



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

3 MARZO 2015

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

SANITÀ. Tra le criticità segnalate da Roma il servizio di trasporto in emergenza, le unità di terapia intensiva, il piano di formazione, l'integrazione tra ospedali e territorio

Nascite, il ministero: Regione inadempiente

● Diffida dopo l'ispezione sul caso della neonata morta: individuati in sei punti gli interventi ritenuti improcrastinabili

Il ministero della Salute sollecita anche la Sicilia a preparare un report sulle attività dei comitati di Percorso nascita sia regionale che aziendali.

Mimmo Trovato
CATANIA

●●● La Regione Siciliana è inadempiente dal 2012 nel percorso nascita, avendo seguito soltanto parzialmente la messa in sicurezza del piano, che ha rinviato nel tempo, nonostante finanziamenti specifici avuti dal 2009. Arriva dal ministero della Salute la diffida al governo dell'Isola chiamata a realizzare sei punti specifici in tempi contingentati, pena l'invio di un commissario ad acta.

Il documento arriva dopo l'ispezione avviata sulla morte di Nicole, la neonata deceduta su un'ambulanza in viaggio per Ragusa per la mancanza di posti letto nelle Utin degli

ospedali di Catania e Siracusa. Il ministero della Salute, secondo quanto si apprende, ha ritenuto, che, per fare fronte alle criticità emerse dalle verifiche del comitato Lea, sia improrogabile l'emersione e l'attuazione di provvedimenti sul percorso nascita. Il ministero ha individuato in sei punti gli interventi improcrastinabili, fissando anche una scadenza uguale per ciascuno: entro il 30 giugno 2015. Sono il servizio di trasporto in emergenza della madre e del neonato, i punti nascita, le Unità di terapia intensiva neonatale (Utin) e le sub-intensive, il piano di formazione, l'integrazione ospedale-territorio e l'attività dei comitati Percorso nascita regionale e Percorso nascita aziendali.

Per il servizio di trasporto in emergenza della madre e del neonato la Regione dovrà definire le modalità di gestione del modello organizzativo, l'elaborazione di protocolli ope-

DIFFIDA AL GOVERNO DELL'ISOLA: MISURE RAPIDE O ARRIVERÀ UN COMMISSARIO

rativi per la gestione della comunicazione tra cliniche private, ospedale e 118, e attivare i servizi nelle aeree non coperte dal servizio e un sistema di verifica e monitoraggio semestrale. Per questi interventi, dal ministero della Salute è stato disposto anche un report di controllo entro il 31 dicembre del 2015. Sul punto nascita è stata chiesta l'attuazione del piano di riorganizzazione della rete in Sicilia. Disposta anche la chiusura delle strutture con meno di 500 parti l'anno, e occorrerà l'approvazione del ministero della Salute su eventuali

eccezioni. Saranno necessari controlli semestrali e c'è il consiglio di sospendere i parti a domicilio, salvo garantire la tutela di madre e neonato anche in casi di emergenza. Sulle Utin il ministero sollecita un piano regionale con un sistema informatizzato collegato al 118. Sulla formazione si dispone un piano triennale per tutti gli operatori sanitari.

L'integrazione ospedale-territorio prevede i servizi locali coinvolti nella gestione della gravidanza. Il ministero della Salute sollecita infine la Sicilia a preparare un report sulle attività dei comitati di Percorso nascita sia regionale che aziendali. Il documento oltre a contenere indicazioni è al tempo stesso una diffida alla Regione Sicilia: il ministero annuncia controlli e verifiche sui sei punti, pronto a intervenire in caso di mancata realizzazione con la nomina di un commissario ad acta per l'attuazione delle misure indicate.

sanità

Il caso Nicole. Il documento dopo l'ispezione avviata sulla morte della piccola deceduta su un'ambulanza in viaggio verso Ragusa per la mancanza di posti letto a Catania e Siracusa

Aut aut del ministro alla Regione Sicilia

«Siete inadempienti dal 2012 nel percorso nascita, o realizzate entro giugno un piano di sei punti o arriverà un commissario ad acta»
Le misure: servizio di trasporto in emergenza della madre e del neonato, Utin, piano formazione, integrazione ospedale-territorio

PRECARI
Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha firmato ieri il Dpcm (Decreto del presidente del consiglio dei ministri) che permette la stabilizzazione di migliaia di lavoratori precari del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Lo rende noto un comunicato del dicastero

MIMMO TROVATO

CATANIA. La Regione Siciliana è inadempiente dal 2012 nel percorso nascita, avendo seguito soltanto parzialmente la messa in sicurezza del piano, che ha rinviato nel tempo, nonostante finanziamenti specifici avuti dal 2009.
Arriva dal ministero della Salute la diffida al governo dell'Isola chiamato a realizzare sei punti specifici in tempi contingenti, pena l'invio di un commissario ad acta.
Il documento arriva dopo l'ispezione avviata sulla morte di Nicole, la neonata deceduta su un'ambulanza in viaggio per Ragusa per la mancanza di posti letto nelle Utin degli ospedali di Catania e Siracusa. Il ministero della Salute, secondo quanto si apprende, ha ritenuto, che, per fare fronte alle criticità emerse dalle verifiche del comitato Lea (livelli essenziali di assistenza), sia improroga-

bile l'emaneazione e l'attuazione di provvedimenti sul percorso nascita.
Il ministero ha individuato in sei punti gli interventi improcrastinabili, fissando anche una scadenza uguale per ciascuno: entro il 30 giugno 2015. Sono il servizio di trasporto in emergenza della madre e del neonato, i punti nascita, le Unità di terapia intensiva neonatale (Utin) e le subintensive, il piano di formazione, l'integrazione ospedale-territorio e l'attività del Percorso nascita regionale e Percorso nascita aziendali.
Per il servizio di trasporto in emergenza della madre e del neonato la Regione Siciliana dovrà definire le modalità di gestione del modello organizzativo, l'elaborazione di protocolli operativi per la gestione della comunicazione tra cliniche private, ospedale e 118, e attivare i servizi nelle aeree non coperte dal servizio e un sistema di verifica e moni-



Il ministro della Sanità, Beatrice Lorenzin, ha indicato un piano di sei punti che la Regione Sicilia dovrà attuare entro giugno

toraggio semestrale.
Per questi interventi, dal ministero della Salute è stato disposto anche un report di controllo entro il 31 dicembre del 2015.
Sui punti nascita è stata chiesta l'attuazione del piano di riorganizzazione della rete in Sicilia. Disposta anche la chiusura delle strutture con meno di 500 parti l'anno, e occorrerà l'approvazione del ministero della Salute su eventuali eccezioni. Saranno necessari controlli semestrali e

c'è il consiglio di sospendere i parti a domicilio, salvo garantire la tutela di madre e neonato anche in casi di emergenza.
Sulle Utin il ministero sollecita un piano regionale con un sistema informatizzato collegato al 118. Sulla formazione si dispone un piano triennale per tutti gli operatori sanitari.
L'integrazione ospedale-territorio prevede i servizi locali coinvolti nella gestione della gravidanza.
Il ministero della Salute sollecita infine la Sicilia a preparare un report sulle attività dei comitati di Percorso nascita sia regionale che aziendali.
Il documento oltre a contenere indicazioni è al tempo stesso una diffida alla Regione Sicilia: il ministero annuncia controlli e verifiche sui sei punti, pronto a intervenire in caso di mancata realizzazione con la nomina di un commissario ad acta per l'attuazione delle misure indicate.

I SEI PUNTI

1. Per il servizio di trasporto in emergenza della madre e del neonato la Regione Siciliana dovrà definire le modalità di gestione del modello organizzativo, l'elaborazione di protocolli operativi per la gestione della comunicazione tra cliniche private, ospedale e 118, e attivare i servizi nelle aeree non coperte dal servizio e un sistema di verifica e monitoraggio semestrale.
2. Sui punti nascita è stata chiesta l'attuazione del piano di riorganizzazione della rete in Sicilia. Disposta anche la chiusura delle strutture con meno di 500 parti l'anno, e occorrerà l'approvazione del ministero della Salute su eventuali eccezioni. Saranno necessari controlli semestrali e c'è il consiglio di sospendere i parti a domicilio, salvo garantire la tutela di madre e neonato anche in casi di emergenza.
3. Sulle Utin (Unità di terapia intensiva neonatale) il ministero sollecita un piano regionale con un sistema informatizzato collegato al 118.
4. Sulla formazione si dispone un piano triennale per tutti gli operatori sanitari.
5. L'integrazione ospedale-territorio prevede i servizi locali coinvolti nella gestione della gravidanza.
6. Il ministero della Salute sollecita infine la Sicilia a preparare un report sulle attività dei comitati di Percorso nascita sia regionale che aziendali.

