



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

21 APRILE 2015

## RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa  
Massimo Bellomo Ugdulena



**PALERMO.** Nei giorni scorsi segnalati degli episodi tra i profughi che sostavano alla stazione centrale. Il direttore Candela: la nostra attenzione è comunque massima

## Casi di scabbia, l'Asp: «Non c'è un allarme sanitario»

**PALERMO**

«I casi di scabbia tra i migranti ci sono e ci saranno, ma non si può certo parlare di emergenza, visto che la scabbia in sé non costituisce certo un allarme sanitario». Il direttore dell'Asp 6 di Palermo Antonino Candela rassicura tutti dopo che nelle ultime ore si era diffusa una vera psicosi sui migranti che

bivaccavano alla stazione centrale o in altri luoghi della città e che sarebbero affetti da questa infezione della pelle. «Non ci risultano in questo momento dei nuovi casi - dice il direttore dell'azienda sanitaria palermitana - anche perché la scabbia è un'infezione che si può trovare ovunque e non solo nelle navi che portano i migranti in Sici-

lia e comunque non deve essere trattata con il ricovero ospedaliero. Ogni profugo che arriva nell'Isola è sottoposto a triage e controllato a dovere, come abbiamo d'altronde fatto nei giorni scorsi, ogni allarmismo in questo caso è davvero inutile, visto che non si tratta di una pandemia o di qualcosa di grave e che non c'è nessun problema per la

popolazione. La nostra attenzione è comunque massima». Nei giorni scorsi 14 i migranti arrivati al Porto di Palermo erano stati trasferiti negli ospedali palermitani dopo le visite disposte dalla task force dell'Asp 6 diretta da Antonio Candela. Uno dei migranti è stato trasportato al Policlinico. Ad un altro, trasferito al «Cervello», è stata rison-

trata una linfoadenomegalia latero cervicale. Le donne erano tre. Una era stata ricoverata al Cervello per una per un'emorragia provocata da un aborto, un'altra era stata ricoverata all'ospedale Buccheri La Ferla per partorire, una terza è al Policlinico per una appendicite. Molti di loro avevano la scabbia, ma erano stati prontamente curati e poi di-

messi. Qualche giorno fa un gruppo di somali ed eritrei ha vissuto alla stazione centrale. Erano arrivati a piedi e tra loro pare sia scoppiata una epidemia di scabbia. Ieri pomeriggio però, nella stazione non c'era nessun bivacco ma solo qualche migrante che guardava gli orari dei treni. E sempre ieri a Palermo si è svolta un'assemblea aperta ai cittadini organizzata dalla Consulta delle culture. «Sottolineo con orgoglio - ha detto il sindaco Leoluca Orlando - la grande risposta di Palermo a questa tragedia». **(L'AS) LUIGI ANSALONI**

**OSPEDALE GIGLIO.** Primo risultato della campagna di mobilitazione di sindaci e cittadini. Rappresentanti dei Comuni di Madonie e Nebrodi ricevuti ieri in assessorato a Palermo

## Punto nascita di Cefalù, sospesa la chiusura

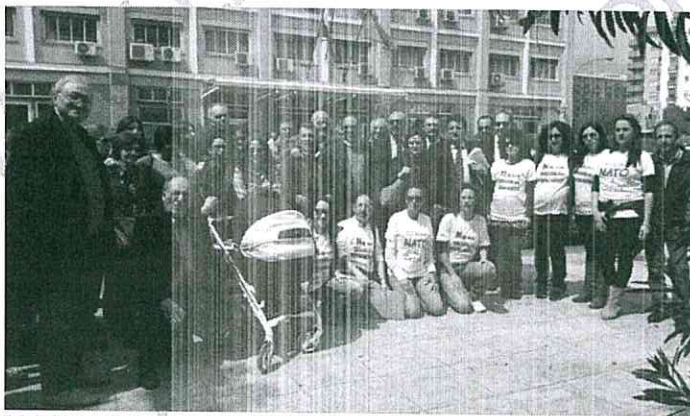
La deroga concessa dall'assessore Borsellino in attesa della decisione del ministro Lorenzin sulla richiesta di rivedere le regole

Salta quindi la data della fine di aprile fissata per lo stop. Esprimono soddisfazione il sindaco normanno Lapunzina, il segretario del Pd Tumminello e il consigliere comunale di Pettineo Gianfranco Gentile.

