuso si era presentato nel 1984 per essere sottoposto ad una trasfusione di sangue all'Ospedale Civico. Dopo un periodo nel quale l'infezione era rimasta silente, nel

2008 l'uomo ha iniziato a stare male. È bastato poco per capire che l'uomo si era ammalato al fegato.

Un'epatite da sangue infetto che negli anni '80 provocò diverse infezioni e morti. L'uomo è stato curato alla clinica Maddalena. Alla fine di una lunga agonia Lorenzo Mancuso è deceduto. La moglie e i cinque figli hanno chiesto e ottenuto la condanna del Ministero e il risarcimento. La sentenza è stata nel 2013. I giudici

avevano accolto le richieste della moglie Giovanna Segreto, e dei figli Maria Mancuso, Giuseppe Mancuso, Maurizio Mancuso, Angelo Mancuso e Pietra Mancuso tutti assistiti dall'avvocato Paolo Palma. Come capita spesso, il ministero non dà immediata esecuzione a queste sentenze e così i familiari si sono rivolti al Tar per ottenere quanto stabilito dal tribunale.

Ben 180 mila euro alla moglie e

140 mila euro per ognuno dei cinque figli della coppia. «La sentenza per la cui esecuzione è causa è stata dichiarata esecutiva il 5 marzo 2013 — scrivono i giudici della Terza Sezione del Tar presieduta da Nicolò Monteleone, Nicola Maisano estensore e Lucia Maria Brancatelli, Referendario —. È stata notificata al Ministero della Salute presso la sua sede il 4 aprile 2013. Peraltro non è stata impugnata, quindi, passato un anno, è diven-

tata esecutiva. E anche trascorso il termine dilatorio di 120 giorni dalla della notificazione al Ministero. Per tutti questi motivi il ricorso va, quindi, accolto e, per l'effetto, va dichiarata l'obbligo del Ministero della Salute di conformarsi alla sentenza provvedendo al pagamento in favore dei familiari».

Soldi che dopo anni verranno pagati anche perché i giudici hanno preso in sede di sentenza un altro provve-

dimento. Come si legge nella sentenza, «le somme vanno dovute, entro sessanta giorni dalla comunicazione in via amministrativa della sentenza. Se è decorso questo termine, è nominato fin d'ora quale commissario ad acta il Ragioniere generale dello Stato (con facoltà di delega dei relativi incumbenti a un dirigente da lui individuato) affinché, su istanza degli interessati, provveda in via sostitutiva a tutti gli adempimenti esecutivi nell'ulteriore termine di giorni sessanta». Il Ministero della Salute è stato condannato al pagamento, ai ricorrenti, delle spese di giudizio quantificate in mille euro. (M00)

IN APPELLO. Ministero della Salute condannato a pagare. La trasfusione con sangue infetto risalirebbe al 1987

«Contrasse l'epatite C a Villa Sofia» Sarà risarcito con 385 mila euro

●●● Era arrivato a Villa Sofia, nel 1987, con una banalissima colica renale. I medici avevano deciso di operarlo e si era resa necessaria anche una trasfusione. Sangue che avrebbe dovuto aiutarlo a stare meglio, a curarlo, e che, invece, a diversi anni di distanza, lo avrebbe portato a contrarre prima il virus dell'epatite C e poi la cirrosi. Dopo una lunga battaglia giudiziaria, ieri, la prima sezione civile della Corte d'Appello ha deciso di condannare il ministero della Salute a versare a G. B., che oggi ha 73 anni ed è pensionato, 365 mila euro per

risarcirlo dei danni patiti. Il tribunale, nel marzo del 2008, aveva invece negato le responsabilità dello Stato e respinto la richiesta della vittima, assistita dagli avvocati Ermanno Zanca e Chiara Carozzo. Il giudice aveva ritenuto, infatti, che fino al 1989 non vi fossero le conoscenze scientifiche sufficienti ad individuare il virus. Un orientamento molto rigido che, da tempo, è stato superato dalla Cassazione: le Sezioni Unite, infatti, hanno stabilito che le responsabilità sugli omessi controlli da parte dello Stato debbano risalire alla fine degli an-

ni Sessanta.

G. B. faceva l'artigiano ed aveva due figli quando nel 1987 venne operato a Villa Sofia. Per diversi anni non si sarebbe accorto di nulla. Nel 2000, però, accusando spesso un forte prurito aveva deciso di fare dei controlli. Dalle analisi venne fuori che era affetto dal virus dell'epatite C. La malattia, nel giro di un anno, era diventata cronica e, nel 2007 si era poi trasformata in cirrosi. Le condizioni di salute del pensionato sono da tempo molto gravi ed è costretto a sottoporsi a cure anche molto aggressive. Quan-

do aveva scoperto di avere l'epatite C, aveva subito ricondotto la malattia a quella trasfusione di tanti anni prima ed aveva dunque avanzato richiesta di risarcimento al tribunale civile. Un'istanza che era stata respinta. Ora, invece, dopo il ricorso, la Corte d'Appello ha deciso che, invece, l'exartigiano abbia diritto ad un risarcimento per i danni che ha subito. E che la responsabilità di questi danni vada imputata al ministero della Salute che non avrebbe compiuto i dovuti controlli sul sangue utilizzato per le trasfusioni. La storia di G. B. è drammaticamente simile a quella di tanti altri pazienti. Solo mercoledì scorso, il Tar ha riconosciuto un risarcimento di 880 mila euro ad un uomo che, in seguito ad una trasfusione, aveva anche lui contratto la cirrosi, di cui era poi morto. **SA. N.**

USATE CELLULE DEL PAZIENTE. Un nuovo «pezzo di ricambio» dopo il cuore e gli arti

Impiantata la prima trachea realizzata con una stampante 3D

●●● Fegato, bronchi, cuore, persino tumori, per non parlare della possibilità di protesi «low cost» per gambe e braccia. Le possibilità delle stampanti 3D anche in campo medico crescono di giorno in giorno, e l'ultima arrivata è una trachea stampata a partire dalle cellule del paziente.

Realizzata dal Feinstein Institute for Medical Research è stata presentata al meeting della Society of Thoracic Surgeons, e una volta perfezionata potrebbe sostituire quelle danneggiate da tumori o malattie congenite.

I ricercatori hanno prodotto con la stampante, un modello commerciale modificato, uno scheletro biodegradabile a forma di trachea mescolato con cellule di cartilagine e collagene. Le cellule stampate non solo sono sopravvissute al processo, ma hanno continuato a dividersi mostrando tutte le caratteristiche di quelle di una trachea normale. Al momento la trachea stampata è solo un prova di fattibilità, ma i primi test sull'uomo potrebbero arrivare presto. «Almeno un paziente l'anno arriva nel nostro istituto con problemi alla trachea che non possono essere risolti con i metodi tradizionali» - afferma Lee Smith, uno degli ideatori. «Mi aspetto al massimo in cinque anni di essere capace di raccogliere le cellule del paziente, farle crescere sullo scheletro e riparare la trachea. Questo approccio può essere molto utile soprattutto per i bambini, e non si ferma alla sola trachea. Ci siamo dedicati a questa perché era quello che ci chiedevano i medici, ma il



L'impianto della prima trachea realizzata con una stampante 3D

principio vale per molti altri tessuti».

In passato la stampante 3D è stata utilizzata per produrre delle trachee intere, ma realizzate in materiale plastico e non con le cellule del paziente, mentre sul *New England Journal of Medicine* è stato descritto il caso di Garrett Peterson e Kaiba Gjonfridom, due bambini curati all'ospedale dell'università del Michigan che hanno potuto finalmente respirare senza l'aiuto delle macchine grazie a due bronchi artificiali «stampati» ex novo per aiutare quelli naturali non funzionanti. L'azienda privata Orga-

novo ha invece realizzato con la stessa tecnica un «mini-fegato», per ora di pochi millimetri, in grado di sintetizzare colesterolo e alcune proteine. Sembra funzionare anche il cuore realizzato, in parte con la stampante, dall'università di Louisville, mentre un cuore totalmente stampato è servito ad un chirurgo sempre di Louisville per capire come realizzare un intervento molto delicato. Sempre a scopo di studio serviranno i tumori stampati dalla Drexel University di Philadelphia, in grado di assemblarsi e produrre metastasi.

L'epidemia

2,6
MILIONI
di casi di
influenza
dall'inizio
della
stagione

641
MILA I
casi di
sindromi
influenzali
in una
settimana,
con un
brusco
aumento
nelle fasce
di età
pediatrica

10,55
CASI PER
MILLE
assistiti il
livello di
incidenza
totale

ROMA. Superato il tetto di 2 milioni di casi per l'influenza stagionale: in attesa del picco ormai sempre più vicino, atteso per la metà di febbraio, continua ad aumentare il numero di italiani costretti a letto dai virus, mentre si sta facendo «preoccupante» la situazione nei Pronto soccorso, dove si registra un notevole aumento dei casi gravi.

In alcuni ospedali, i pazienti in condizioni critiche sono addirittura raddoppiati rispetto allo stesso periodo dello scorso anno.

Secondo le rilevazioni dell'Istituto superiore di sanità (Iss), l'influenza ha superato i 2,6 milioni di casi dall'inizio della stagione. Secondo il bollettino dell'Iss, nell'ultima settimana si stima che ci siano stati 641 mila casi, con un brusco aumento tra i bambini. Complessivamente, nella settimana tra il 19 e 25 gennaio il livello di incidenza totale è arrivato a 10,55 casi per mille assistiti. Valori ben più alti quelli raggiunti nei bambini tra 0 e 4 anni, dove l'incidenza è stata pari a 29,10 casi per mille assistiti.