Borsellino: «Non mollo» ma è già toto-nomine In pole direttore del Giglio

Col "pancione" in piazza a difesa dei 4 nel mirino Timori che si chiuda in Sicilia e si salvi altrove

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. L'assessore alla Salute, Lucia Borsellino, non getta la spugna. Anzi, è più determinata di prima contrariamente alle notizie che rimbalzano da diversi fronti. Dall'assessorato di piazza Ottavio Ziino trapelano alcune indiscrezioni: «L'assessore al momento non ha alcuna intenzione di dimettersi. Passata forse la "buriana" sugli ultimi casi di cronaca, soltanto all'ora deciderà cosa fare». D'altronde la stessa lo ha pure ribadito alla recente "Leopolda" siciliana.
C'è da aggiungere che la Borsellino ha un preciso intento: chiudere e presto tutte le inchieste che si sono aperte sui presunti casi di malasanità che hanno investito in queste settimane la Sanità siciliana, prima di firmare eventualmente la "fine" del suo mandato. Si vocifera, e da tempo, su un suo possibile trasferimento a Roma, ad un dipartimento dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Sono soltanto voci?
Tuttavia non mancano i "rumors" sui possibili successori. La voce su Giacomo Sampieri, ex commissario straordinario dell'azienda palermitana "Villa Sofia-Cervello", è stata smentita dallo stesso interessato. «È una boiate. Non so da dove giungono queste notizie. Credo che il mio nome - sottolinea Sampieri -

sia il meno indicato per fare l'assessore. Per farlo bisogna scendere a compromessi, ai quali io non ho alcuna intenzione di sottostare».
Ma se un nome c'è, ed è sempre più in auge, con quotazioni alte, è quello di Vittorio Virgilio, direttore generale dell'ospedale "Giglio" di Cefalù, vicinissimo al presidente della Regione, Rosario Crocetta, e gradito anche al centrodestra.
Intanto, però l'assessore Lucia Borsellino sta proseguendo con celerità il suo lavoro e proprio ieri ha tenuto un vertice sui punti nascita e sulle modalità di chiusura dei quattro centri entro il prossimo mese di giugno, malgrado le iniziative popolari che si stanno organizzando a Licata, Paternò e Cefalù.
Nel corso della riunione è stata affrontata anche la questione delle ispezioni. Infatti, l'assessorato ha deciso di passare, fin dalle prossime settimane, ai "raggi X", tutti i punti nascita dell'Isola per verificare efficienze ed eventuali criticità.
Si dovranno formare squadre di ispettori, non più di tre o quattro "007" (ginecologi, neonatologi, esperti del rischio clinico e funzionari dell'assessorato) che saranno supportati dalle competenze delle Società italiana di Pediatria e di quella di Ginecologia.
Saranno ispezioni scrupolose, capilla-

ri e specifiche, fanno sapere da piazza Ottavio Ziino, «in cui non si guarderà in faccia nessuno». Bisogna verificare, in una parola, lo stato di salute dei punti nascita; e tra questi ci sarebbero anche quelli che dovranno chiudere, con apposito decreto.
Eppure, i rappresentanti della Regione, la scorsa settimana a Roma hanno lavorato per un'azione comune per evitare che si possano innescare discrepanze tra le varie realtà.
Infatti, così come deciso dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in tutta Italia saranno 122 i punti nascita che saranno definitivamente chiusi al pubblico perché non raggiungono i 500 parti l'anno.
Però, ci sarebbe il rischio fondato che in certe regioni a prevalere possa essere la politica, il che costringerebbe la sinistra a concedere delle deroghe, malgrado la stessa Beatrice Lorenzin - sia in occasione del recente "question time" alla Camera dopo il "caso Nicole", sia attraverso interviste nelle varie tv nazionali - abbia più volte ribadito che enon vi sarà alcuna deroga. Le Regioni devono chiudere e basta. Senza se e senza ma...
Sarà rispettata la sua intenzione? Non ci saranno influenze della politica? Chissà. Il paradosso che sospettano gli



amministratori e i cittadini di Licata, Cefalù, Paternò e gli assistiti della casa di cura "Argento" di Catania, potrebbe essere quello di vedere chiudere in Sicilia, a giugno, questi 4 centri e lasciare aperti alcuni punti nascita che, invece, dovrebbero essere chiusi in altre regioni.
Ecco perché nel vertice della scorsa settimana al ministero i rappresentanti degli assessorati alla Salute delle varie Regioni italiane hanno chiesto al ministro Lorenzin di predisporre un documento unico per tutti da rispettare senza alcune deroghe. Documento che dovrebbe essere pronto entro una decina di giorni.
Intanto, però, nell'Isola si organizzano le varie mobilitazioni contro la chiusura dei quattro punti nascita. A parte i sindaci di Licata, Paternò e Cefalù che hanno già fatto sentire alla loro voce contraria alla chiusura, anche i cittadini si preparano a scendere in piazza. A Cefalù, ad esempio, domenica, in occasione dell'8 marzo festa internazionale della donna, in piazza Garibaldi ci saranno anche le donne col "pancione" dei nove Comuni del distretto socio-sanitario delle Basse Madonie da cui dipende il reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale "Giglio". È stato coniato, per l'occasione anche uno slogan: «Chi chiude il centro nascente dice no alla vita».

Col "pancione" contro la chiusura

CEFALU'. In piazza, per la salvaguardia del punto nascita, anche le donne incinte. Oggi vertice con i sindaci

ANTONIO FIASCONARO

Ci saranno anche le donne con il "pancione" domenica prossima in piazza Garibaldi a Cefalù, alle 10.30 per manifestare contro la chiusura del punto nascita dell'ospedale "Giglio" così come deciso dall'assessore regionale alla Salute, Lucia Borsellino. È stato coniato per l'occasione uno slogan "Chi chiude il centro nascita dice no alla vita". Una iniziativa che cade l'8 marzo, nella giornata internazionale della donna. Accanto alle donne ci sarà la società civile e i rappresentanti delle 9 Comunità delle Basse Madonie con a capo gli altrettanti sindaci del distretto socio-sanitario. Capofila naturalmente Cefalù a cui si aggregheranno in primi cittadini di Castelbuono, Polina, San Mauro Castelverde, Isnello, Collesano, Gratteri, Lascari e Campofelice di Roccella.

Esplode la rabbia, dunque, delle donne e delle popolazioni madonite che non accettano la chiusura del centro di Cefalù che, com'è noto nel 2014 ha chiuso con 420 parti mentre nei primi due mesi di quest'anno erano stati già 66 con una prospettiva di poter chiudere il 2015 con oltre 500 parti.

Intanto per oggi, sempre a Cefalù ci sarà un vertice con tutti e 9 i sindaci del comprensorio che si troveranno di fronte ad affrontare il tema in occasione della chiusura anche dell'ufficio del "giudice di pace".

«Ci confronteremo - ha detto Antonio Tumminello, sindaco di Castelbuono - il nostro distretto non può essere penalizzato dalle decisioni miope di alcuni politici. Noi non possiamo accettare che dall'oggi al domani venga chiuso il punto nascita dove tra l'altro sono andati a partorire non solo le donne del nostro

comprensorio ma anche quelle di alcuni Comuni del Messinese».

Stando alle ultime notizie che rimbalzano da piazza Ottavio Ziino, sede dell'Assessorato regionale alla Salute, per Cefalù sarebbe già stata scritta la parola "fine" anche se da rumors rimbalzano notizie come quella che un "salvataggio" del centro di Cefalù potrebbe avvenire con la chiusura del punto nascita di Petralia Sottana (1281 parti nel 2014). Tra l'altro il "Madonna dell'Alto" è già integrato con il punto nascita dell'ospedale "Cimino" di Termini Imerese che nel 2014 ha chiuso con 548 parti. Una cosa è certa, così come giungono notizie dalle Madonie: se chiuderà il punto nascita di Cefalù, molte donne andrebbero a partorire al "Buccheri La Ferla" e nelle altre cliniche convenzionate di Palermo, boicottando di fatto il Centro di Termini Imerese che è senza dubbio all'avanguardia.



L'OSPEDALE "GIUSEPPE GIGLIO" DI CEFALÙ

CONTRO LA CHIUSURA. Raccolta di lettere e comunicati, oggi riunione dei sindaci del distretto, domenica un corteo

Punto nascita di Cefalù, la protesta si allarga

CEFALÙ

●●● È stato fissato per stamattina alle 11 l'incontro tra i sindaci del distretto sanitario 33 convocato dal primo cittadino cefaludese Rosario Lapunza per discutere la situazione del punto nascita dell'ospedale Giglio. E continuano intanto le prese di posizione del mondo politico contro la chiusura della struttura decisa dalla Regione.

«I parametri e i freddi numeri non possono decidere le sorti di un territorio né incidere sulla salute dei cittadini. La politica non può e non deve basarsi solo su fredde statistiche da cui

deriva l'apertura o la chiusura di un reparto o di una struttura sanitaria», dice Magda Culotta, sindaco di Pollina e deputato del Pd, che aggiunge: «Questo è un presidio troppo importante per la comunità delle Madonie, ma anche per numerosi centri del Messinese e della Sicilia centro-occidentale. Per questo ho intenzione di continuare a seguire la questione direttamente sia da sindaco che da deputato».

Un documento congiunto è arrivato anche dai segretari dei circoli del Pd dei paesi del distretto 33. Incoraggiano i sindaci a portare avanti tutte

le iniziative legali e politiche volte a far sospendere e ritirare il decreto. I Democratici invitano l'assessore Borsellino e il presidente Crocetta a potenziare il punto nascita cefaludese con un reparto di terapia intensiva neonatale. Una lettera alla Borsellino è stata spedita dal presidente del consiglio comunale di Cefalù Antonio Franco: «Le chiedo di ripensarci, di sospendere il suo decreto e di garantire l'apertura, l'efficienza e il potenziamento del centro nascita di quella Fondazione ospedale Giglio di cui Lei, evidentemente credendo in tale investimento di risorse e di speranze,

ha firmato l'atto di nascita, senza neppure dire ai cofondatori che ne stava andando a chiudere uno dei reparti più importanti ed efficienti».