Luca Macaluso  
CEFALÙ

●●● Sul centro nascita del Giglio arriva una proroga. È stata comunicata ieri mattina dall'assessore Lucia Borsellino durante un incontro con i sindaci del distretto sanitario 33, mentre in strada si svolgeva un sit-in di cittadini dell'area. La sospensione arriva in attesa di ottenere per il centro nascita una deroga dal ministero della Salute. La richiesta sarà avanzata dai sindaci e si fonda anche sul fatto che l'interruzione dell'autostrada Palermo-Catania comporterà la redistribuzione dei flussi sanitari che andranno necessariamente monitorati prima di assumere altri provvedimenti.

Il centro nascita non chiuderà i battenti la settimana prossima, quindi, come era stato annunciato. Si tratta di un primo successo della bat-



Il sit-in di ieri mattina a Palermo contro la chiusura del punto nascita dell'ospedale Giglio a Cefalù

glia contro la sua abolizione che è scattata a Cefalù e nel territorio all'indomani dell'annuncio ufficiale che nella cittadina normanna non sareb-

be più nato nessuno a partire dal mese di maggio. La prima manifestazione di protesta si è avuta l'8 marzo in coincidenza con la giornata della

donna. Quella domenica mattina in piazza Duomo, al motto di «chi chiude il centro nascita dice no alla vita», si è radunato al centro storico un mi-

gliaio di persone. Due giorni dopo i sindaci del comprensorio in fascia tricolore hanno protestato davanti alla presidenza della Regione, a Palermo. Contro la decisione sono state presentate anche interrogazioni e interpellanze di deputati regionali e nazionali. A schierarsi contro lo stop anche i sindaci della Valle d'Alessa.

All'indomani della manifestazione dell'8 marzo è nato inoltre il «Comitato Madonie Nebrodi» a sostegno dell'Ospedale Giglio. Alcuni suoi rappresentanti hanno incontrato presto l'assessore Borsellino. Il Venerdì Santo mattina altri suoi rappre-

hanno consegnato un documento, condiviso con i vertici del nosocomio cefaludese, col quale hanno chiesto una deroga alla chiusura del reparto.

Soddisfatto per la proroga sul centro nascita il sindaco di Cefalù Rosario Lapunzina. Con lui anche il segretario cittadino del Partito democratico Daniele Tumminello: «Esprimono grande soddisfazione perché finalmente le ragioni del territorio, la voce dei cittadini, la determinazione dei sindaci e di tutti coloro che non hanno mai smesso di credere in questo risultato sono state ascoltate. La sospensione del provvedimento di chiusura del centro nascita di Cefalù mi auguro possa essere solo il primo passo per un definitivo mantenimento dello stesso». Giudizi positivi anche dal versante dei Nebrodi. «Auguriamoci vivamente che il ministro della Salute Beatrice Lorenzin riveda tale riforma e che il punto nascita rimanga aperto in modo tale da evitare disagi alla popolazione del circondario», commenta Gianfranco Gentile, consigliere comunale di Pettineo e componente di Anci Giovani Sicilia. (FAC)

ALLA BASE DELL'ISTANZA DA PRESENTARE A ROMA PURE L'INTERRUZIONE DELL'AUTOSTRADA A19

sentanti si sono recati a Roma per incontrare il ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Ai funzionari della commissione tecnica del ministero

# Trattamento chirurgico della fistola vescico vaginale, workshop al Cervello

Dal 16 al 18 aprile un incontro didattico Sicilia-Africa con interventi chirurgici live: la sala multimediale dell'ospedale palermitano sarà collegata in video e audio con l'aula magna "Vignola" per gli interventi dal vivo

PT Redazione · 15 Aprile 2015



Un workshop didattico, con interventi chirurgici live, per un confronto a livello medico sulla tecnica chirurgica per una patologia, quale la fistola vescico - vaginale, che nel continente africano ha un'alta incidenza soprattutto nel post partum. Una collaborazione fra partner palermitani ed africani, porterà circa 200 fra medici e operatori italiani ma anche di Europa e Africa, per tre giorni a Palermo, dal 16 al 18 aprile, all'aula magna "Vignola" dell'Ospedale Cervello, per affrontare questa specifica tematica.