In aumento, anche se in modo più contenuto, pure i casi nelle fasce adulte. In molte regioni il numero di casi è alto, ma Marche, Emilia Romagna e la provincia autonoma di Trento risultano le più colpite.

E con la repentina impennata dei

Aumentano in Italia i casi gravi di influenza

Vicini al picco. Già più di 2,6 milioni a letto, soprattutto bimbi. Ospedali pieni e malati curati sulle barelle

casi, in molti Pronto soccorso la situazione è critica a causa del sovraccollamento: in vari ospedali, afferma infatti il presidente della Società italiana di medicina di emergenza urgenza (Simeu), Gian Alfonso Cibinel, «i codici rossi sono aumentati fino al 100%, i codici gialli fino al 25% ed i casi di polmonite, diretta conseguenza o complicanza dell'influenza, sono aumentati dal 3 al 10%, con pari aumento dei casi che richiedono respirazio-

ne artificiale».

Nell'ultimo mese, sottolinea Cibinel, «l'aumento degli accessi in Pronto soccorso si può infatti stimare fino al +15%, rispetto allo stesso periodo di un anno fa. La differenza più significativa - afferma quindi il medico - è appunto l'aumento assoluto dei casi più gravi».

Ciò è attribuibile, chiarisce Cibinel, «all'aumento dei casi totali, in parte determinato dalla ridotta copertura



vaccinale registratasi quest'anno, e in parte dipendente dalle caratteristiche proprie dei virus e anche dalla coesistenza di virus diversi; sono stati infatti registrati casi gravi sia da influenza A-H1N1, sia da altri ceppi di influenza A come H3N2 e da ceppi di influenza B».

Altro dato indicativo, rileva il presidente Simeu, è che «alcuni casi seri, come peraltro capita in tutte le epidemie influenzali, si sono verificati anche in soggetti giovani non affetti da patologie croniche, con necessità di supporto artificiale della funzione respiratoria».

La situazione, rileva l'esperto, è quindi «preoccupante: in alcuni Pronto soccorso i malati gravi, come quelli con polmonite, sono curati in barella, negli stessi locali, per l'impossibilità di essere trasferiti in reparto a causa della mancanza di posti letto per ricovero».

In altre parole, denuncia il presidente Simeu, «i Pronto soccorso, soprattutto quelli delle grandi città, sono in scerissima difficoltà perché non riescono a indirizzare i pazienti più gravi nei reparti per il ricovero, e la causa non sono tanto gli accessi impropri quanto appunto la riduzione a monte del numero dei posti letto ospedalieri».

MANUELA CORRERA

DOPO LA CREAZIONE DI FEGATO, CUORE E ARTI

Prima trachea da stampante 3D usando cellule del paziente

ROMA. Fegato, bronchi, cuore, persino tumori, per non parlare della possibilità di protesi "low cost" per gambe e braccia. Le possibilità delle stampanti 3D anche in campo medico crescono di giorno in giorno, e l'ultima arrivata è una trachea stampata a partire dalle cellule del paziente. Realizzata dal Feinstein Institute for Medical Research è stata presentata al meeting della Society of Thoracic Surgeons e, perfezionata, potrebbe sostituire quelle danneggiate da tumori o malattie congenite.

I ricercatori hanno prodotto con la stampante uno "scheletro" biodegradabile a forma di trachea mescolato con cellule di cartilagine e collagene. Le cellule stampate non solo sono sopravvissute al processo, ma hanno continuato a dividersi mostrando tutte le caratteristiche di una trachea normale. Al momento la trachea stampata è solo una prova di fattibilità, ma i primi test sull'uomo potrebbero arrivare presto. «Almeno un paziente l'anno ar-

riva nel nostro istituto con problemi alla trachea irrisolvibili con i metodi tradizionali - afferma Lee Smith, uno degli ideatori -. Mi aspetto in 5 anni di essere capace di raccogliere le cellule del paziente, farle crescere sullo scheletro e riparare la trachea. Questo approccio può essere molto utile soprattutto per i bambini e non si ferma alla sola trachea».

In passato la stampante 3D è stata utilizzata per produrre delle trachee intere, ma realizzate in materiale plastico e non con le cellule del paziente. L'azienda privata Organovo ha invece realizzato con la stessa tecnica un "mini-fegato", per ora di pochi millimetri, in grado di sintetizzare colesterolo e alcune proteine. Sembra funzionare anche il cuore realizzato, in parte con la stampante, dall'università di Louisville, mentre un cuore totalmente stampato è servito ad un chirurgo sempre di Louisville per capire come realizzare un intervento molto delicato.

PIER DAVID MALLONI

AMBIENTE/L'INTERVISTA A VINCENZO BELLIA

di Paola Pizzo

«ROGHI DI RIFIUTI E SALUTE IN PERICOLO A PALERMO SI RISCHIA UN CASO ILVA»



I rifiuti dati alle fiamme sprigionano diossina e idrocarburi policiclici, estremamente dannosi per la salute

Il peggio deve ancora venire, purtroppo. È calcolato che sarà intorno agli anni Venti e Trenta di questo secolo, infatti, che si registrerà il picco maggiore di casi di mesotelioma pleurico maligno, un tumore che si è sviluppato negli ultimi due decenni ed è associato soprattutto all'esposizione all'amianto. «È cresciuto in maniera vertiginosa, diventando una vera e propria minaccia», spiega il professore di Pneumologia dell'Università, Vincenzo Bellia, che ieri mattina è intervenuto in diretta a *Ditelo a Rgs*. «Abbiamo monitorato un aumento di dieci volte il valore iniziale». E quel che è peggio è che i sintomi si manifestano quando ormai è troppo tardi per intervenire chirurgicamente: «Bisogna puntare sulla prevenzione», continua il medico, «e spingere chi è stato esposto all'amianto a fare i controlli». Un dato sconcertante che fa il paio con tutta una serie di pericoli legati alla raccolta indifferenziata dei rifiuti, decisamente da non sottovalutare. «La raccolta indifferenziata si traduce nell'accumulo dei rifiuti e nell'incendio di essi», aggiunge Bellia. «Con la combustione si liberano diossina e idrocarburi policiclici, che sono tossici e cancerogeni. In una città come Palermo il rischio che si corre è paragonabile a quello dell'Ilva di Taranto».

«I rifiuti, dalla loro raccolta allo smaltimento, fanno pendere l'ago della bilancia sul nostro stato di salute. E lo confermano i dati. Cosa succede? «Non fare la raccolta differenziata e non curare lo smaltimento dei rifiuti ha dimostrato di essere una scelta pericolosa. I dati sulle neoplasie, sui tumori in particolare ma non solo, risultano preoccupanti. Pensiamo all'amianto, presente per le strade di molte città come Palermo, dove le regole non vengono rispettate e ci si imbatte in degradamento e smaltimento impropri: è qui che trova terreno fertile il mesotelioma pleurico maligno».



Vincenzo Bellia, professore di Pneumologia dell'Università

Di cosa si tratta?

«Di un tumore, associato soprattutto all'esposizione all'amianto, che nasce dalle cellule del mesotelioma e che vent'anni fa non esisteva. Nel corso degli ultimi due decenni è cresciuto in maniera vertiginosa, diventando una vera e propria minaccia: abbiamo monitorato un aumento di dieci volte il valore

IL PROFESSORE DI PNEUMOLOGIA: «CRESCONO I CASI DI TUMORE LEGATI ALL'ESPOSIZIONE DI AMIANTO SONO 10 VOLTE IL VALORE INIZIALE»

iniziale. Purtroppo, non si è ancora registrato il picco, che prevediamo si manifesterà tra gli anni Venti e Trenta del secolo».

E come mai?

«Perché sarà l'effetto di ciò che è accaduto nel 1992, quando per legge l'impiego di amianto è stato proibito e, dunque, c'è stata l'interruzione delle attività industriali che ne facevano uso. A Palermo, per esempio, una delle sedi di maggiore rischio era quella dei Cantieri navali, ma di realtà così se ne contavano molte altre. Basti pensare, infatti, che l'amianto era un materiale assai vantaggioso: garantisce prestazioni ignifughe, era utile nelle costruzioni e tutto a costi contenuti».

Ma non è vantaggioso per la salute, però.

«Se sbriciolato, assolutamente no. Libera delle polveri pericolosissime ed è fatto di fibre che hanno la capacità di stimolare le cellule tumorali sulla pleura. Sfortunatamente, per troppo tempo tutto questo non si sapeva».

Quali, dunque, i soggetti maggiormente a rischio?

«Non si può definire un soggetto tipo, né per età né per genere; così come non c'è una zona in cui l'incidenza è maggiore. Il problema è l'esposizione e, perciò, lo sono gli operai che hanno lavorato in strutture

in cui veniva impiegato».

La sensazione è che i rilievi su questo tipo di tumori siano complessi, è così?

«Sì, in effetti. I tumori della pleura, così come quelli del polmone, sono in crescita. Il dato preoccupante è che a contribuire allo sviluppo delle cellule cattive c'è, ormai, anche l'intreccio di più fattori; mi spiego meglio: la somma degli effetti del consumo di tabacco combinati con quelli delle polveri sottili o dell'esposizione all'amianto, ha la capacità di stimolare la crescita tumorale».

Ci sono dei sintomi che possono far accendere un campanello dall'allarme?