Vanno avanti, intanto, i preparativi per la manifestazione di protesta che si terrà domenica mattina, 8 marzo, festa della donna, sulle strade del centro storico normanno. L'appuntamento è per le 10,30 in piazza Garibaldi da dove il corteo sfilerà verso piazza Duomo dove sarà data voce ad alcune mamme, ai rappresentanti del personale del punto nascita e ai sindaci del comprensorio che lo vorranno. (M.C.) LUCA MACALUSO

La Regione

PER SAPERNE DI PIÙ
www.salute.gov.it
www.siciliaduepuntozero.it

Sanità, ultimatum da Roma Un ex cuffariano al Giglio ed è gelo Crocetta-Borsellino

Emergenza neonati: il ministro fissa i sei obiettivi da raggiungere entro giugno
Il presidente nomina Albano all'ospedale di Cefalù, l'assessore non lo sapeva

IPUNTI

L'ISMETT

Sul rinnovo della convenzione con l'istituto di Pittsburgh le incomprensioni di Lucia Borsellino con i renziani. Nel corso della Leopolda di Palermo l'invito di Delrio e Faraone a fare in fretta

VILLA SOFIA

Sulla gestione dell'azienda ma anche su quella dell'ospedale di Cefalù sarebbero pronti dossier da parte dell'assessore Ma Sampieri e Virgilio restano manager graditi al governatore Crocetta



IL CASO CEFALÙ

La nomina di Giovanni Albano (foto), radiologo in passato vicino a Cuffaro, alla guida della fondazione dell'ospedale Giglio di Cefalù è stata fatta da Crocetta. L'assessore Borsellino non ne sapeva niente

EMANUELE LAURIA

L'ULTIMO sgarbo all'assessore simbolo è la nomina di un cuffariano doc alla guida dell'ospedale di Cefalù. Lui si chiama Giovanni Albano, ha 55 anni, è un radiologo come l'ex governatore finito in carcere per mafia e dello stesso governatore è stato compagno d'università, amico e sostenitore. Chi ha seguito da vicino gli anni dell'amministrazione Cuffaro ricorda questo medico biondo e ben vestito accanto a Totò, a Palazzo d'Orleans come nell'elegante abitazione di viale Scaduto come nei luoghi delle manifestazioni politiche. «Non è un mistero: stavano assieme mattina, pomeriggio e sera», dice il deputato forzista Saverio Romano, che nei primi anni del decennio scorso era coordinatore regionale dell'Udc. In realtà la coppia era un trio: perché con Cuffaro e Albano si vedeva spesso Nino Dina, che oggi è il presidente della commissione Sanità dell'Ars e che pare sia stato il principale sponsor della nomina firmata da Rosario Crocetta.

L'assessore alla Salute, Lucia Borsellino, non ne sapeva nulla. «Albano? E chi è?», diceva ieri pomeriggio la Borsellino a una persona a lei vicina. È vero che la designazione è di competenza della presidenza, ma è vero pure che l'assessore aveva seguito l'iter del riassetto societario dell'ospedale Giglio (con l'uscita del San Raffaele di Milano e l'ingresso delle aziende Civo e Cervello-Villa Sofia), presenziando anche all'assemblea dei soci che ha approvato le modifiche statutarie.

La scelta di Albano, in servizio al Policlinico ed un anno coordinatore gestionale dello stesso Giglio, rischia di diventare un nuovo caso nella maggioranza che sostiene Crocetta. Provoca mugugni sotterranei destinati a esplodere nelle prossime ore, riaccende il dibattito sul passato che bussa alle porte del centrosinistra («L'attuale ceto politico non ha prodotto una nuova classe dirigente», infierisce Romano) e denota la condizione di isolamento in cui versa la Borsellino, che ha annunciato e poi congelato le sue dimissioni.

Lascerà, Lucia, e lo farà probabilmente appena sarà chiusa la relazione definitiva sul caso della povera Nicole, ma intanto agli applausi pubblici (all'Ars come alla Leopolda) corrispondono i dispiaceri "privati". Come quelle parole di Antonio Ingroia, l'ex magistrato posto da Crocetta alla guida di Sicilia e Servizi che, nel replicare alle accuse sulla mancata

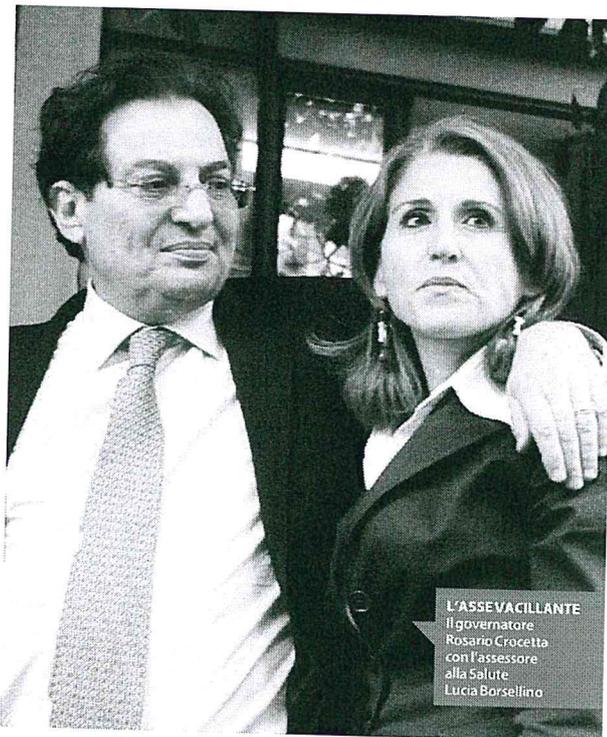


DALLA TRAGEDIA ALL'ADDIO

"Repubblica" del 14 febbraio con il titolo sull'annuncio di Lucia Borsellino "Mi dimetto". Poi l'addio è stato congelato

informatizzazione del 118, ha detto che la sua società «è protagonista degli unici veri e concreti miglioramenti della sanità siciliana negli ultimi tempi». Non solo: Ingroia afferma che, se la giunta Lombardo tre anni fa avesse commissionato a Sicilia e Servizi le «necessarie modifiche informatiche al 118», la ricerca automatica dei posti liberi negli ospedali «avrebbe salvato la vita a Nicole». Tre anni fa la Borsellino non era assessore ma, in stretto connubio con Massimo Russo, aveva un ruolo di capo dipartimento nell'amministrazione.

Ma queste sono piccole amarezze, rispetto alla consapevolezza, da parte della Borsellino,



L'ASSEVACILLANTE
Il governatore Rosario Crocetta con l'assessore alla Salute Lucia Borsellino

di essere finita in una morsa. Da un lato, la diffidenza (ricambiata) nei confronti dei più fidati consiglieri di Crocetta nel mondo della Sanità: dall'ex commissario dell'azienda Villa Sofia-Cervello, Giacomo Sampieri, al chirurgo plastico Matteo Tutino, sino a Vittorio Virgilio, direttore generale proprio del Giglio di Cefalù. Sulle gestioni dell'azienda palermitana e di quella cefaludese non mancherebbero i dubbi dell'assessore, contenuti in particolareggiati dossier. Eppure proprio all'interno di questa cerchia — e alla rosa va aggiunto il nome del manager dell'azienda sanitaria di Palermo Antonino Candela (vicino al senatore Giuseppe

Lumia) — il presidente della Regione guarda per trovare il nome del successore della Borsellino.

Il nome di Sampieri è quello che Crocetta cita più spesso, come quello un manager cui affidare i compiti più delicati. Persino — sussurra qualcuno — da proporre al ministro Lorenzin come commissario o consulente del governo nazionale. Proprio ieri, dal ministero della Salute è arrivata una diffida alla Regione «inadempienza». Chiamata, entro il 30 giugno, a realizzare sei obiettivi sinora inattuati, come emerso dall'ispezione avviata sulla morte di Nicole. Fra le prescrizioni che giungono da Roma, la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno e un sistema informatizzato collegato al 118 per la verifica immediata delle disponibilità di posti nei reparti di terapia intensiva neonatale. Ulteriori ritardi della Regione saranno puniti con l'invio di un commissario.

Dall'altolato, le rigidità della Borsellino sulla proroga della convenzione dell'Ismett, centro specializzato che ha performance ma anche costi elevati (93 milioni l'anno) già da tempo infastidisce i renziani, che alla Leopolda hanno chiesto esplicitamente a Crocetta di fare in fretta. E l'ha auspicato direttamente il sottosegretario Graziano Delrio.

In questa situazione, Lucia diffida. Cerca di capire quanto c'è di reale e quanto di finto anche nelle manifestazioni di solidarietà. Sapendo che le sue dimissioni, alla fine, faranno piacere a tanti. A più di quanti si aspettava.

IL PIANO



Expo, corsa contro il tempo "Ora i bandi per i Comuni"

CORSA contro il tempo per l'Expo. Durante un convegno organizzato dall'Anci Sicilia, il dirigente delle Attività produttive, Alessandro Ferrara, ha tracciato la road map: «Siamo a buon punto, abbiamo pubblicato i primi bandi ed entro dieci giorni pubblicheremo quello dedicato ai Comuni. È andata deserta la gara per l'allestimento della piazzetta dove saranno esposti gli Aroliti di Morgantina, ma la Sicilia farà una bella figura».

PREVENZIONE. Oggi, dalle ore 9 alle 17, sarà possibile usufruire di un lungo elenco di prestazioni gratuite

Dalle ecografie alle visite oculistiche Fa tappa alla Kalsa «Asp in piazza»

●●● Visite specialistiche ed esami diagnostici gratuiti oggi alla Kalsa per «Asp in Piazza», manifestazione itinerante sulla prevenzione. Continua l'impegno dell'Azienda sanitaria provinciale nel campo della difesa della salute.