L'International Workshop sul Trattamento chirurgico della fistola vescico-vaginale e del diverticolo uretrale, con inizio lavori alle 13,30 di giovedì 16 aprile, è organizzato dal dottore Biagio Adile, Direttore dell'Unità operativa di Uroginecologia dell'Azienda Villa Sofia Cervello e

Presidente della Mips, in collaborazione con il prof. Sherif Mourad, membro dell'International Continence Society, che da anni si occupa del trattamento chirurgico di tali patologie in tutto il continente africano, in collaborazione con la Mips (MediterraneanIncontinence and PelvicFlor Society), l'Aiug e la Pacs (Pan ArabContinence Society).

Un evento che si presenta all'insegna della piena operatività perché la sala chirurgica multimediale del Cervello sarà collegata in video e audio con l'aula magna "Vignola" per gli interventi dal vivo. Saranno sottoposti ad interventi chirurgici per fistole vescico vaginali da traumi ostetrici e dopo chirurgia ginecologica, pazienti africane e italiane che avranno la possibilità di usufruire del supporto medico ospedaliero del personale di Villa Sofia Cervello, e grazie alla collaborazione delle società umanitarie internazionali che hanno sostenuto il loro trasferimento. Verranno ad operare specialisti dal Mozambico, dall'Egitto e dal Brasile e dodici corsisti avranno la possibilità di partecipare agli interventi direttamente in sala operatoria.

"La Sicilia – sottolinea Biagio Adile – si pone ancora una volta, stavolta in campo medico, come ponte tra i paesi del bacino del Mediterraneo e l'Africa, per un tema di grande attualità in campo medico. Se per l'Europa e per i paesi economicamente più avanzati, infatti, le fistole sono solamente un ricordo, legato raramente al parto e più spesso alla chirurgia oncologica o alla radioterapia, per i paesi in via di sviluppo, purtroppo, sono una realtà frequente e con conseguenze drammatiche. Solamente in Etiopia, che conta più di 80 milioni di abitanti, il tasso di mortalità materno- infantile è mille volte maggiore rispetto ai paesi industrializzati e circa 9000 donne ogni anno soffrono di tali patologie".

"Circa il 90% dei parti - continua Adile - avvengono senza assistenza medica, spesso in zone rurali, ed anche quando si creano delle condizioni patologiche come la sproporzione feto pelvica, il parto deve espletarsi obbligatoriamente per via vaginale, con alto indice di mortalità materno infantile ed alta incidenza di fistole vescico vaginali o retto vaginali in chi sopravvive. Le conseguenze per chi è portatrice di fistola sono devastanti. Le donne infatti spesso vengono abbandonate dal marito e, anche quando riescono a tornare nella loro famiglia di origine per via del cattivo odore che emanano e per le continue infezioni, vengono emarginate o addirittura allontanate dalla stessa famiglia, o costrette a vivere in capanne isolate. Gli attuali flussi migratori clandestini fra l'altro rendono la tematica ancora più attuale con la concreta possibilità di dover operare nel nostro paese pazienti africane con grosse fistole".

Il programma del workshop prevede nella prima parte gli argomenti legati all'epidemiologia, all'eziopatogenesi, alla diagnostica e al trattamento delle fistole, mentre la seconda parte sarà dedicata ai diverticoli uretrali.