«Purtroppo si manifestano quando la possibilità di sfruttare l'opzione chirurgica è esclusa. È un tumore insidioso».

E quindi cosa resta da fare?

«Bisogna puntare sulla prevenzione e spingere chi è stato esposto all'amianto a fare i controlli. Quello che riscontro, con rammarico, è che la preoccupazione tra la gente è ancora troppo modesta».

Torniamo ai rifiuti indifferenziati, quali altri rischi si corrono?

«La raccolta indifferenziata si traduce nell'accumulo dei rifiuti e nell'incendio di essi. Con la combustione si liberano diossina e idrocarburi policiclici, che sono tossici e cancerogeni. In una città come Palermo il rischio che si corre è paragonabile a quello dell'Ilva di Taranto. Pensiamo poi al percolato non raccolto che finisce nella falda acquifera e la inquinata; così come succede con il mercurio e il cromo derivati dai farmaci dismessi in modo errato e, ancora, con i metalli pesanti rilasciati da batterie di auto, pile, toner e scarti della tecnologia anch'essi dismessi non secondo i criteri di legge».

PALERMO - IL CASO

"Operata alla vertebra sbagliata" La denuncia choc di una donna

Venerdì 30 Gennaio 2015 - 06:15 di Riccardo Lo Verso

Articolo letto 4.395 volte

La paziente presenta un esposto alla Procura della Repubblica di Palermo. Sette mesi fa era stata operata all'ospedale Civico per una frattura provocata da un tumore. Immobilizzata a letto per i dolori alla spina dorsale, si è rivolta ad una clinica privata. Il legale: "Ci sono referti e diagnosi che confermano l'errore".



L'avvocato
Albanese

PALERMO - Se venisse confermato, e l'avvocato parla con carte e referti medici alla mano, saremmo di fronte ad un clamoroso caso di malasanità. I medici dell'ospedale Civico di Palermo sarebbero intervenuti chirurgicamente sulla vertebra sbagliata di una paziente, una donna di 61 anni, ex funzionario regionale in pensione.

Che si sia trattato di un errore non ha dubbi il legale dei familiari della donna. "Ci sono i referti e le diagnosi di un'altra struttura sanitaria a confermarlo - spiega l'avvocato Giovanni Albanese -. Abbiamo già affidato il caso ad un nostro consulente e oggi presenteremo un esposto alla Procura della Repubblica di Palermo per accertare le responsabilità penali che si presentano in tutta la loro evidenza. Il risultato è che la signora - prosegue - è immobilizzata a casa e solo da pochi giorni ha ripreso le terapie sospese per sette mesi. Ci costituirò parte civile qualora la vicenda avrà uno sbocco processuale che, dal canto nostro, riteniamo inevitabile".

Questi i fatti ricostruiti dalla paziente e dal suo legale sulla base della documentazione sanitaria. La donna, il 20 maggio dell'anno scorso, viene ricoverata nel reparto di Neurochirurgia dell'ospedale Civico. È affetta da un mieloma multiplo. Si tratta di un tumore che colpisce il midollo osseo e che può provocare delle fratture vertebrali. Nel suo caso è la vertebra D6 quella fratturata. La paziente entra in sala operatoria per un intervento di cifoplastica che prevede l'iniezione di cemento per sanare la frattura. Viene dimessa otto giorni dopo e torna a casa.

Cominciano mesi di sofferenza e forti dolori alla spina dorsale. E così il 7 gennaio scorso decide di tornare in ospedale. Stavolta però non si affida ai sanitari del Civico, ma a quelli della clinica La Maddalena dove una serie di esami, per ultima una Tac, avrebbe fatto emergere la presenza di "materiale da riferire a cemento per pregresso trattamento". Solo che il trattamento risulta eseguito sul corpo della vertebra D5 e non sulla D6 come riportato nella relazione di dimissione del Civico. Alla fine i medici della clinica eseguono un intervento di vertebroplastica sulla D6, che altro non è che una nuova iniezione di cemento osseo all'interno del corpo vertebrale. "Le carte parlano chiaro - conclude l'avvocato Albanese -. Praticamente solo ora è stato eseguito l'intervento a cui la paziente avrebbe dovuto essere sottoposta sette mesi fa".

Nessuna replica dalla direzione sanitaria dell'ospedale Civico dove, dicono, al momento non è giunta alcuna richiesta di acquisizione di documentazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Edizioni:

Palermo

Catania

Trapani

Agrigento

TRIBUNALE CIVILE. Il decesso nel 2010. Per la dottoressa di turno era affetto da «epigastralgia», mentre aveva avuto un infarto: condannata dai giudici assieme all'Asp 6

Morì in ospedale: 706 mila euro ai familiari

«Diagnosi sbagliata al pronto soccorso di Termini»: maxi-risarcimento a moglie e tre figli di Giovan Battista Buttitta, di Trabia

I parenti della vittima, 77 anni, avevano deciso di procedere in sede civile dopo che le accuse penali erano cadute. La differenza tra i due sistemi legata alla percentuale del «rischio di decesso».

Maria Grazia D'Agostino
TERMINI IMERESE

●●● Muore a 77 anni un uomo di Trabia, a causa di un infarto scambiato per epigastralgia e, a distanza di quasi quattro anni e mezzo l'Asp 6 e la dottoressa che ebbe in cura l'uomo sono stati condannati a un risarcimento danni di 706.000 euro in favore dei familiari (moglie e tre figli). La condanna è però arrivata dalla sezione civile del tribunale di Termini Imerese, giovedì pomeriggio, dopo una prima archiviazione da parte della sezione penale.

I fatti risalgono al settembre del 2010, quando Giovan Battista Buttitta si presentò al pronto soccorso dell'ospedale temitiano insieme ai familiari accusando forti dolori allo stomaco. A lui, che già soffriva di diabete e di ipertensione, venne diagnosticata una «epigastralgia con sensazione di digestione laboriosa». Così venne sottoposto a esame obiettivo dell'addome nonché ad esame elettrocardiografico e del sangue per verificare la presenza di «enzimi monocardi specifici». Rimase poi in sstanteria fino alle 20 quando le sue condizioni si aggravarono e i parenti avvisarono il medico subantrato al turno serale. Que-



L'avvocato Francesco Paolo Sanfilippo, patrocinatore della famiglia

st'ultimo, insieme ai colleghi, si accorse delle gravi condizioni dell'uomo e tentò in ogni modo di salvarlo, ma senza risultato: l'anziano morì nella notte.

I familiari presentarono subito una denuncia e la Procura di Termini Imerese aprì un'inchiesta chiedendo un incidente probatorio. Il gip accolse la richiesta e nominò due periti, Alessio Asmundo e Michele Giannetto di Messina, che evidenziarono «imprudenza e negligenza» poiché venne esclusa

l'origine coronarica della sintomatologia, alla luce del tracciato elettrocardiografico e dell'esame obiettivo negativo dell'addome.

Secondo i periti, inoltre, ci fu anche una «inescusabile imperizia» per l'incapacità di identificare segni inequivocabili di infarto al miocardio, come emerso dall'elettrocardiogramma e dagli enzimi. I periti specificarono pure come la percentuale di rischio di decesso per un soggetto ultrasessantacinquenne sarebbe stata del 20% qualora avesse ricevuto adeguata terapia e, nel caso di Buttitta, tali percentuali sarebbero state del 35-40% considerando le patologie preesistenti. L'uomo avrebbe quindi avuto il 60-65% di chance di sopravvivere.

Ma per un giudizio di colpevolezza in sede penale occorrono elevatissime probabilità logiche (prossime al 100%) che l'evento non si verifichi. Di qui l'archiviazione: i familiari di Buttitta però non si arresero e con il loro avvocato, Francesco Paolo Sanfilippo, ricorsero al tribunale civile, dove viene applicato un principio diverso. Sanfilippo ha fatto riferimento al principio della «preponderanza dell'evento» e del «più probabile che non», sostenendo che, poiché le chance di sopravvivenza erano superiori al 50%, era «più probabile che non» che l'uomo si potesse salvare qualora avesse ottenuto adeguate terapie e cura. Il Tribunale civile ha così accolto la tesi difensiva condannando l'Asp 6 (da cui dipende l'ospedale) e la dottoressa in favore dei familiari della vittima. (MAGGA)

DOPO LA DENUNCIA,
IL PROCEDIMENTO
PENALE ERA STATO
INVECE ARCHIVIATO

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | Chiudi

2 febbraio 2015

Pronto soccorso affollati? Anaa: «Chiudiamoli»

«La soluzione al sovraffollamento dei Pronto Soccorso è semplice: chiudiamoli». E' la provocazione lanciata dall'Anaa Assomed. «E' inaccettabile - sostiene il sindacato - che Regioni e Aziende sanitarie continuino a dare "la colpa" all'influenza, non ancora arrivata al picco, e al flop della vaccinazione, piuttosto che prendere atto di una realtà, non solo stagionale e non solo delle regioni "meno virtuose", che è il prodotto dei tagli di posti letto e di personale effettuati in tutti gli ospedali pubblici, del nord, del centro e del sud del Paese».