Dalle ore 9 alle 17 ci sarà la possibilità di usufruire di una lunga serie di prestazioni: screening del cancro alla mammella (mammografia); screening del tumore al co-

lon-retto con distribuzione del sof-
test per la ricerca del sangue occulto nelle feci; screening del diabete e dei fattori di rischio cardiovascolari (in collaborazione con l'associazione Medici sportivi e con l'associazione «Danilo Dolci»); prevenzione cardiologica (elettrocardiogramma); prevenzione del tumore alla tiroide (ecografia); prevenzione della BCPO-Broncopneumopatia cronica ostruttiva (vi-

sita pneumologica e spirometria); visita oculistica (in collaborazione con l'associazione Aris); consultorio familiare (promozione del percorso nascita e quaderno della gravidanza, promozione della salute sessuale e riproduttiva di giovani ed adolescenti); promozione della salute immigrati (saranno presenti 4 mediatori culturali); servizi all'utenza (prenotazioni di visite specialistiche per gli ambula-

tori dell'Asp attraverso il Cup mobile, scelta e revoca del medico di famiglia, informazioni su richieste di invalidità, assistenza domiciliare integrata, esenzione ticket per reddito). Il camper dei veterinari dell'Asp assicurerà tra l'altro la «microchippatura» gratuita dei cani.

L'accesso a tutti i servizi sarà gratuito, diretto, senza necessità di ricetta o prenotazione. Nel Villaggio della salute saranno impegnati 55 operatori dell'Asp tra medici, veterinari, infermieri personale tecnico ed amministrativo. L'iniziativa realizzata in collaborazione con la Lilt e l'associazione «Serena».

Sei in: Home > Attualità > Arriva in Italia una "super" risonanza che brucia le cellule tumorali

MACCHINARIO TESTATO ALL'ISTITUTO ROMAGNOLO TUMORI

Arriva in Italia una "super" risonanza che brucia le cellule tumorali

di oggisalute | 2 marzo 2015 | pubblicato in Attualità



Presto i tumori potranno essere "bruciati" con una risonanza. Grazie ad un innovativo macchinario che sarà inaugurato domani all'Irst (Istituto scientifico romagnolo per la cura dei tumori) le cellule maligne potranno essere debellate con precisione e in modo non invasivo da una "super" risonanza magnetica attraverso un macchinario che emette ultrasuoni ad altissima intensità.

Nei prossimi anni saranno condotti tre progetti sperimentali per valutare l'accuratezza diagnostica, sicurezza, tollerabilità, comfort e rapporto costo-efficacia del

tipo di indagine. Gli esperti dell'Irst testeranno, inoltre, la capacità della risonanza nell'individuare i danni procurati al fegato dai farmaci chemioterapici e l'utilizzo degli ultrasuoni focalizzati ad alta intensità nel trattamento delle metastasi ossee e del dolore.

Si tratta di un trattamento innovativo e poco invasivo, senza gli effetti collaterali della chemio e radioterapia. Il macchinario entrerà a regime ad aprile e potrà essere utilizzato su chiunque abbia i requisiti per la sperimentazione.

// Video



Valvole cardiache, parte il programma "One Valve one life"

Seguici su

SEI UN ESPERTO DI QUESTA MATERIA?
oggisalute - per maggiori informazioni [clicca qui!](#)

VUOI SAPERNE DI PIU' DI QUESTO ARGOMENTO?
oggisalute - per maggiori informazioni [clicca qui!](#)

Mi piace

La redazione consiglia

- Lotta ai tumori, "gli hospice una possibilità in più di sopravvivenza"
- Tumori e sessualità: come cambia | la vita della donna
- Cibo, genetica e karma: incontro a Milano

Lascia un Commento

Nome (obbligatorio)

Mail (che non verrà pubblicata) (obbligatorio)

Sito web



RAFFAELLA PERELLO

PARLA L'ESPERTO

A cura di *raffaella perello*

Rinoplastica: è possibile rifarsi il naso senza intervento chirurgico?

La rinoplastica non chirurgica può essere una valida alternativa all'intervento vero e proprio nei casi in cui sia necessario risolvere zone depresse del naso o per rendere meno visibile la classica gobbeta. Andando ad iniettare il rinofiller prima e/o dopo "l'avvallamento" è possibile mascherarlo in modo da renderlo meno evidente. Altro contesto in cui il rinofiller [...]

Ti abbiamo a cuore

IL DEFIBRILLATORE PUÒ SALVARE UNA VITA: 310 DAE PRESENTI SU TUTTO IL TERRITORIO

DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI (DAE)

118

Immunotarget terapia

Nuova era per i tumori

La novità dell'oncologia del terzo millennio

Ottima novità nel trattamento dei tumori. L'Immunotarget terapia apre una nuova era nel trattamento dei tumori e modifica le aspettative di sopravvivenza. Il trattamento utilizza il sistema immunitario, il sistema di difesa dell'organismo, per combattere le cellule tumorali.

Il nuovo metodo di cura è stato utilizzato inizialmente sul melanoma e, ora, questo approccio rivoluzionario si sta estendendo con successo ad altri tipi di tumore come quelli del polmone e del rene.

«Grazie al suo meccanismo d'azione, questo approccio terapeutico innovativo, applicato al melanoma, riesce a limitare e fermare la malattia per un lungo periodo», spiega il professore **Carmine Pinto**, presidente nazionale dell'Associazione italiana di oncologia medica e direttore dell'Oncologia medica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma.

È unanime il parere degli esperti sulle potenzialità terapeutiche che possono derivare dall'innovativo trattamento: per la totalità dei camici bianchi, grazie allo sviluppo di questi

farmaci, nei prossimi cinque anni si otterrà un miglioramento della pratica clinica.

«Siamo di fronte – aggiunge Pinto – ad un'importantissima novità dell'oncologia del terzo millennio, a un approccio rivoluzionario nel trattare il cancro, che si affianca a quelli tradizionali rappresentati dalla chirurgia, dalla radioterapia e dalla chemioterapia».

Dal primo sondaggio sull'immuno-oncologia mai realizzato in Italia, promosso dall'Associazione italiana di oncologia medica lo scorso gennaio, che ha coinvolto sia i pazienti che i clinici, emerge che oltre il 90 per cento dei pazienti con melanoma in trattamento dà una definizione appropriata di farmaco immuno-oncologico. L'80 per cento ritiene che queste terapie siano efficaci e più tollerate, rispetto agli altri trattamenti anti-cancro. E il 98 per cento è consapevole che possono presentare effetti collaterali, ma diversi dalla chemioterapia.

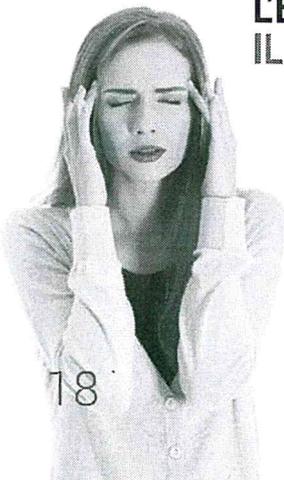
Il primo farmaco immuno-oncologico approvato è *Ipilimumab*, sviluppato da Bristol-Myers Squibb. «La combinazione delle nuove terapie e la loro somministrazione in sequenza – sottolinea il professore **Michele Maio**, direttore Unità complessa di Immunoterapia oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese – rappresenta- ➤

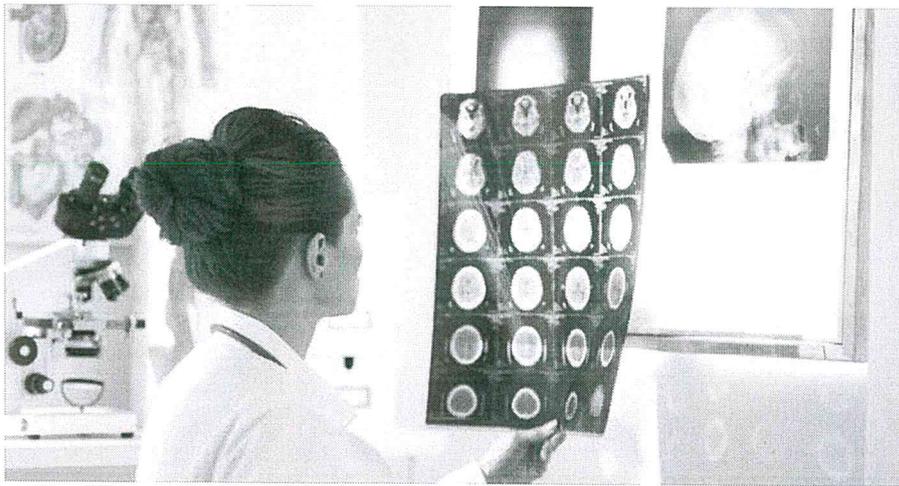
Zapping

L'EMICRANIA POTREBBE RADDOPPIARE IL RISCHIO DI PARALISI AL VOLTO

Soffrire di emicrania non è solo altamente invalidante, ma aumenterebbe anche il rischio di andare incontro a paralisi facciale, ovvero a quella che viene chiamata paralisi di Bell.