Fonte: Massimo Bellomo Ugdulena (addetto stampa azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello)

**PALERMOTODAY**

PRESENTAZIONE INVIA CONTENUTI  
REGISTRATI HELP  
PRIVACY CONDIZIONI GENERALI

[LA TUA PUBBLICITÀ SU PALERMOTODAY](#)

**CANALI**

HOME  
CRONACA  
SPORT  
POLITICA  
ECONOMIA  
LAVORO

**ALTRI SITI**



CATANIAOTODAY  
AGRIGENTONOTIZIE  
SALERNOTODAY  
NAPOLITODAY  
LECCEPRIMA  
TUTTE »

**SEGUICI SU**



**SEGUICI VIA MOBILE**



• COMUNICATI STAMPA

# Chirurgia plastica e cranio-facciale. Incontro dibattito sabato 18 aprile a Villa Sofia

DI INSALUTENEWS · 17 APRILE 2015



Palermo, 17 aprile 2015 – “Chirurgia plastica e cranio-facciale: stato dell’arte ed innovazione” è il tema dell’incontro-dibattito in programma sabato 18 aprile alle 9.00 presso l’aula della palazzina monumentale di Villa Sofia, organizzato dall’Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello.

L’evento, coordinato da Matteo Tutino, Direttore dell’Unità operativa di chirurgia plastica ricostruttiva e maxillo facciale, vedrà confrontarsi specialisti che faranno il punto sulle più moderne tecniche del settore.

Previsti gli interventi, oltre a Tutino, di Ettore Fiumara e Vincenzo Galioto, Direttori delle Unità operative di Neurochirurgia e Odontoiatria di Villa Sofia Cervello, e a seguire la lectio magistralis del Professore James Tait Goodrich, statunitense, uno dei luminari della materia, che parlerà sui biomateriali nella chirurgia cranio-facciale pediatrica.

In programma anche le relazioni del dott. Roberto Maugeri e degli specialisti Tommasello, De Ponte, Francaviglia, Battaglia e Imburgia.

*fonte: ufficio stampa*

## "Chirurgia plastica, stato dell'arte e innovazione": incontro a Villa Sofia

L'evento, coordinato dal direttore dell'Unità operativa di chirurgia Matteo Tutino, vedrà la presenza del luminare statunitense James Tait Goodrich. Insieme ad altri specialisti farà il punto sulle più moderne tecniche del settore

PT

Redazione · 17 Aprile 2015



**D**ibattito sullo stato dell'arte e l'innovazione nel mondo della **chirurgia plastica facciale**. Appuntamento in programma per sabato 18 aprile, alle ore 9, presso l'aula della palazzina monumentale di **Villa Sofia**, organizzato dall'Azienda Ospedaliera Villa Sofia-Cervello. L'evento, coordinato da **Matteo Tutino**, direttore dell'Unità operativa di chirurgia plastica ricostruttiva e maxillo facciale, vedrà confrontarsi **specialisti** che faranno il punto sulle più **moderne tecniche** del settore.

Previsti gli interventi, oltre a Tutino, di **Ettore Fiumara** e **Vincenzo Galioto**, direttori delle Unità operative di Neurochirurgia e Odontoiatria di Villa Sofia-Cervello. A seguire la *lectio magistralis* del professore **James Tait Goodrich**, statunitense, uno dei luminari della materia, che parlerà sui **biomateriali** nella chirurgia cranio-facciale pediatrica. In programma anche le relazioni del dottore **Roberto Maugeri** e degli specialisti Tommasello, De Ponte, Francaviglia, Battaglia e Imburgia.

### PALERMOTODAY

PRESENTAZIONE  
REGISTRATI  
PRIVACY

INVIA CONTENUTI  
HELP  
CONDIZIONI GENERALI

[LA TUA PUBBLICITÀ SU PALERMOTODAY](#)

### CANALI

HOME  
CRONACA  
SPORT  
POLITICA  
ECONOMIA  
LAVORO

EVENTI  
RECENSIONI  
SEGNALAZIONI  
FOTO  
VIDEO  
PERSONE

### ALTRI SITI



CATANIATODAY  
AGRIGENTONOTIZIE  
SALERNOTODAY  
NAPOLITODAY  
LECCEPRIMA  
TUTTE »