Le immagini che i media diffondono sono chiare. «Quello che rende drammatico il sovraffollamento - continua Anaa - è la visione di pazienti in barella uno accanto all'altro, in ogni angolo dei Ps che, già visitati e con terapie avviate, hanno bisogno di ricovero e attendono un posto letto che in ospedale non c'è. Gli accessi cosiddetti impropri rappresentano certo un sovraccarico di lavoro per gli operatori, ma non la causa del collasso dei Ps. I rimedi escogitati dalle amministrazioni regionali e dalle aziende sanitarie appaiono meri palliativi»

Difficoltà in tutte le attività chirurgiche. «Il blocco dei ricoveri programmati - spiega Anaa - si traduce di fatto nel blocco di tutte le attività chirurgiche dei pazienti in attesa, anche per patologie gravi, trasformando gli ospedali pubblici in "ospedali da campo" dedicati solo all'emergenza, provocando la frustrazione del personale e costringendo i pazienti che non possono aspettare a ricorrere ancora al PS.

Le case della salute, pur necessarie, migliorano l'azione di filtro territoriale ma non incidono sul fatto che i pazienti che hanno bisogno di ricovero sono sempre "troppi" rispetto ai posti letto disponibili».

Aumentare gli organici nei Ps non basta. «Sterile anche il rimedio di rinforzare temporaneamente gli organici dei Ps - ribadisce il sindacato - quasi fossero degli avamposti in una zona di guerra. Più medici e più infermieri sono necessari in pianta stabile e non solo per i Ps, a meno di non dichiarare ufficialmente che il Ps non è più il luogo di accoglienza delle emergenze, di stabilizzazione e di invio a reparto, ma il luogo di cura definitivo».

Il nodo dei tagli ai posti letto. «Singolare infine la scelta di alcune regioni come il Lazio: 400 posti letto in più nelle strutture accreditate. Ma se alla fine si giunge a riconoscere che il problema sono i posti letto - conclude Anaa - non è preferibile ripensare ai tagli effettuati in questi anni ed in questi mesi? Occorre prendere atto una volta per tutte che il cronico (non occasionale o stagionale) collasso dei PS è solo la conseguenza di una politica di sottrazione progressiva ed inesorabile di risorse umane ed economiche alla Sanità pubblica. Si lascia aperta la sola porta dei PS per garantire il diritto a curarsi. In che condizioni e con quali sacrifici per pazienti ed operatori, ormai è sotto gli occhi di tutti».

2 febbraio 2015

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

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | Chiudi

2 febbraio 2015

L'intersindacale bocchia la riforma toscana del Ssr

di Intersindacale medica, veterinaria e sanitaria Toscana

Il Governo, come largamente riportato dai media nel dicembre scorso, ha già bocciato la proposta di sperimentazione organizzativa presentata dalla Giunta regionale della Toscana e mirante a costituire per ogni area vasta un'azienda unica territoriale-ospedaliero-universitaria. In particolare, la proposta contraddiceva fondamentali aspetti giuridico-normativi contenuti nel Dlgs 502/92 e s.m.i. e nel Dlgs 517/99. L'attuale proposta di legge di riordino del sistema sanitario regionale (Proposta di legge 77/2014) si configura, a giudizio delle associazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, come un tentativo di aggirare la normativa vigente attraverso una architettura di governance che, di fatto, cerca di pervenire ad una programmazione e gestione centralizzata del sistema sanitario regionale sottraendo funzioni e poteri a istituzioni politico-amministrative e strutture gestionali intermedie identificate e valorizzate dai decreti legislativi sopra citati.

Il Direttore (in fase iniziale Commissario) di Area Vasta. Tale figura non ha una sua configurazione giuridica nella normativa vigente e ad essa vengono delegate funzioni che sono proprie dell'Assessore alla Sanità: programmazione, verifica, allocazione delle risorse. E' nominato dal Presidente della Giunta sentiti Sindaci (almeno 100 per area vasta e si può immaginare la reale possibilità di incidere sulla scelta) e Rettori (uno per area vasta). Si colloca pertanto nel territorio un nuovo organo che appare sovrapposto rispetto alle due Direzioni aziendali e, nei fatti, ne condiziona l'autonomia gestionale prevista dalla legge (art. 3 Dlgs 502/92 e s.m.i.). Attraverso una costruzione barocca della governance vengono alterati i livelli di confronto politico e sindacale e la possibilità di rapporti con referenti istituzionali dotati di autonomia decisionale. Questo vale sia per i rappresentanti delle Autonomie locali sia per tutte le Organizzazioni sindacali. A chi dovremo rivolgerci per discutere dei nostri problemi: al Direttore generale dell'Azienda sanitaria, al Direttore di Area Vasta o all'Assessore regionale alla Sanità?

I Dipartimenti Interaziendali. Anche queste strutture, il cui responsabile è nominato non dalle direzioni aziendali competenti ma dal Direttore di Area vasta, presentano pesanti aspetti di sostituzione ed esautorazione delle funzioni dei dipartimenti aziendali previste dall'art. 17 bis del D.Lgs 502/92 e s.m.i. e dall'art. 3 del D.Lgs 517/99. Infatti, secondo la proposta di legge i dipartimenti interaziendali intervengono sulla valutazione degli schemi organizzativi in essere, dei livelli di attività e dei risultati; formulano e propongono una programmazione finalizzata a garantire la omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa e il migliore utilizzo delle risorse tecniche unitamente alla valorizzazione e allo sviluppo delle risorse umane, anche formulando proposte per l'attribuzione delle risorse economico-finanziarie. In parole povere, presentano una fortissima caratterizzazione gestionale che inevitabilmente relegherà ad un ruolo marginale i dipartimenti aziendali della USL di Area vasta e quelli ad attività integrata dell'azienda ospedaliero-universitaria, gli unici a cui le leggi affidano i processi gestionali.

I Commissariamenti e Sub-commissariamenti delle aziende sanitarie territoriali e l'idea degli esuberanti di massa in sanità. Lo sviluppo della legge ha, nei vari passaggi, annullato il commissariamento (illegittimo) previsto inizialmente per le Aziende ospedaliero-universitarie. Tale previsione rimane invariata per le future aziende USL. Si viene così a creare una inaccettabile asimmetria tra le due aziende sanitarie che insistono sugli stessi territori e si dimostra, oltre ogni dubbio, su quale parte del mondo sanitario si sia deciso di affondare la mannaia.

Nel periodo che intercorrerà tra la decadenza dei dirigenti delle attuali aziende USL e l'istituzione delle aziende USL di area vasta, nelle ex-aziende USL entreranno in funzione dei vicecommissari. L'Azienda territoriale si troverà per un lungo periodo di tempo con le attività gestionali fondamentali paralizzate o limitate. Tra l'altro, l'azienda viene privata di una figura gestionale centrale quale il direttore sanitario, indispensabile per dirigere i servizi ai fini organizzativi e igienico-sanitari e anche per procedere alla copertura dei posti liberi nelle dotazioni organiche mediante concorsi. Le Aziende sanitarie, come emerge in questa fase di picco epidemiologico legato all'influenza, non possono permettersi neanche un giorno di rallentamento delle attività di programmazione e gestione, tanto meno un ulteriore blocco del turn over, in una situazione di significativa carenza di quei medici ospedalieri su cui grava l'onere di far girare l'assistenza 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno. In tale contesto,

inaccettabile è il taglio lineare del personale, quasi una rottamazione di massa che pensa di mantenere elevati standard di servizio riducendo le risorse umane e peggiorandone le condizioni di lavoro. La volontà di dichiarare 800 esuberanti tra i dipendenti del SSR è preoccupante, anche perché la normativa attuale prevede l'impossibilità di sostituire i pensionamenti, più o meno coatti, per un periodo di due anni. Tutto il personale precario che lavora nel sistema vedrebbe drammaticamente allontanarsi ogni possibilità di stabilizzazione.

La sciagurata riduzione dei posti letto legata a grossolani errori di programmazione, un territorio ancora incapace di esprimere la tanto attesa efficienza assistenziale, la crisi conseguente del Pronto Soccorso (primo capro espiatorio di tutti i tagli), la difficile e discussa applicazione del modello di Ospedale per Intensità di Cure, hanno contribuito a creare una gravissima instabilità organizzativa che, se sommata ad un taglio ulteriore di professionisti tanto radicale, porterà il sistema al default. Prima di smantellare l'attuale sistema sanitario, uno dei migliori in Italia in termini di efficienza ed esiti, si potevano mettere in campo progetti specifici di riorganizzazione e lotta agli sprechi miranti a recuperare risorse da reinvestire nel sistema. L'eliminazione dei doppioni, la riorganizzazione della rete ospedaliera, la razionalizzazione dei servizi territoriali, sono tutte azioni che possono essere attuate, con la regia della Direzione generale dell'Assessorato, da subito, azienda per azienda, struttura per struttura.

Il Dipartimento della medicina generale e il Dipartimento medico per intensità di cura. Singolare e fonte di ulteriori conflitti di competenze è anche la costituzione di un dipartimento della medicina generale quando la normativa vigente (art. 3/sexies del D.Lgs 502/92 e s.m.i.) prevede che le deleghe gestionali per garantire l'accesso della popolazione ai servizi territoriali, l'integrazione delle strutture e la continuità assistenziale siano assegnate dal Direttore generale a un Direttore di distretto. Si arriva, addirittura, al nonsenso prevedendo la costituzione di un dipartimento medico per intensità di cura, dimenticando che, se si abbraccia questa filosofia, tutto l'ospedale dovrebbe essere organizzato per intensità di cura e non un solo dipartimento.

Considerazioni conclusive

Il gigantismo istituzionale non può rappresentare una scorciatoia per risolvere i deficit organizzativi e di governo del sistema sanitario. Le esperienze finora realizzate in Italia e all'estero non sono positive, né sul piano dei costi, né sull'organizzazione del lavoro clinico.