Lo dimostra uno studio pubblicato sulla rivista *Neurology* da **Shuu-Jiun Wang**, dell'Università Yang-Ming a Taipei. Lo studio suggerisce che le due condizioni potrebbero essere legate da cause comuni alla base. Gli esperti hanno seguito per alcuni anni due gruppi di individui, 136.704 sofferenti di emicrania e altrettanti senza questo problema. Nel corso degli anni, i neurologi hanno diagnosticato e registrato tutti i casi di paralisi di Bell tra i due gruppi (si tratta di una condizione legata a un nervo cranico e quasi sempre transitoria) e constatato che tale paralisi è il doppio più frequente tra chi soffre di emicrania. Z





► no la svolta nella lotta contro questo tipo di tumore della pelle e numerose altre neoplasie. Oggi, si stanno affacciando altre armi, come nivolumab. I dati più recenti evidenziano come la combinazione di due anticorpi monoclonali immunomodulanti, *ipilimumab* e *nivolumab*, sia in grado di garantire risposte positive in termini relativamente brevi. I risultati degli studi in corso su nivolumab nel melanoma e in altre neoplasie, come quella del polmone non a piccole cellule, del rene e nel linfoma di Hodgkin, offrono ulteriori evidenze cliniche del potenziale dell'immuno-oncologia come approccio innovativo nel trattamento dei tumori».

Il melanoma ha rappresentato il candidato ideale per verificare l'efficacia di questa nuova arma. Sono 11.000 le nuove diagnosi stimate nel 2014 in Italia e 1.700 i casi di malattia metastatica.

A settembre 2014 *ipilimumab* ha ricevuto l'"ok" dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) per il trattamento in prima linea dei pazienti colpiti da melanoma metastatico, dopo il parere positivo dell'Agenzia regolatoria europea (EMA). Il farmaco ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza a lungo termine nel melanoma in fase avanzata: nel 20 per cento dei pazienti renderebbe la malattia cronica.

«Un risultato mai raggiunto finora», afferma il professore **Paolo Ascierto**, direttore dell'Unità di oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative del "Pascale" di Napoli.

L'immuno-oncologia è una modalità di trattamento in rapida evoluzione, focalizzata su farmaci che agiscono direttamente sul sistema immunitario per combattere il cancro. Dalla sua iniziale approvazione, *ipilimumab* ha rappresentato il primo significativo progresso negli ultimi trent'anni nel trattamento del melanoma metastatico, mostrando il potenziale di una sopravvivenza a lungo termine in alcuni pazienti.

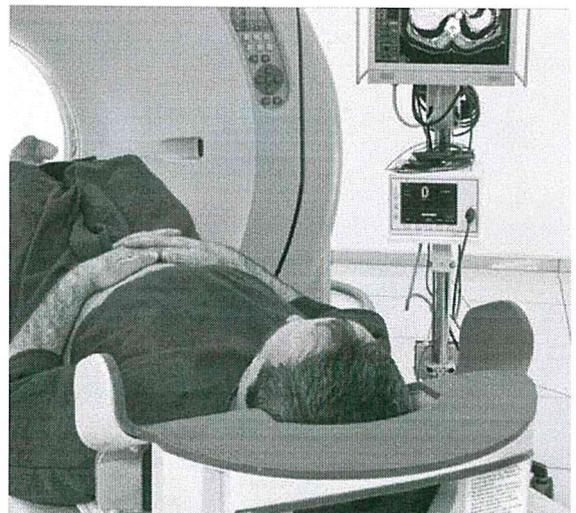
«Vogliamo colmare significativi bisogni clinici insoddisfatti di salute nei pazienti con cancro – sostiene il dottore **Renzo Canetta**, Vice President, Global R&D Oncology Policy Bristol-Myers Squibb, Stati Uniti -. Per questo abbiamo il più vasto programma di sviluppo clinico per valutare i nostri farmaci immuno-oncologici in differenti tipi di tumore. Bristol-Myers Squibb guida il progresso dell'immuno-oncologia, con l'obiettivo di modificare le aspettative di sopravvivenza e il modo in cui i pazienti affrontano e convivono con il cancro». ■

COME AGISCONO GLI IMMUNO-ONCOLOGICI

Uno dei meccanismi che il tumore può utilizzare per sfuggire al controllo del sistema immunitario è rappresentato da una sorta di "posto di blocco", che si attiva in diverse fasi della risposta immunitaria per regolare la risposta dei linfociti T (potenti globuli bianchi capaci di eliminare o neutralizzare le cellule infette o anormali).

«Quando le cellule tumorali sfruttano questa via di checkpoint – spiega il professore Carmine Pinto – spengono la risposta immunitaria, inattivando i linfociti T e permettendo la continua crescita della malattia. Questi farmaci sono in grado di superare i meccanismi di difesa del tumore e di attivare il sistema immunitario, "rieducandolo" a tenere sotto controllo la neoplasia. Nuovi studi stanno evidenziando risultati positivi in diversi tipi di tumori, come quelli del polmone e del rene che, in fase avanzata, fanno registrare percentuali di sopravvivenza molto basse, inferiori al 20 per cento.

In uno studio presentato al recente Simposio Multidisciplinare di Oncologia Toracica, il 41 per cento dei pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule avanzato, trattati con *nivolumab* era vivo ad un anno e la sopravvivenza mediana è stata di 8,2 mesi. Positivi i risultati di *nivolumab* anche nel linfoma di Hodgkin, presentati lo scorso dicembre a San Francisco al Congresso dell'American Society for Hematology, con un tasso di risposta globale dell'87 per cento e stabilizzazione della malattia nel 13 per cento dei pazienti. ■



Sclerosi multipla. Due ricerche in Uk e Italia

pubblicate su Jama e Neurology: i pazienti dopo anni di terapie migliorano. Il racconto dei malati, la cautela degli studiosi. Non è per tutti

Il sangue "rigenerato" da chemio e staminali

PER alcuni malati di sclerosi multipla è la chiave di volta. La conferma arriva da due recenti studi, uno inglese pubblicato su *Jama* e uno italiano uscito su *Neurology*, un autotrapianto di cellule staminali emopoietiche, reinfuse dopo aver azzerato con altissime dosi di chemioterapici il sistema immunitario del paziente, riescono a ricostruirlo in circa un mese invertendo i sintomi della patologia, per la quale non c'è ancora cura.

I medici britannici invitano alla cautela, considerati i piccoli numeri, circa una ventina di malati, il fatto che il loro studio non prevedesse un gruppo di controllo e che abbia funzionato in malati con sclerosi recidivante-remittente ma non contro la forma secondaria progressiva. Il trattamento proposto non è però nuovo. «La ricerca su *Jama* non dimostra nulla di nuovo - attacca Gianvito Martino, direttore della divisione Neuroscienze Irccs ospedale Ran Raffaele di Milano - dal '94 vengono effettuati trapianti di midollo osseo per il trattamento della sclerosi multipla e più di 500 pazienti nel mondo hanno già ricevuto un trapianto. In alcuni ca-

si, soprattutto in quelli maligni e velocemente ingravescenti, può funzionare. Ciò non toglie che rimane una procedura di per sé rischiosa, ancora sperimentale e che i casi devono essere accuratamente selezionati e valutati secondo una logica di rischio/beneficio».

Lo studio italiano di fase 2, durato oltre 15 anni, ha invece paragonato in 21 malati gravi, con sclerosi secondaria progressiva o recidivante-remittente, l'autotrapianto di staminali alla terapia farmacologica standard a base di mitoxantrone. Con l'autotrapianto i pazienti hanno presentato l'80 per cento in meno di nuove lesioni cerebrali. «Da circa 20 anni - premette Gianluigi Mancardi, direttore della clinica Neurologica dell'università di Genova e coordinatore dello studio con Riccardo Saccardi, del Careggi di Firenze - si tenta l'approccio delle staminali ematopoietiche per le malattie autoimmuni, come è anche la sclerosi multipla. E abbiamo pazienti trapiantati quindici anni fa che sono ancora liberi da malattia, benché, essendo un trapianto autologo, prima o poi la sclerosi può tornare. Quello che mi preme è specificare che questo trattamento non è per tutti ma solo per

chi ha forme aggressive di malattia, all'incirca tra il 5 e il 10% dei malati di sclerosi».

Sia chiaro, se la tecnica non fosse così terribilmente aggressiva sarebbe l'uovo di Colombo, considerati i miglioramenti. Ma purtroppo non è così. «Azzerando i globuli bianchi abbiamo anche una mortalità non trascurabile - continua Mancardi - attorno al 2%. Per questo è un approccio che si può utilizzare solo in casi ben selezionati, in pa-

Procedura che va valutata in base a rischi-benefici

I casi nel nostro Paese

zienti con forme gravi di malattia e dopo fallimenti di altre terapie. Eticamente non sarebbe possibile trattare in questo modo, e con questi rischi, persone che stanno abbastanza bene. I risultati sono straordinari, anche perché questi malati erano destinati a restare a letto o a morire. E invece camminano e conducono una vita normale».

(elvira naselli)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prevenzione. L'Europa vuole un registro personale delle dosi assorbite. Serve a non superare la soglia di rischio. Un esame su quattro fa correre pericoli inutili. Ma l'Italia è in ritardo sull'applicazione della direttiva

Il diario dei raggi X ci proteggerà dall'abuso di lastre

MARIAPAOLA SALMI

SETTE miliardi di esami radiologici nel mondo. Cento milioni in Italia, prescritti forse con troppa facilità considerato che un esame su quattro sarebbe inutile e che un individuo ogni anno riceve una quantità di radiazioni pari a decine e decine delle vecchie lastre del torace. Occorre fermare questa bulimia diagnostica, se non altro per il rischio cancerogeno legato all'eccesso di raggi X che non può più essere trascurato.