### SEGUICI SU



### SEGUICI VIA MOBILE



citynews

CHI SIAMO PRESS CONTATTI

ISMEP. La fine lavori prevista nel 2017. Avrà 278 posti letto. Migliore, direttore del Civico: «Puntiamo al ritorno della cardiocirurgia in città»

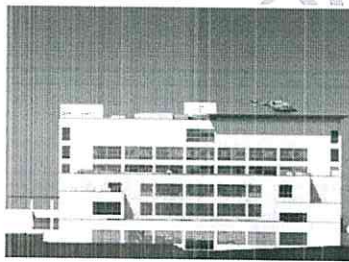
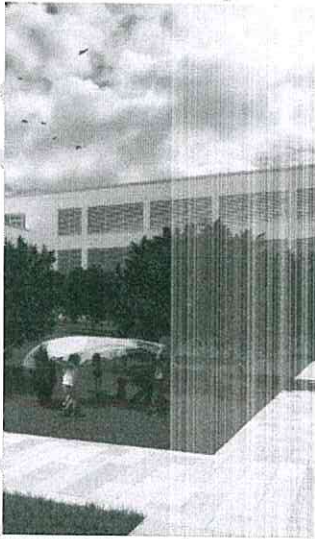
## Istituto d'eccellenza pediatrica, primi passi Al via il cantiere: i ricoveri a partire dal 2018

Monica Diliberti

●●● Il traguardo non è poi così lontano: entro la fine del 2017, l'Istituto mediterraneo di eccellenza pediatrica sarà una realtà. Pian piano, l'Ismeep, che sarà gestito dall'Arnas-Civico, sta già vedendo la luce: al fondo Malatacca, vicino all'ospedale Cervello, gli operai hanno iniziato a montare le strutture d'acciaio. L'anno prossimo saranno realizzati i reparti, per arrivare all'apertura, nei primi mesi del 2018. Il progetto, che prevede anche la pista per l'elisoccorso, è stato presentato ieri al convegno «La sfida europea per la salute pediatrica nel Mediterraneo».

Il polo pediatrico mira a diventare centro di riferimento per la salute pediatrica in tutto il bacino mediterraneo. Sarà un ospedale multi-presidio con la riconversione del «Di Cristina» e il nuovo «Children's Hospital» in costruzione. Le strutture saranno integrate in un unico percorso di cura con aree assistenziali complementari: l'Ospedale dei Bambini si occuperà dei casi più «semplici», l'Ismeep si caratterizzerà per maggiore intensità e complessità di cure.

I reparti sono molti: endocrinologia, ortopedia, oncematologia, neonatologia, oculistica, neurochirurgia, terapia intensiva, nefrologia, malattie metaboliche rare, sono solo alcuni. «Puntiamo al ritor-



Tre riproduzioni al computer di come sarà l'Ismeep al fondo Malatacca, vicino all'ospedale Cervello

no della cardiocirurgia a Palermo - dice Giovanni Migliore, direttore generale del Arnas-Civico -. Il vecchio reparto nel nostro ospedale, chiuso dal 2010 e trasferito a Taormina, mortifica questa importantissima specializzazione. Speriamo completare i lavori entro l'anno. Poi passerà all'Ismeep». I posti letto previsti sono 278 dei quali 240 per acuti e 38 per post acuti e lungodegenza, oltre a 20 posti letto cosiddetti Suap (Speciali unità accoglienza permanente). Gli ambienti sono stati pensati: misura del bambino e della sua famiglia con arredi colorati, spazi verdi e per lo svago. Ci sarà anche un alloggio per i familiari dei piccoli pazienti. L'Ismeep sarà anche centro di ricerca e di formazione. «Scommettiamo molto sui giovani - chiarisce Migliore - che lavoreranno a fianco dei medici del Di Cristina». L'Ismeep è stato finanziato con 53 milioni di euro. Per le dotazioni strumentali ne occorreranno altri 17, che si aggiungono ai 13 necessari a completare la ristrutturazione dell'Ospedale dei Bambini. Saldi che il governo nazionale ha già previsto. «Ismeep è un'assoluta priorità - commenta Lucia Borsellino, assessore regionale alla Salute -. Ho incontrato il ministro Lorenzin a proposito delle risorse che ancora non arrivano: abbiamo ricevuto ampie rassicurazioni, ma per accelerare i tempi abbiamo chiesto di poter anticipare delle somme attraverso il fondo sanitario». (MDD)