Il rischio è che il collocamento del governo e della gestione delle strutture sanitarie in "luoghi" eccessivamente lontani dai territori dove nascono i bisogni dei cittadini e si esercita la professione porti ad un eccesso di pianificazione e ad una burocratizzazione dell'intero sistema, affidando le scelte di fondo di allocazione delle risorse a tecnocrati di nomina regionale e a "poteri forti" autoreferenziali. L'Area vasta si caratterizza, infatti, quale espressione di una nuova logica di programmazione. Questa non rappresenta più il mezzo che garantisce il diritto alla salute interpretando la specificità dei territori, i bisogni dei cittadini e le aspettative dei professionisti, ma diventa l'imposizione di una offerta di sanità che viene inevitabilmente rivista al ribasso dal punto di vista del finanziamento perché la Regione Toscana ha deciso di far pagare al settore sanitario tutti i risparmi di spesa richiesti dal Governo centrale, mentre altre Regioni scelgono strade più equilibrate. Il fine ultimo del riordino è quello di garantire omogeneità non dei risultati di salute ma soprattutto dei costi. Per controllare al meglio le spese si preferisce accentrare ed omogeneizzare la realtà sanitaria attraverso una programmazione verticistica e autoritaria.

Se il fine ultimo è quello di garantire la sostenibilità del servizio sanitario pubblico, forse altri interventi più specifici, puntuali e condivisi sarebbero necessari, piuttosto che disestare con una nuova governance un buon servizio sanitario regionale. Recuperando, innanzitutto, il valore del lavoro, delle competenze professionali e dell'assistenza che fanno la differenza tra la vita e la morte, tra la salute e la malattia, se si vuole realmente continuare a mantenere il diritto dei cittadini alla salute e alla sicurezza delle cure attraverso le competenze di chi è chiamato a garantirne la esigibilità.

2 febbraio 2015

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

2 febbraio 2015

Tumore al seno: il nuovo network oncologico firmato Zingaretti

Il presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti ha firmato il decreto che dà il via alla nuova rete oncologica per prevenire e curare il tumore alla mammella. Obiettivo è quello di superare le attuali criticità costituite da carenza di coordinamento, frammentazione dei centri, duplicazioni, lunghi tempi di attesa. «Con la nuova rete contenuta nel decreto firmato dal presidente Zingaretti si volta pagina», indica una nota la Regione Lazio.

Il modello definito da un gruppo di lavoro costituito da esperti, associazione dei pazienti, tecnici e coordinato dalla direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria è in linea con le indicazioni del ministero della Salute e fatto proprio dalla Conferenza delle Regioni nella seduta dello scorso 18 dicembre. La nuova rete è articolata su 39 centri di screening, 36 strutture di diagnostica clinica e 15 centri di senologia dove saranno effettuati gli interventi chirurgici e di ricostruzione. Obiettivo: fornire alle donne una risposta ai diversi bisogni assistenziali indicando un percorso che stabilisce la presa in carico dallo screening, accertamento diagnostico, diagnosi, fino all'intervento terapeutico riabilitativo.

Il plauso di Zingaretti. «Il piano approvato crea una rete diffusa, qualificata, riconoscibile - spiega il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti - Oggi il sistema assistenziale per questo tipo di patologia, invece, non è di facile accesso perché disarticolato e questo pesa ed ha pesato sulla vita delle donne del Lazio che spesso sono state lasciate sole di fronte al male. Con la nuova rete puntiamo a cambiare passo: dare loro cure migliori con maggiore tempestività, per creare speranza e porre un argine alla solitudine».

Emergenza sotto esame. Nel 2013 sono stati stimati nella Regione Lazio circa 3.000 casi incidenti e 55.000 casi prevalenti di tumore maligno alla mammella. Questa patologia oncologica rappresenta il 41% dei tumori maligni nelle donne nella fascia di età tra 0 e 49 anni, il 35% tra 50 e 69 anni e il 21% nelle donne di età maggiore di 70 anni. Tra i decessi oncologici, tale patologia risulta essere la prima causa di morte nelle donne in tutte le fasce di età. Il Centro di screening è la struttura operante secondo quanto previsto dal Programma regionale di screening; qui le donne residenti tra i 50 e i 69 anni effettuano ogni due anni una mammografia, in seguito ad invito da parte della propria Asl di residenza. La mammografia di screening viene refertata presso la struttura di diagnostica clinica, struttura dedicata anche alla prevenzione oncologica per le donne asintomatiche fra i 40 e i 49 anni e per le ultrasessantenni, alla valutazione diagnostica di donne sintomatiche, alla pre-chirurgica e terapeutica, alla sorveglianza diagnostica delle donne ad alto rischio nonché ai controlli delle persone operate.

Il Centro di Senologia svolge attività di diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne con tumore della mammella. Inoltre riunisce funzionalmente tutte le specialità coinvolte per assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza: radiologia, anatomia patologica, oncologia medica, chirurgia senologica (assicurando che ogni centro tratti almeno 150 nuovi casi l'anno), radioterapia, medicina nucleare, fisioterapia e riabilitazione, genetica medica oncologica e psico-oncologia. Il Centro di senologia è responsabile dell'intero percorso assistenziale, coordinandosi anche con il medico di medicina generale e con i nodi della rete di terapia del dolore.

2 febbraio 2015

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

2 febbraio 2015

Assobiomedica: scendono del 20% i tempi di pagamento ma per la Corte dei Conti il debito del Ssn ammonta a 27 mld

Ridotti all'osso sono ancora 70 i giorni che i fornitori devono aspettare per il pagamento dei dispositivi medici. E parliamo dei tempi più veloci perché, nelle regioni più lente, le fatture restano in sospeso fino a due anni. In media, indica Assobiomedica, i tempi di pagamento in Italia sono di 166 giorni, ben oltre i 60 previsti dalle norme in vigore ma comunque inferiori del 20% rispetto allo scorso anno (211). Un trend in miglioramento, dunque, che coinvolge anche lo «scoperto», ossia il debito residuo sceso a circa 3 milioni (-25%).

Assobiomedica, poi, indica le aziende sanitarie più virtuose e quelle in cronico ritardo. Al primo posto, a pari merito, l'azienda ospedaliera universitaria Umberto I Lancisi Salesi di Ancona e l'Asl 7 Pieve di Soligo (Treviso): entrambe onorano i pagamenti in 57 giorni. Sul secondo gradino del podio l'azienda ospedaliera G. Salvini di Garbagnate (Milano) con 61 giorni, mentre la medaglia di bronzo è andata con 62 giorni alla Asl 3 Pescara e all'Irccs Istituto nazionale tumori di Milano.

La top five dei cattivi pagatori, al contrario, vede in testa l'Azienda ospedaliera Mater Domini di Catanzaro che ha accumulato oltre 4 anni di ritardo a quota 1.522 giorni. A seguire l'Azienda sanitaria provinciale di Cosenza (826 giorni), l'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro (767), l'Azienda sanitaria regionale Campobasso (723) e, infine, l'Azienda ospedaliera «Pugliese-Ciaccio» di Catanzaro (688).

Tra le big della spesa regionale la Lombardia onora gli impegni in 84 giorni, il Veneto in 104, il Lazio in 157 e la Campania in 269.

Per quanto riguarda i debiti la quota più alta è detenuta dalla Campania che con 381 milioni sfiora il 12,9% del totale. Somme importanti anche per la Calabria e il Piemonte che hanno entrambe uno scoperto di 315 milioni (pari al 10% del totale) e il Lazio con 265 milioni (9%). Debiti superiori ai 200 milioni anche per Lombardia, Toscana, Sicilia e Puglia.

Nel complesso, secondo i dati illustrati dalla Corte dei conti e anticipati da Il Sole 24 Ore, i debiti del Servizio sanitario nazionale ammontano a circa 27,5 miliardi, comprese le regioni Toscana e Calabria la cui esposizione oscillerebbe intorno ai 3 miliardi. Secondo le prime stime nel 2014 il deficit potrebbe oscillare tra i 22 e i 23 miliardi. [Si veda l'articolo de Il Sole 24 Ore](#)

[Leggi il servizio completo su Il Sole 24 Ore Sanità n.5/2015](#)

2 febbraio 2015

Sanità

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

30 gennaio 2015

Il ministero della Salute rilancia il Piano triennale anti-corruzione

E' stato pubblicato sul sito del ministero della Salute il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (Ptcp). Obiettivo del documento: indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione.

Il Ptcp costituisce il secondo livello ("decentrato") del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione delineato dalla citata legge ed effettua, preliminarmente, l'analisi dei rischi specifici di corruzione. Esso individua quindi gli interventi volti a prevenire gli stessi sulla base del Piano nazionale anticorruzione (Pna), originariamente predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica.

Tra le aree a rischio più elevato: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera

30 gennaio 2015

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

UTILIZZATO DAL DOTT. ANTONIO CUTTITTA, CONSENTE DI OFFRIRE AI PAZIENTI, RISPETTO ALLA CHIRURGIA TRADIZIONALE, INDISCUTIBILI MIGLIORIE

Cataratta, i vantaggi del laser

L'operazione alla clinica Andros con un laser a femtosecondi che interviene con una precisione assoluta e rapidamente

Come è noto la cataratta è una malattia degenerativa che consiste nella opacizzazione della lente naturale che sta all'interno del bulbo denominata cristallino.