Secondo ricerche americane, quasi il 2% dei tumori sarebbe dovuto all'abuso di Tac. Adesso la direttiva europea "Euratom" 2013/59, che gli Stati membri dovranno mettere in pratica entro febbraio 2018, obbliga i radiologi a scrivere all'interno del referto e poi, quando sarà adottato dalle regioni, nel fascicolo elettronico, la dose esatta di radiazioni che una persona riceve nel corso di quell'esame. La direttiva vuole incentivare la comunicazione medico-paziente e sancisce la co-responsabilità del medico prescrivente e dello specialista esecutore nella scelta del procedimento

Rep tv NEWS REPTV-LAEFFE Il "martedì di Salute" alle 19.45 sul canale 50 del dig. terrestre e 139 di Sky

diagnostico.

«Questa normativa, recepita alla fine del 2014, integra e aggiorna un insieme di norme che regolano l'utilizzo delle radiazioni ionizzanti — afferma Carlo Masciocchi, presidente della Società italiana di radiologia medica (Sirm) — in Italia abbiamo la legge 187 del 2000, che codifica l'impiego delle radiazioni ionizzanti, una delle più avanzate d'Europa. Pur essendo il parco delle apparecchiature a livello nazionale di buona qualità, il 65% è obsoleto e impiegheremo almeno due, tre anni per adeguarci alla direttiva, in quanto i macchinari attualmente disponibili non sono in grado di registrare la dose di raggi erogata. I radiologi sono d'accordo sulla necessità di certificare le dosi ma è altrettanto importante far capire ai pazienti che non sempre sottoporsi ad un esame radiologico è utile, anzi a volte non serve affatto o può essere dannoso».

Un fiume di prescrizioni per lo più del medico di medicina generale ma anche di molti specialisti, che costano al Servizio Sanitario Nazionale

LE DOSI DI RADIAZIONE

1 µSv Uso del monitor a tubo catodico all'anno	5 µSv Radiografia dentale	10µSv Dose media percepita al di in ambiente naturale	40 µSv Volo Palermo - Helsinki	100 µSv Radiografia del torace	1,5 mSv Radiografia della colonna	2 mSv Dose media annua percepita in ambiente naturale	3 mSv Screening mammografico	10 mSv Dose medi di una Tac
µSv: macro-Sievers					1000 µSv: 1milliSievers (1mSv)			

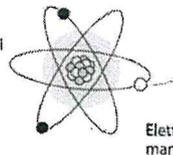
le oltre 5 miliardi di euro l'anno. Nove milioni di risonanze magnetiche (che sono costose ma non rischiose per la salute), undici milioni di Tac, cinquanta milioni di radiografie convenzionali all'anno. Molte di queste andrebbero eli-

per le donne, è dato concreto: i casi di prescrizioni evitabili sono più del 25%, il 30-50% degli esami è prescritto o eseguito in maniera inappropriata. Il paziente chiede l'esame con il macchinario più recente. Il medico prescrive, anche

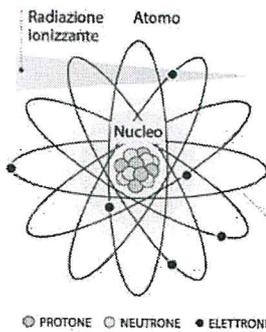
zanti, le più pericolose, ci sono diverse motivazioni: da un lato, la naturale evoluzione tecnologica sempre più sofisticata e le elevate aspettative dei pazienti che arrivano nello studio del medico con le idee chiare, e pretendono l'esame

LA IONIZZAZIONE

Consiste nella rimozione o addizione di uno o più elettroni di un atomo o una molecola neutra. Con questa operazione si carica positivamente



Elett man



Le radiazioni ionizzanti
Sono dotate di sufficiente energia c poter ionizzare gli at o le molecole con le vengono ad interag

● PROTONE ○ NEUTRONE ● ELETTRONE

IL CORPO SOTTO I RAGGI

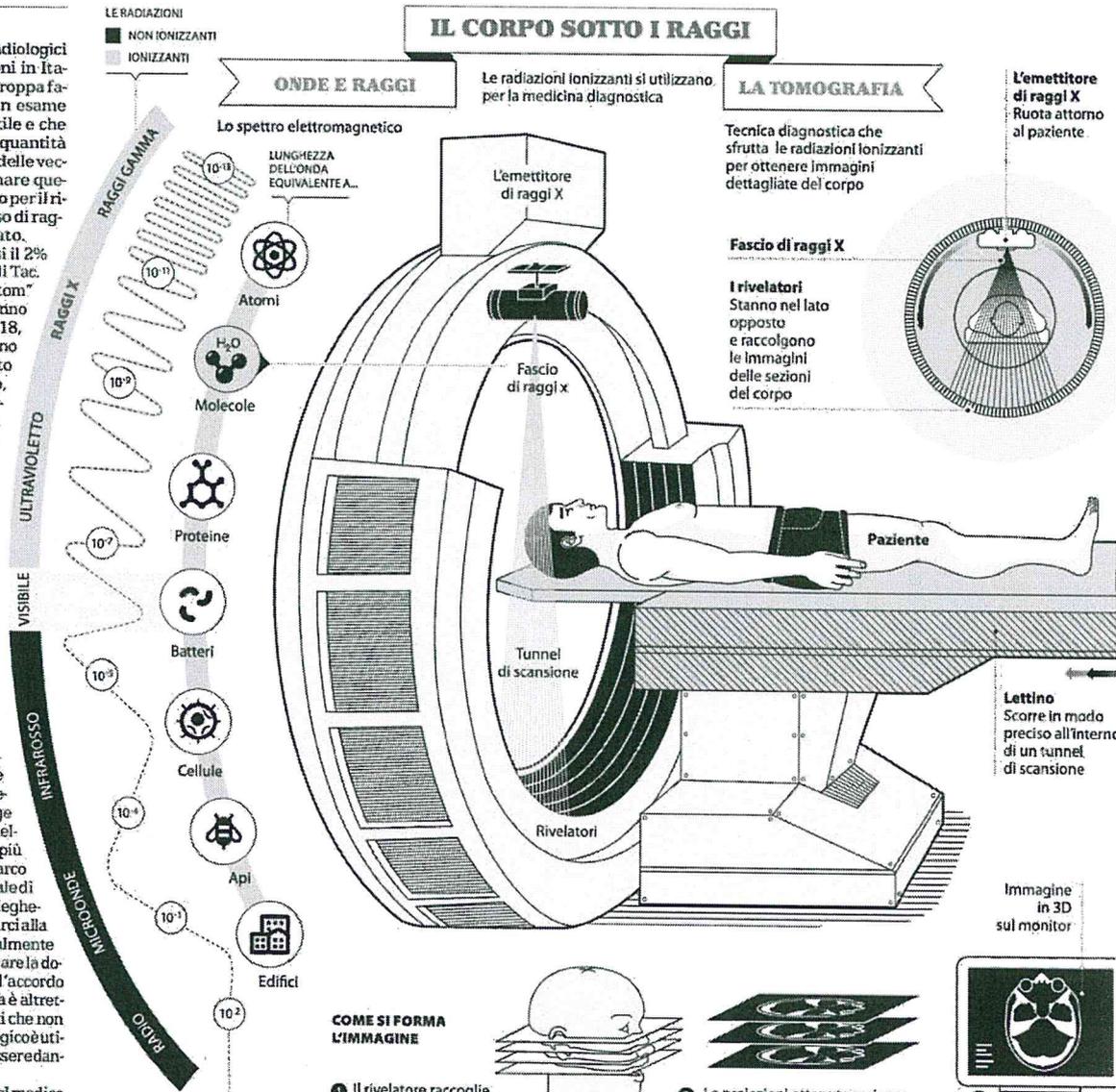
ONDE E RAGGI

Le radiazioni ionizzanti si utilizzano per la medicina diagnostica

LA TOMOGRAFIA

Tecnica diagnostica che sfrutta le radiazioni ionizzanti per ottenere immagini dettagliate del corpo

L'emettitore di raggi X
Ruota attorno al paziente.



COME SI FORMA L'IMMAGINE

1 Il rivelatore raccoglie l'immagine delle sezioni del paziente

2 Le proiezioni ottenute assieme alle informazioni dell'angolo di ripresa sono elaborate da un PC



minate.