RIUNITI IN CONGRESSO. Questo tipo di lesioni in aumento del 10% a causa degli incidenti stradali. I «fissatori esterni» riducono i tempi di recupero

## Fratture alla tibia, ortopedici a confronto sui nuovi rimedi

●●● Le fratture alla tibia sono in aumento del 10% causa incidenti stradali, soprattutto in moto. Arriva un nuovo sistema, i cosiddetti «fissatori esterni», che riducono di un terzo i tempi di recupero. Ma anche nuove tecniche e protesi per evitare l'amputazione degli orga-

ni a causa dei tumori. A illustrare dati e terapie innovative sono gli esperti riuniti al congresso internazionale di ortopedia ospitato in città. Si tratta del corso d'istruzione e 108° congresso Sotimi, la Società di ortopedia e traumatologia dell'Italia meridionale ed insulare e del-

la Riunione congiunta Sotimi e Sato, la società analusa di traumatologia e ortopedia. A presiedere è il professor Michele D'Arienzo. «Le fratture del pilone tibiale e le lesioni della cuffia dei rotatori - spiega il professor D'Arienzo - sono spesso esposte e richiedono un tratta-

mento cosiddetto di attesa con utilizzo temporaneo di fissatore esterno. Sono stati introdotti sul mercato alcuni fissatori con aggancio rapido che riducono del 30 per cento i tempi chirurgici. Inoltre - spiega il medico - queste fratture richiedono per il trattamento la collabora-

zione con i chirurghi plastici per la copertura con lembi di rotazione e lembi mio-cutanei liberi delle perdite di sostanza cutanea». Una sessione è dedicata alle lesioni tumorali: «Ci sono importanti novità - dice il professor D'Arienzo - in tema di trattamento». (SAF2)

LA SICILIA

# Palermo

negli articoli e di quanto pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque controversia il Foro com-  
e provincia

sabato 18 aprile 2015

**SANITÀ.** Il direttore generale Migliore spera che possa riaprire entro l'anno per poi trasferirsi all'Ismep

## Civico, ritorna la Cardiocirurgia pediatrica

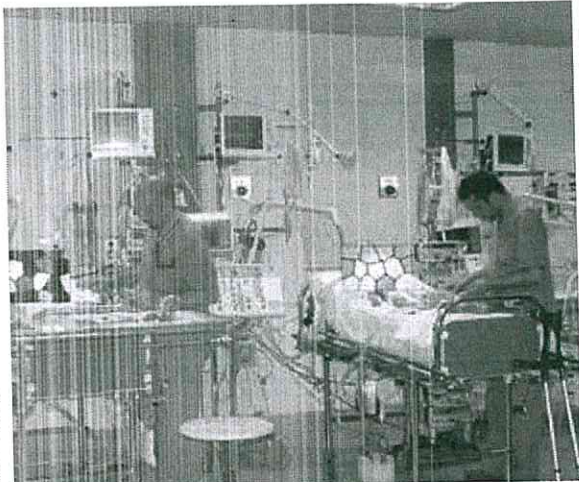
ANTONIO FIASCONARO

Il 18 novembre 2010, con il blocco dei ricoveri, chiudeva i battenti la Cardiocirurgia pediatrica dell'ospedale "Civico", il reparto, per intenderci, fondato dall'allora prof. Carlo Marcelletti. Poi l'assessorato alla Salute, guidato da Massimo Russo, aprì ad un rapporto di collaborazione con il "Bambin Gesù" di Roma, realizzando una unità operativa complessa all'ospedale "San Vincenzo" di Taormina, dove ancora oggi continua l'attività. Il tutto era stato creato, come si disse allora per un periodo cosiddetto "tamponone" in attesa che venisse realizzato in Fondo Malatucca, vicino all'ospedale "Cervello" il Cerni, Centro materno infantile.