Con il progredire degli anni le proteine che costituiscono il cristallino insieme all'acqua, subiscono dei mutamenti che ne causano la progressiva opacizzazione. Proprio per questo motivo la cataratta senile è espressione dei fisiologici processi di invecchiamento del corpo umano e del bulbo oculare in particolare. Esistono poi altri tipi di cataratta come quelle congenite o legate alla presenza di patologie oculari e generali (diabete, miopia, infiammazioni intraoculari etc.).

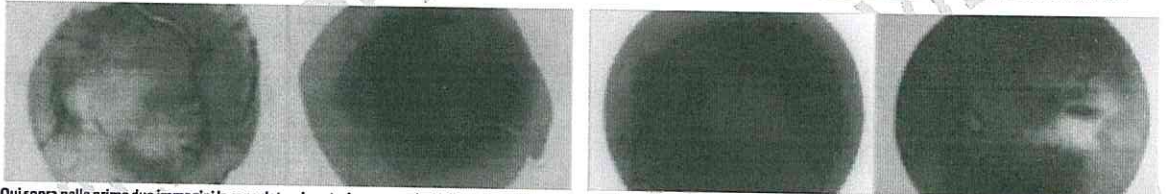
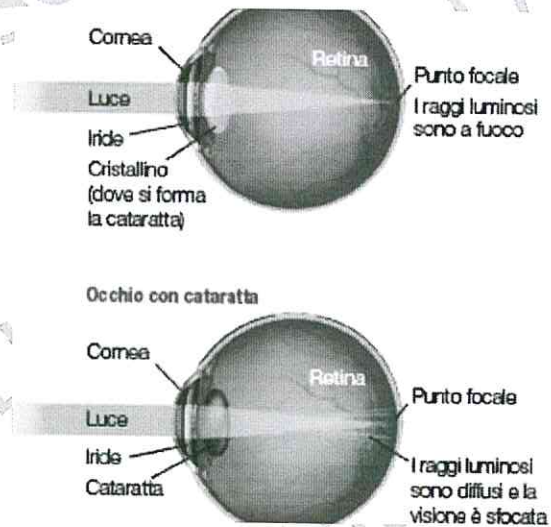
Con il progredire della cataratta si riduce la quantità di luce che entra nell'occhio e la visione diventa progressivamente sfuocata sia da lontano che da vicino.

La soluzione per il ripristino di una corretta e limpida visione consiste nella rimozione della parte opaca del cristallino e nell'inserimento di una lente artificiale intraoculare (IOL).

La chirurgia della cataratta è in atto la chirurgia più eseguita nel mondo e si avvale dell'intervento di facoemulsificazione del cristallino con il successivo impianto della IOL.

Questa tecnica prevede che con una semplice anestesia locale, effettuata cioè con la somministrazione di alcune gocce di collirio, il chirurgo pratici 2 o 3 piccole incisioni nella parte trasparente del bulbo oculare (cornea), effettui una apertura circolare della capsula anteriore del cristallino (capsulotomia anteriore) con una pinza, frammenti la parte opaca del cristallino con una sonda che emette ultrasuoni (facoemulsificazione) e dopo avere rimosso completamente le parti opache inserisca attraverso le incisioni precedentemente effettuate la lente all'interno del rivestimento originario del cristallino naturale (capsula) lasciata in situ per contenere la nuova lente artificiale.

Appare evidente come alcune fasi di questo intervento (incisioni, capsulotomia anteriore e frammentazione della lente) dipendano dalla manualità del chirurgo. Oggi, questi passaggi della chirurgia della cataratta, normalmente effettuati con strumenti manuali, possono essere eseguiti in modo rivoluzionario da un laser a femtosecondi con una precisione assoluta.



Qui sopra nelle prime due immagini la capsulotomia anteriore manuale. Nelle seconde due la capsulotomia anteriore con laser. È evidente il miglioramento. In alto il laser del centro Andros

La nuova tecnologia laser a femtosecondi, che ha iniziato ad essere utilizzata presso la Clinica ANDROS di Palermo dal Dott. Antonio Cuttitta, consente di offrire ai pazienti, rispetto alla chirurgia tradizionale, alcuni indiscutibili vantaggi che consistono nella personalizzazione del trattamento, nell'estrema precisione, nella minore invasività e rapidità di esecuzione e quindi in un normale e totale recupero della funzionalità visiva.

Ogni occhio presenta forme e dimensioni differenti. L'utilizzo della tecnologia di Imaging 3D di cui è dotato il

laser, consente di rilevare prima del trattamento, attraverso una scansione grafica, una vera e propria impronta digitale dell'occhio e sviluppare precise mappe in 3D così da consentire al chirurgo di pianificare un trattamento personalizzato, specificamente studiato per ogni occhio.

Il laser viene inoltre utilizzato per ammorbidire con differenti modalità la parte opaca e più dura del cristallino agevolandone la rimozione che risulta così essere meno traumatica.

La procedura laser risulta essere estremamente veloce. Tutta la proce-

dura dura pochi minuti (circa 3) ed i tempi effettivi del laser pochi secondi. È compito successivo del chirurgo completare l'aspirazione della cataratta ed impiantare la lente artificiale intraoculare.

È utile ricordare come il cristallino artificiale (IOL) inserito all'interno dell'occhio può essere di diverse tipologie. Le normali lenti intraoculari monofocali, da sempre utilizzate, sono in grado di correggere difetti refrattivi sferici precedenti all'intervento, ovvero la miopia e l'ipermetropia. Le IOL toriche di

ultima generazione sono in grado di


correggere anche gli astigmatismi mentre le IOL multifocali anche la presbiopia, cioè la difficoltà nella visione da vicino.

Di fatto oggi la chirurgia della cataratta è diventata una vera e propria chirurgia refrattiva, capace di eliminare con una sola lente qualsiasi difetto visivo preesistente (miopia, ipermetropia, astigmatismo e presbiopia) realizzando così una condizione di indipendenza dall'utilizzo di occhiali.

In questi casi in cui è possibile impiantare una lente ad alta tecnologia, la precisione del laser a femtosecondi

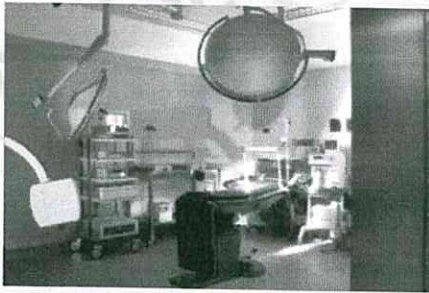
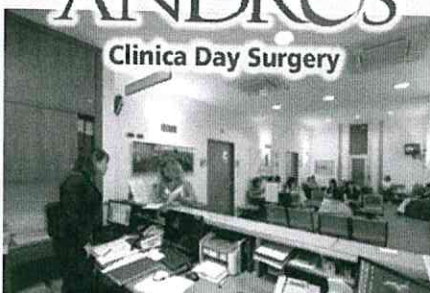

permette a queste lenti una perfetta centratura ed una grande stabilità all'interno dell'occhio così da garantirne un ottimale funzionamento.

Questa tecnologia laser, con i vantaggi sopra descritti consente di rispondere in modo efficace alle esigenze sempre maggiori dei pazienti che si sottopongono all'intervento di cataratta, permettendo loro di riprendere rapidamente una vita di relazione e lavorativa normale. Ciò rappresenta l'obiettivo che ogni medico vuole assolutamente raggiungere: la salute ed il benessere dei propri pazienti.



ANDROS

Clinica Day Surgery

Clinica Andros

VIA AUSONIA, 43/45 • 90144 PALERMO
TEL. 091 6785511 • FAX 091 6785522
DIRETTORE SANITARIO: Prof. Adolfo Allegra

info@clinicaandros.it
www.clinicaandros.it

IL 12 E 13 FEBBRAIO MANIFESTAZIONE AL SAN PAOLO PALACE. TRA LE ALTRE CARATTERISTICHE LA TECNOLOGIA 5D E UNA APP PER LE FUTURE MAMME

5D: ecografie mai viste prima

Iniziativa a Palermo per presentare un ecografo Samsung con straordinarie prestazioni: in Sicilia il partner è Sikelia

Samsung Electronics è entrata a far parte del mercato medicale da oltre tre anni con la sezione Healthcare and Medical Equipment.

La società commercializza dispositivi medici all'avanguardia, tra cui diagnostica a ultrasuoni, sistemi digitali a raggi X e analizzatori ematologici, in 110 paesi del mondo. La società ha suscitato l'interesse del settore medico internazionale grazie alle sue risorse di R&S e alle sue tecnologie innovative integrate nei dispositivi medici: le migliori tecnologie di IT, elaborazione delle immagini, semiconduttori e comunicazione.

Il piano di investimenti milionari ha consentito alla Samsung di balzare in così poco tempo alla leadership del mercato.

Particolare focus ha destinato l'azienda al mercato degli ultrasuoni.

Nel 2015 sono previste parecchie novità in questo settore, ed in particolare è di queste settimane l'uscita sul mercato di una nuova apparecchiatura al Top della gamma nella diagnostica nel campo dell'ecografia ostetrico-ginecologica e per la salute della donna.

Una nuova dimensione esclusiva nell'ambito dell'ecografia per la salute delle donne è stata definita con il Samsung WS80A Elite.