L'abuso di indagini radiologiche, pericolose soprattutto per i bambini sotto l'anno di età e

quando non dovrebbe. «Alla base di questo boom prescrittivo di esami radiologici, in particolare quelli che utilizzano le radiazioni ioniz-

me, a costo di pagarlo di tasca propria — dice Walter Marroco, responsabile scientifico Federazione italiana dei medici di medicina gene-

ca fino ad un esame radiologico su tre viene prescritto, secondo quanto riporta Janner Caverly dell'università del Colorado in uno studio, in si-

Diabete. Presentato a Parigi un dispositivo integrato che monitora e, se necessario, blocca la somministrazione di insulina, anche di notte, calcolando in anticipo i problemi. Finora l'allarme scattava già in zona rischio. La grande utilità per i piccoli e i ragazzi. Sta arrivando in Italia

IL NUOVO MICROINFUSORE DI INSULINA

-  Calcolo più efficace del bolo (singola dose)
-  Trattamento programmabile pro-memoria
-  Erogazione del bolo da remoto
-  Impostazione facile dei parametri
-  Controllo del volume delle suonerie



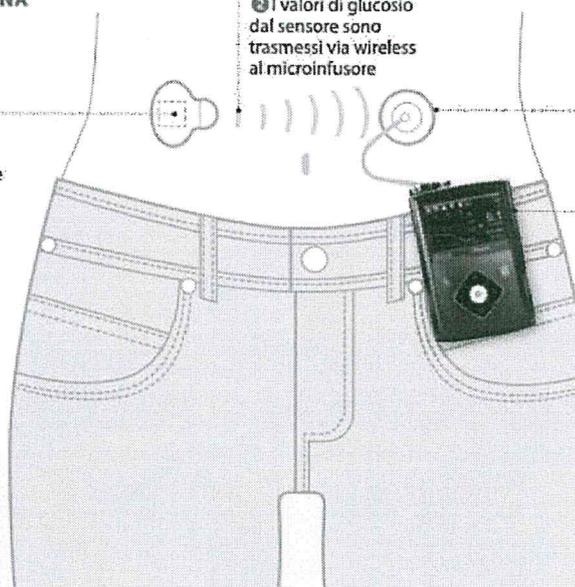
Minimed 640G

FONTE MEDTRONIC

COME FUNZIONA

1 Un sensore per il monitoraggio continuo del glucosio rileva automaticamente i valori giorno e notte

2 I valori di glucosio dal sensore sono trasmessi via wireless al microinfusore



IN CIFRE

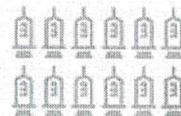


Pazienti insulino-dipendenti che soffrono di ipoglicemia



Il diabete di tipo 1 riguarda il 5-10% di tutti i casi di diabete

Solo in Europa i diabetici di tipo 1 sono più di **3 milioni**



L'algoritmo che predice le crisi ipoglicemiche

DAL NOSTRO INVIATO
ELVIRA NASELLI

LA CHIUSURA del cerchio è vicina. Il dispositivo presentato a Parigi, al congresso internazionale ATTD, dedicato alle tecnologie per il trattamento del diabete, è finora quello che si avvicina di più al pancreas artificiale. Frutto della tecnologia Medtronic, il sistema Minimed 640G, a giorni disponibile in Italia, è l'unico che riesce a prevenire le crisi ipoglicemiche, temutissime dai diabetici trattati con insulina, perché provocano disturbi che nei casi più gravi richiedono perfino il ricovero ospedaliero. Il nuovo sistema integrato monitora continuamente il glucosio, giorno e notte, invia wireless i valori al microinfusore, che eroga l'insulina e che però, grazie ad un nuovo algoritmo predittivo, che è la novità dell'ultimo modello di device, riesce a calcolare in anticipo l'abbassamento eccessivo dei livelli di glucosio, bloccando l'erogazione di insulina per mezz'ora e riavviandola quando i livelli sono tornati in zona di sicurezza. Differenza sostanziale, considerato che con i modelli attualmente utilizzati l'allarme scattava già in zona a rischio ipoglicemia.

La prevenzione dell'ipoglicemia — secondo Tadej Battelino, presidente del congresso — è il punto di forza di questo sistema, consentendo di ridurre gli eventuali rimbalzi inar-

zione principale è il cattivo compenso glicemico e la presenza di ipoglicemia grave, che molti diabetici di antica data non avvertono. E la motivazione del paziente, naturalmente». I microinfusori, rimborsati dal Ssn, sono usati soprattutto da diabetici 1. In Europa la media è di circa il 20%, negli Stati Uniti del 40, in Italia del 6-7 per cento. Numeri maggiori per i più giovani. «Nella fascia 0-18 anni il 14% utilizza il microinfusore — premerete Ivana Rabbone, diabetologa pediatrica all'ospedale Regina Margherita di Torino — e di questi il 30 usa un sistema integrato. La prescrizione tiene conto non solo di criteri medici ma anche della personalità dei ragazzi, o dei genitori dei più piccoli». Sono soprattutto gli under 11 ad utilizzare il microinfusore integrato, in particolare i piccoli attorno a 5 anni, mentre gli adolescenti sono i più restii a «mostrare» la malattia.

In alcuni casi i microinfusori sono prescritti anche a chi ha il diabete 2. «Seriuscissimo a prescriverli a tutti i diabetici di tipo 1 che ne hanno le indicazioni sarebbe già un successo — ragiona Daniela Bruttomesso, coordinatrice del gruppo di studio italiano

«Tecnologia e diabete» — perché permetteremo loro di migliorare non solo il controllo glicemico ma anche la qualità della vita. Un vantaggio straordinario del microinfusore è che utilizza soltanto insulina ad azione rapida, che ha una variabilità di assorbimento a livello del sottocute di circa il 3% a fronte del 27% delle insuline ad azione pro-

Il sensore e la trasmissione di dati senza fili per una tecnologia che sta andando verso la realizzazione di un pancreas artificiale

lungata e questo permette di ridurre molto le oscillazioni glicemiche. La massima efficacia metabolica si ottiene con il sistema integrato composto da microinfusore e sensore per la lettura in continuo del glucosio, a patto che il sensore sia usato per almeno il 70% del tempo». Insomma, se per il pancreas artificiale occorre forse qualche anno, oggi le soluzioni tecnologiche sono quantodimigliori i malati possano ottenere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO.

Deborah...

e croniche. Un programma specifico è dedicato ai fratelli sani (Siblings). Nove giorni con un approccio scientifico della terapia ricreativa: attraverso attività divertenti ed emozionanti si contribuisce a rinnovare la fiducia in se stessi e nelle proprie possibilità.

terno di ridurre gli eventuali rimbalzi iperglicemici. Ma non solo. Il dispositivo è più "friendly": semplice, tanto da poter essere utilizzato anche dai bambini, piccolo e accurato, resistente all'acqua. Nel contempo, riassume Claudio Tubili, responsabile Diabetologia del San Camillo di Roma, «i sistemi integrati devono essere impostati dal medico e utilizzati consapevolmente dai pazienti. Sono auto sportive che vanno guidate da mani esperte». «È necessario formare medici, infermieri, dietisti e pazienti — spiega Tubili, che segue circa 270 persone con i microinfusori utilizzati fin qui — e "rinfrescare" periodicamente funzioni e corretta gestione del device. Ma è altrettanto importante selezionare bene i pazienti. L'indica-

Per baby maui e iratem esperienza Dynamo camp



DIVERTIMENTO e formazione. 89 bambini e ragazzi affetti da diabete sono stati ospiti di Dynamo Camp, organizzazione che si occupa di terapia ricreativa. Giornate dedicate a sviluppare l'autonomia dei giovani, provenienti dai centri diabetologici di Genova, Bologna, Novara e Trento e accompagnati da medici e infermieri, nella gestione della malattia.

I programmi estivi di Dynamo Camp (in un'oasi affiliata Wwf in provincia di Pistoia) sono sette e ognuno accoglie circa 85 bambini e ragazzi, provenienti da tutta Italia, affetti da patologie gravi

proprie psicosomatiche.

L'approccio della Terapia Ricreativa ha l'obiettivo di coinvolgere i piccoli ospiti in attività divertenti ed emozionanti: arrampicata, equitazione, tiro con l'arco, terapia ricreativa in acqua, attività di circo, art factory, radio Dynamo, Dynamo Studios, Dynamo Musical. Le iniziative di Dynamo Camp a favore dei ragazzi con problemi di salute proseguono su molti fronti. Fino a lunedì 9 marzo è attiva la raccolta fondi per regalare una vacanza estiva gratuita a oltre 600 bambini dai 6 ai 17 anni gravemente malati e ai loro fratelli e sorelle. Per partecipare alla raccolta sms al 45501. La campagna ruota intorno all'hashtag #piccoleroe. Vedi www.dynamocamp.org.

(*alexandra margreth*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca. Un team di Trieste ha scoperto la "tana" dell'agente responsabile della sindrome, di cui fino a oggi sembravano perdersi le tracce. È un nuovo importante passo per sconfiggere la malattia, dilagata negli anni '80

Ecco dove il virus dell'Aids si nasconde nelle cellule



Dati 2014

A dicembre 2014
7,3 milioni persone
in terapia anti-Hiv;
12,3 milioni con test
e cure per Tbc; 470
milioni per malaria

MICHELE BOCCI

LIVIRUS responsabile di una delle malattie più temute degli ultimi quarant'anni quando entra nell'organismo diventa invisibile. Si nasconde, per questo lo si è potuto combattere sempre meglio ma mai sconfiggere: nessuno dei 30 farmaci anti Hiv lo elimina. Un passo importante per debellarlo lo ha compiuto l'International centre for genetic engineering and biotechnology (Icgeb) di Trieste. Il lavoro del gruppo, composto da ricercatori italiani e stranieri guidati dal genetista Mauro Giacca, è stato pubblicato sul sito di *Nature* e ha permesso di capire dove va a finire l'Hiv. Entra attraverso i pori e integra il proprio Dna con quello della cellula fermandosi vicino al guscio esterno. Per arrivare alla scoperta è stato anche fotografato il nucleo dei linfociti

infettati. «È come quando entriamo in una sala cinematografica al buio — semplifica con efficacia Giacca — I posti più comodi sono quelli più lontani, ma i più facili da raggiungere sono vicini all'ingresso ed è lì che ci sediamo. Lì si annida, nascondendosi, il virus». Adesso che si conosce il bersaglio si potrà lavorare farmaci nuovi che colpiscano l'Hiv dove va a nascondersi. Debellare un virus come quello responsabile dell'Aids sarebbe una grande vittoria della medicina ma anche un trionfo commerciale per chi riuscirà a creare una molecola efficace. L'Icgeb, che ha collaborato con le università di Trieste, Modena e Genethon di Parigi, è un'organizzazione delle Nazioni Unite con varie sedi nel mondo. «Il nostro centro è in controtendenza — dice sempre Giacca — riceviamo centinaia di richieste di giovani ricercatori da tutto al mondo che vogliono venire a lavorare qui. In Italia si può fare eccellenza».