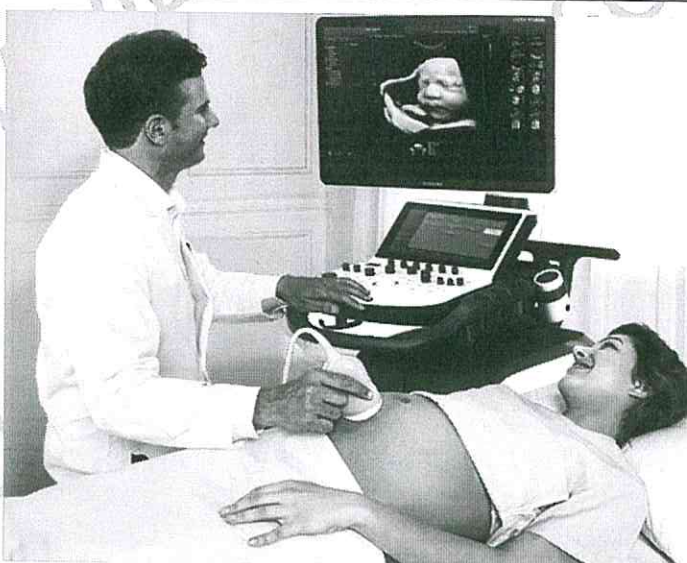
Un ecografo innovativo che fornisce prestazioni incredibili nell'imaging per una varietà di esami dedicati alla salute delle donne.

Con l'elegante design e le innovative funzionalità di Samsung, tra cui le tecnologie 5D, MPI ed ElastoScan™, il WS80A Elite crea un nuovo gold standard nella definizione di ecografia per la salute delle donne.

Ecco cosa prevede la tecnologia 5D:

- 5D Stereo Cine:

Con 5D Stereo Cine™, sugli Smart TV 3D Samsung è possibile visualizzare immagini 3D ultrarealistiche per i futuri genitori, per i loro amici e parenti e guardare anche da casa delle fantastiche immagini del feto.



- 5D NT

La tecnologia 5D NT™ supporta nella ricerca della sezione sagittale mediana del feto, che viene prima rilevata automaticamente e poi zoommata dai dati di volume. Successivamente, è possibile misurare lo spessore della trasparenza nucleare fetale con un'operazione semplice, efficiente e semiautomatica, riducendo l'intervento dell'operatore.

- 5D LB

La tecnologia 5D LB facilita la rilevazione automatica e la misurazione dei femori del feto sulla base di dati di volume, con visualizzazioni intuitive delle strutture fetali. La tecnologia 5D LB garantisce la massima efficienza nella diagnosi di malformazioni del feto, migliorando la precisione di misurazione e riducendo la durata dell'esame.

Advanced Feto Realistic View™

L'avanzato FRV™ consente una visualizzazione molto dettagliata dei più piccoli dettagli anatomici, grazie ad un effetto in alto realistico che consente inoltre di utilizzare una fonte luminosa virtuale.

Hello Mom

Hello Mom è un'app per smartphone Android pensata per le donne in dolce attesa che possono collegarsi in modalità wireless al WS80A per scaricare immagini e video ecografici del feto.

Le future mamme possono condividere facilmente le immagini o i filmati ecografici con altre persone e tenere traccia della crescita del feto utilizzando Hello Mom.

La Divisione Medica di Samsung si avvale di una fitta rete di partner sul territorio nazionale; in Sicilia il partner unico è Sikelia - New medical imaging s.r.l., azienda che da subito si è imposta come protagonista del servizio di com-

mercializzazione ed assistenza delle apparecchiature ecografiche, offrendo ai suoi clienti uno staff completo di rete commerciale, back office, assistenza tecnica, logistica e specialistica ed è inoltre presente con due sedi sul territorio siciliano.

L'ecografo in questione è il protagonista dell'Elite Tour, una manifestazione partita da Milano che toccherà le maggiori città d'Italia durante la quale verrà presentata al grande pubblico.

La manifestazione toccherà anche Palermo in occasione dell' "International congress on Integrated Imaging in Obstetrics and Gynecology" che si terrà il 12 e 13 Febbraio 2015 presso il San Paolo Palace Hotel di Palermo; la Samsung, main sponsor del congresso, sarà felice di incontrare tutti gli interessati all'innovativo Universo della sezione Healthcare and Medical Equipment.



SIKELIA

new medical imaging



INTERNATIONAL CONGRESS ON
Integrated Imaging in Obstetrics
and Gynecology

PALERMO
February 12th - 13th, 2015
San Paolo Palace Hotel



Sikelia
New Medical Imaging s.r.l.

Viale Francia, 11/H
90146 - Palermo

Tel. 091/552648

www.sikeliamedical.it
info@sikeliamedical.it

L'OPERAZIONE IL 15 GENNAIO: PRESENTA UNA SERIE DI VANTAGGI, DALLA RIDOTTA DEGENZA ALL'ASSENZA DI COMPLICANZE IN PAZIENTI AD ALTO RISCHIO

Innovazione in cardiocirurgia

Al Maria Eleonora Hospital primo intervento di riparazione mitralica a cuore battente effettuato nel centro sud Italia

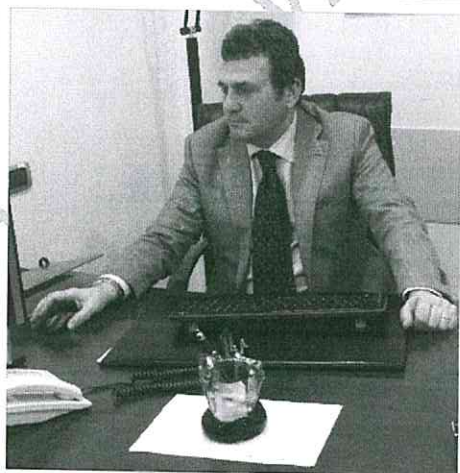
Innovazione al Maria Eleonora Hospital di Palermo: è stato effettuato il primo intervento di riparazione mitralica a cuore battente nel centro sud Italia.

La chirurgia mitralica mini-invasiva video-assistita mediante mini-incisione sull'emitorace destro di circa 4-5 cm è oggi considerato l'intervento di routine per il trattamento della patologia mitralica a Maria Eleonora Hospital, Ospedale di alta Specialità, accreditato, facente parte del gruppo GVM care and research.

Grazie alla lungimiranza del Presidente Ettore Sansavini e dell'Amministratore Delegato Aldo Panci l'equipe chirurgica di Maria Eleonora Hospital, diretta dal Dr. Fattouch Kalil, cardiocirurgo, responsabile del raggruppamento di chirurgia cardio-toraco-vascolare, impegnata nell'innovazione tecnologica allo scopo di ridurre i rischi per i pazienti, in data 16.1.2015 ha eseguito il primo intervento di riparazione mitralica mediante impianto trans-apicale di nuove corde senza fermare il cuore, operazione impensabile fino a qualche anno fa.

La paziente soffre di rottura di corde tendinee che provocava una insufficienza mitralica severa. L'intervento è stato eseguito mediante l'utilizzo di un dispositivo che consente di entrare dalla punta del cuore senza utilizzare la circolazione extracorporea.

Attraverso una piccola incisione di 4/5 cm nell'emitorace sinistro si accede all'apice del cuore nel quale viene posto lo strumento chirurgico che permette di inserire ed ancorare le nuove corde tendinee a livello del segmento prolapsante, mal funzionante, della valvola mitrale. Le corde tendinee sono dei piccoli filamenti che connettono la valvola al ventricolo garantendone il corretto funzionamento, la loro rottura o il loro allungamento determina il prollasso e quindi l'insufficienza mitralica. Tale tecnica viene eseguita sotto la guida ecocardiografica tridimensionale seguendo il device sino a che raggiunge la zona malata della valvola dove si impianta la neocorda e lo strumento viene quindi estratto dal



cuore esteriorizzando così la neocorda.

Sempre sotto controllo ecocardiografico tridimensionale si ottimizza il grado di tensione della neocorda fino a ridurre notevolmente il grado di insufficienza valvolare.

Il vantaggio di questa metodica è rappresentato da:

- Ridotta degenza ospedaliera
- Ridotta sintomatologia algica post operatoria
- Intervento eseguito senza fermare il cuore e senza complicanze in pazienti ad alto rischio chirurgico.

Nella foto verticale qui sopra un'immagine della sala operatoria del Maria Eleonora Hospital di Palermo.

Nella foto orizzontale invece è raffigurato il reparto di Terapia Intensiva del Maria Eleonora Hospital.

Nella foto piccola il prof. Fattouch Kalil, responsabile dell'Unità Funzionale di Chirurgia Cardio-Toraco-Vascolare.

Nella foto qui sopra il dottor Aldo Panci Amministratore Delegato del Maria Eleonora Hospital e Cosentino Hospital GVM Care & Research



Maria Eleonora Hospital

L'ospedale è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale e convenzionato con fondi integrativi sanitari, casse mutue e assicurazioni sanitarie.

Principali specialità mediche

- Aritmologia ed elettrofisiologia
- Cardiocirurgia
- Cardiologia
- Chirurgia vascolare
- Diagnostica per immagini con TAC 128 strati, Ecografo, RX
- Elettrofisiologia e cardiocircolazione
- Emodinamica
- Laboratorio analisi
- Oculistica

MARIA ELEONORA HOSPITAL
Viale Regione Siciliana, Palermo
Tel. 091.6981111
info-meh@gvmnet.it

Direttore Sanitario
DOTTOR ROSARIO ALDO PANCI
www.gvmnet.it

Maria Eleonora Hospital
Palermo

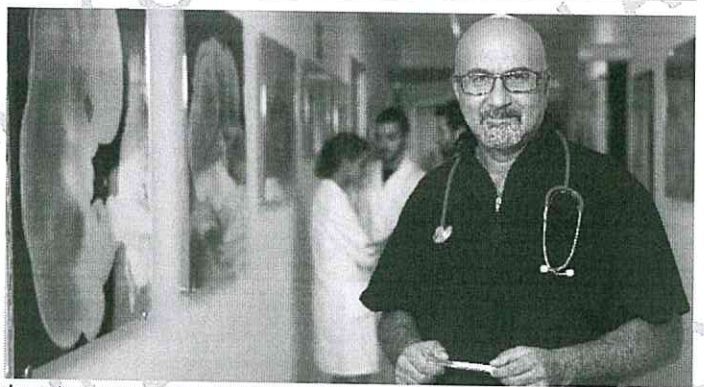


D. A. N. 90750-06 - 030947992 (autorizzazione esercizio sanitario 08 PF)

IL CENTRO ALL'AVANGUARDIA HA GIÀ NUMEROSE RICHIESTE. UN CAMPO IN CUI OCCORRE AFFIDARSI A CHI HA GRANDE ESPERIENZA MEDICA E PSICOLOGICA

Eterologa, i consigli di «Genesy»

La Consulta l'anno scorso ha permesso questo tipo di fecondazione anche in Italia. Parla il dottor Giuseppe Valenti



Con la via libera della Corte Costituzionale è ripartita anche in Italia la fecondazione eterologa, per la quale molte coppie in passato erano costrette ad andare all'estero. Nella foto a destra il dr. Giuseppe Valenti del Centro Genesy

La fecondazione eterologa

A giugno del 2014 la Corte costituzionale, con una sentenza in cui riconosce "il diritto incoercibile delle coppie ad avere figli" ha dato il via libera in Italia alla fecondazione eterologa: una forma di procreazione medicalmente assistita in cui il seme maschile o l'ovulo femminile non appartiene a uno dei genitori ma ad un donatore esterno alla coppia.

Il percorso dell'infertilità è molto intimo: è naturale che la donna o la coppia si rivolga innanzitutto a un medico di famiglia o al ginecologo-chestima, con il quale ha un rapporto di fiducia e che ne conosce la storia clinica.

Ma coloro che decidono di consultare prima possibile un centro specializzato in problemi di fertilità hanno però il vantaggio di affidarsi a un'equipe completa di medici, di eseguire gli esami nella sede e quindi di arrivare più in fretta a una diagnosi.

I medici indicano il ricorso alla fecondazione eterologa nei casi in cui venga riscontrata l'infertilità assoluta di uno dei due partner o nei casi in cui la procreazione è considerata estremamente remota, spiega il dott. Giuseppe Valenti, ginecologo, esperto in medicina della riproduzione, nonché responsabile clinico della PMA del centro Genesy di Palermo.

In estrema sintesi due sono le tecniche di Pma utilizzate, che sia omologa o eterologa.

La tecnica di primo livello è quella meno complessa e viene applicata nei casi più semplici, quando è possibile l'incontro in natura tra lo spermatozoo e l'ovocita.

In pratica tale tecnica prevede l'inserimento nella cavità uterina del liquido seminale. La tecnica di secondo livello, FIVET (Fecondazione In Vitro Embryo Transfer) classica o con ICSI (la fecondazione dell'ovocita avviene con microiniezione), prevede invece l'incontro tra spermatozoo e ovocita fuori dal corpo umano, in laboratorio e successivo trasferimento degli embrioni ottenuti in utero.

Sul versante fecondazione eterologa il nostro centro è già operativo e la lista di attesa si allunga giorno per giorno. Il tempo di attesa è dovuto semplicemente ai tempi tecnici dello studio clinico della coppia.

La situazione, sull'argomento eterologa, per fortuna, si sta lentamente sbloccando ma la sfida rimane quella di avviare una rivoluzione culturale agendo da pionieri, come già stiamo facendo, per evitare alle famiglie la costrizione di rivolgersi all'estero.

La sfida si cela dunque, nelle donne, negli uomini che possono avere

le caratteristiche per donare, ma soprattutto l'apertura mentale per pensare di "donarsi", favorendo diritti costituzionalmente rilevanti come quello fondamentale alla salute, al principio di uguaglianza.

Anche perché le possibilità di successo sono reali.

Poiché circa sei coppie su dieci che si sottopongono ad un singolo ciclo di fecondazione assistita non riescono ad avere un bambino, verrebbe facile parlare di alto tasso di fallimento, spiega il Dr. Valenti.

Ma la verità è che complessivamente, i tassi di successo della fecondazione assistita sono molto vicini a quelli della fecondazione naturale.

Dato che le possibilità di successo sono, secondo le statistiche, le stesse per ogni ciclo di trattamento, il numero di coppie che si sottopongono alla fecondazione assistita diminuisce notevolmente dopo diverse tentativi.

Nel nostro centro, continua il dott. Valenti, la probabilità di ottenere una gravidanza evolutiva, dopo tecnica di PMA è intorno al 35%.

Il centro Genesy - diagnosi e cura della sterilità, di cui il Dr. Valenti è il responsabile clinico, si occupa della cura dell'infertilità sia dal punto di vista della pratica clinica, sia promuovendo un'attenta ricerca.

Il centro risponde, continua il Dr

Valenti, alla difficoltà di concepimento che riguardano un numero crescente di coppie con l'ausilio di una équipe formata oltre che dai ginecologi e biologi da urologi, endocrinologi e psicologi. Attraverso l'impegno dei nostri medici e l'utilizzo di una tecnica innovativa, facilitiamo il percorso per la cura della sterilità con l'amore di chi vuole condividere un obiettivo.

Per rispondere alle domande sull'eterologa è stato realizzato un forum sul sito www.fecondazioneivf.it e su Facebook entrando in "facciamo un bimbo" si può amplificare quel confronto sempre necessario per chi necessita intraprendere questo percorso.

L'importanza della diagnosi corretta per riuscire ad avere un bimbo in braccio.

Le cause di sterilità possono essere maschili, femminili o sine causa, la cosiddetta sterilità inspiegata.

L'importanza di individuare correttamente quale causa non permette ad una coppia di soddisfare il loro progetto di genitorialità e' chiaramente ovvio, esso permette di poter procedere con una corretta terapia in tempi brevi.

Purtroppo troppo spesso vi sono coppie che perdono anni nella ricerca di una corretta diagnosi.

Ecco perché si invita le coppie che hanno almeno un anno di rap-

porti tendenti alla fecondazione senza successo di consultare centri che esprimono esperienza nel trattamento di tale materia.

Oggi vi sono molti strumenti per fare una seria valutazione per individuare il centro a cui affidarsi!

Tra questi il web - internet è uno strumento ormai insostituibile ma bisogna saper valutare senza superficialità, utile il confronto su ciò che si è dedotto e che si vorrebbe intraprendere con il proprio medico curante ed infine capire se chi si sceglie ha gli strumenti per intraprendere un percorso.

Non affidare la propria diagnosi a chiunque, come ad esempio la scelta di dove fare uno spermioctogramma. Ogni esame deve essere fatto lì dove si svolgono prevalentemente quegli esami e non in un laboratorio qualunque pur di buon livello per la qualità degli esami di sangue in genere.

Raggiungere una corretta diagnosi resta dunque l'obiettivo principe. La diagnosi più sofferta è l'endometriosi che è ormai una vera e propria malattia sociale.

Circa 3 milioni di donne in Italia soffrono di endometriosi e 150 milioni nel mondo.

Pochi sanno in realtà che volte abbia tale malattia, che problemi causa, come riconoscerla e come curarla.

Di certo nelle sue forme più severe e' in grado di interferire notevolmente sulla qualità della vita sociale e individuale delle donne.

La donna deve essere quindi posta al centro di un percorso e tenuta per mano dall'equipe che deve correre insieme a lei alla lotta della patologia.

L'endometriosi e' la presenza di quel tessuto che normalmente si trova in cavità uterina al di fuori, appunto, della sua posizione naturale, come per esempio tube, vescica peritoneo etc...

A creare difficoltà nella diagnosi precoce di tale grave causa di sterilità e' che in circa il 20 - 25% delle donne e' asintomatica, anche se il dolore diventa presto il primo invalidante sintomo.

Il 30 - 40% delle donne con endometriosi e' infertile, infatti la patologia rappresenta una delle tre cause di sterilità femminile più importanti e la cura per la sterilità di cui si soffre e' spesso proprio in una tecnica di riproduzione assistita come la FIVET - ICSI.

Non ci dobbiamo mai stancare di trasmettere il concetto che la conoscenza della malattia e' il primo passo del percorso di cura.

Si intuisce quanto una corretta comunicazione diventa uno strumento di prevenzione potentissimo!

Centro
Genesy
Istruito
Nuove Tecnologie
In Sanità

Poliambulatorio

Counseling per PMA

Diagnosi Prenatale

Cardiologia
Ginecologia
Dermatologia
Ecografia addome
Ecografia Tiroide
Ecografia neonatale
Ecografia muscolare
Ecografia ginecologica
Endocrinologia
Urologia
Studio impotenza maschile
Andrologia
Dietologia

Diagnosi e cura della sterilità
FIVET
ICSI
AIH
Spermioctogramma
Spermiocoltura

Screening I° trimestre
Amniocentesi
Ecocardio fetale



www.centrogenesi.it

Info - Prenotazioni
091 30 93 80

Da venti anni costruiamo rapporti con il paziente