HIV, MALARIA E TBC

**Lotta alle epidemie
un decennio decisivo**

MARK DYBUL*



OUANDO qualcuno scriverà la storia dell'umanità, gli ultimi quindici anni saranno ricordati come il periodo in cui si è messo in atto uno degli sforzi più rapidi per sconfinare le malattie ed eliminare la povertà estr

Sanità

[Stampa l'articolo](#) | Chiudi

2 marzo 2015

ESCLUSIVA/ L'ospedale del futuro secondo Anaao: medici tra corsia e territorio

Non esiste un modello organizzativo in sanità perfetto, ma ogni modello deve essere implementato nel contesto sociale, economico e culturale in cui si applica. Il primo interrogativo che dobbiamo quindi porci è se sia proprio necessario elaborare un nuovo sistema organizzativo o possiamo semplicemente riorganizzare l'esistente.

Nella realtà sanitaria si percepisce quotidianamente un distacco tra territorio e ospedale con difficoltà concrete nel garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale, sia all'interno che all'esterno dell'ospedale. La riorganizzazione sia degli ambiti ospedalieri che territoriali a oggi non è riuscita a realizzare la continuità di cura, elemento essenziale per una sanità efficiente e competitiva. Basterebbe un semplice "ponte" per permettere a due rive opposte di poter comunicare nell'ottica di una filosofia di cura "patient centred care" e di una filosofia organizzativa a intensità di cura transmurale.

Funzione del medico ospedaliero e del medico territoriale deve pertanto essere quella di integrarsi e di gestire, coordinando tutte le altre figure professionali, casi a varia complessità e intensità nel setting più idoneo, possa essere il territorio o l'ospedale. Non più una modalità di cura per "luoghi" ma una modalità di cura per "caso" (leggi il documento correlato).

La nostra "ricetta" prevede quindi che ogni struttura ospedaliera implementi gli ambulatori della complessità come i "Day service multidisciplinari" per la gestione sia di patologie acute che non necessitano di ricovero sia per la gestione e il monitoraggio di patologie croniche complesse. Tali strutture devono diventare il perno di congiunzione tra ospedale e territorio. Come indicatori di appropriatezza: numero di ricoveri e re-ricoveri sul totale dei pazienti seguiti, tasso di mortalità a 30 giorni e qualità di vita del paziente durante il periodo di presa in carico.

Tali indicatori possono essere intesi sia come indicatori di processo in grado di misurare direttamente l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta dal paziente (una presa in carico condivisa tra ospedale e territorio riduce il numero dei ricoveri ospedalieri impropri e migliora la qualità di vita del paziente) sia come indicatori di esito con una prevista modifica degli esiti assistenziali in termini clinici, economici e umanistici.

Bisognerebbe inoltre definire a priori non soltanto l'"intensità" e la "severità" socio-sanitaria del caso clinico ma anche definire un indice prognostico. A tal proposito potrebbe essere d'aiuto l'utilizzo del Multidimensionale prognostic index di Pilotto che oltre a offrire un indice prognostico attendibile potrebbe supportare il processo decisionale per la definizione dei percorsi per i pazienti cronici, anziani e fragili.

Per soddisfare la crescente complessità dei pazienti e rendere sostenibile il nostro servizio sanitario, mission dell'ospedale del futuro, sono necessari più posti letto con più alta intensità di cura e maggiore unità infermieristica e medica.

Allo stato attuale l'unica strada percorsa dalla politica è stata la logica dei tagli lineari (riduzione dei posti letto, blocco delle assunzioni, soppressione dei servizi e riduzione delle tariffe di rimborso ospedaliere e ambulatoriali) e non la riduzione degli sprechi con una oculata riorganizzazione dei servizi. L'efficienza di un sistema e la qualità dei servizi non può essere garantita da un personale ridotto ai minimi termini le cui performance in condizioni di lavoro critico sono necessariamente poco produttive.

La realizzazione di un sistema efficiente e produttivo passa inequivocabilmente dal grado di soddisfazione dell'operatore e dalla preservazione delle sue tutele in ambito lavorativo.

Le vere sfide per la sanità del futuro sono pertanto per noi:

- una reinvenzione radicale dell'organizzazione ospedaliera attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili e l'implementazione di modelli organizzativi per intensità di cura transmurale di integrazione tra ospedale e territorio che consentano ai pazienti di ricevere una diagnosi e un trattamento ospedaliero precoce con una rapida dimissione, una precoce presa in carico da parte del territorio e una gestione multidisciplinare per le patologie complesse;
- l'implementazione di un modello premiante per il raggiungimento dell'eccellenza e dell'efficienza. La ricerca dell'appropriatezza e della produttività deve essere un obiettivo perseguito da tutte le aziende sanitarie. Non è più possibile accettare "l'orizzontalizzazione" nella distribuzione delle risorse che appiattisce il merito e premia il lassismo.

Gli autori dello studio: Paola Gnerre (direttivo nazionale Anaao Giovani), Costantino Troise (segretario nazionale

Anaa Assomed), Carlo Palermo (vice segretario nazionale vicario Anaa Assomed), Domenico Montemurro (responsabile nazionale settore Anaa giovani), Claudia Pozzi (coordinatore macro regione centro Anaa giovani), Chiara Rivetti (componente segreteria regionale Anaa Piemonte), Dario Amati (coordinatore macro regione nord Anaa giovani)

2 marzo 2015

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

Sanità

2 marzo 2015

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

Tagli/Assobiomedica: il prezzo dei dispositivi è già sceso del 25%

Assobiomedica si unisce al coro di critiche contro i tagli di oltre 2 miliardi definiti da Governo e Regioni. «È sceso di oltre il 25% il livello medio dei prezzi dei dispositivi medici in Italia negli ultimi 7 anni - spiega il presidente, Stefano Raimondi -. Tagliare ancora su beni e servizi sanitari significherebbe rendere la sanità insostenibile. Per la qualità delle prestazioni offerte ai cittadini, per l'ammodernamento degli ospedali pubblici, per le imprese della filiera della salute. Il Ssn sta attraversando uno dei momenti peggiori della sua storia a causa degli ingentissimi tagli apportati dai precedenti governi e necessita piuttosto di investimenti, non di un ulteriore definanziamento». Raimondi, dunque, respinge al mittente l'ipotesi di risparmi in dispositivi innovativi e l'introduzione «di prezzi di riferimento che non hanno attinenza con la realtà del mercato». Per migliorare l'efficienza e la trasparenza della sanità, secondo Assobiomedica, «basterebbe introdurre iniziative di controllo pubblico del mercato attraverso una maggiore diffusione delle informazioni; nella giusta direzione va il lavoro che il Ministero sta svolgendo nella raccolta dei dati sui flussi dei consumi dei dispositivi medici. Rendere il mercato più trasparente si può e si deve, ciò che va evitato è che, pur di semplificare la funzione amministrativa, si finisca per penalizzare l'appropriatezza di quella assistenziale, depauperando il Servizio sanitario».

Assobiomedica, infine, si augura che Governo e Regioni non taglino sulle prestazioni sanitarie, ma finalmente mettano mano a sprechi e inefficienze che corrodono la Sanità a discapito degli investimenti per la prevenzione, la diagnosi e la cura dei cittadini. «Come sempre - conclude Raimondi - Assobiomedica è disponibile a un confronto con le istituzioni per coniugare l'accesso dei cittadini alle cure più efficaci con politiche d'acquisto appropriate ed economiche».

2 marzo 2015

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

Sanità

2 marzo 2015

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

Assogenerici contro i tagli: non basta colpire i farmaci, occorre ridurre i malati

Assogenerici scende in campo contro i tagli lineari alla sanità, circa 2 miliardi, decisi dalla Conferenza Stato-Regioni. Per il presidente, Enrique Häusermann «è sempre meno comprensibile quale principio guidi la gestione della spesa sanitaria, e su quali obiettivi si orientino i diversi tavoli istituiti tra Stato e Regioni, a cominciare da quello sulla farmaceutica».

Secondo Assogenerici, infatti, è facile prevedere che i risparmi colpiranno la farmaceutica. Un'opzione che trova contrario Häusermann: «La spesa sanitaria nazionale è in discesa costante da anni e, al suo interno, il capitolo della farmaceutica territoriale guida questa discesa. E' il caso di far presente all'opinione pubblica che oggi farmaci salvavita per milioni di pazienti come la metformina, caposaldo del trattamento del diabete, costano a confezione poco più di un euro: meno di un singolo ghiacciolo, poco più di un solo caffè. Quindi, se vogliamo ridurre la spesa dobbiamo ridurre i malati in trattamento. E' questo che si vuole?»

La regionalizzazione della sanità, inoltre, per Assogenerici non sembra aver prodotto il principale risultato atteso, «cioè la programmazione della spesa in base alle effettive necessità del territorio amministrato, anche intervenendo sulle risorse destinate ad altri settori. Qui invece è stato fatto esattamente l'opposto. A questo punto, se tutto si limita a contrattare tagli lineari che vengono poi applicati meccanicamente, assistiamo al fallimento della devolution. Bene ha fatto il Ministro Lorenzin a stigmatizzare in queste settimane scelte senza logica come quelle che erano state riportate sulla stampa, tuttavia non basta. Diviene opportuno un ripensamento di tutto l'assetto: forse l'unica riforma davvero non ritardabile».

2 marzo 2015

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