Oggi sembra che stiamo maturando i tempi per un "ritorno a casa", si spera. Anzi lo sperano tanti genitori di bambini della Sicilia occidentale che soffrono di cardiopatie congenite costretti a lunghi e dolorosi "viaggi della speranza". «Abbiamo lanciato un appello alla Regione - ha detto Giovanni Migliore direttore generale dell'ospedale Civico e responsabile del progetto Ismep (Istituto Mediterraneo di Eccellenza pediatrica, presentato ieri a Villa Malfitano, ndr) - per chiedere di riaprire il reparto di Cardiocirurgia. Siamo ristrutturando l'ex reparto dove lavorò Marcelletti. I lavori sono già parti-

ti contiamo di completare le opere di ristrutturazione entro l'anno. La nuova struttura sarà in funzione, invece, nei primi mesi del 2018. Si doveva abbattere la mobilità verso altri centri del nord Italia con l'avvento del Bambin Gesù, ma questo non c'è stato. Quindi pretendiamo il ritorno entro l'anno della Cardiocirurgia pediatrica». Sull'argomento l'assessore alla Salute, Lucia Borsellino ieri a Villa Malfitano ha detto: «Si sta cercando di velocizzare il trasferimento della Cardiocirurgia pediatrica prima che si completi l'istituto. Lo faremo anche attraverso la disponibilità dell'ospedale Civico e stiamo ponendo le condizioni per farlo nei prossimi mesi». Per quanto riguarda, invece, l'Ismep con il "Children's Hospital" sono stati stanziati circa 53 milioni di euro di fondi statali, 30 dei quali devono ancora essere trasferiti dal Governo centrale alla Regione.

«Si tratta di fondi già impegnati nel documento unico di programmazione per l'edilizia sanitaria - ha aggiunto l'assessore -. Chiediamo al governo centrale di accedere ai finanziamenti per questo progetto che ha già avuto l'ok nell'ottobre 2012 attraverso un accordo stralcio per gli interventi prioritari. In alternativa stiamo chiedendo di anticipare delle somme attraverso il fondo sanitario per accelerare al massimo i tempi previsti».



ECCO COM'ERA FINO AL 2010 LA CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA ALL'OSPEDALE "CIVICO"



LA SICILIA

# Palermo

voglia titolo - degli articoli e di quanto altro pubblicato in questo giornale sono assolutamente riservate, e quindi vietate se non espressamente autorizzate. Per qualunque controversia il Foro com.

e provincia

lunedì 20 aprile 2015

**ISMETT**

## Convenzione lontana trapiantati preoccupati

Sembra essere calato il silenzio sul rinnovo del rapporto di convenzione tra Regione-Ismett-Upmc. Mentre il presidente della Regione, Crocetta e l'assessore alla Salute, Lucia Borsellino, hanno concordato che un accordo potrebbe arrivare presto, questo traguardo ancora nebuloso sembra non essere gradito dai trapiantati e da quanti ancora sono in attesa di un organo da impiantare presso l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti.

Astrafe e altre associazioni sono in prima linea nel chiedere il rinnovo della convenzione che ruota attorno al numero dei posti letto autorizzati da 80 a 100 e al budget annuale confermato in 93 milioni.

«Non crediamo più a niente - sottolinea Gigi Rizzo, uno dei pazienti trapiantato all'Ismett - attorno a questa vicenda paradossale si stanno spendendo soltanto chiacchiere. Non c'è un punto fermo. Una volta sento che gli americani sono lì per lì per firmare, altre volte invece che fanno qualche passo indietro. Abbiamo finora raccolto oltre 30mila firme di una petizione a salvaguardia dell'Ismett. Il silenzio sulla vicenda ci uccide».

Intanto c'è da sottolineare che la sottocommissione di indagine conoscitiva per l'esame delle problematiche relative all'Ismett che è stata istituita alla Commissione Sanità dell'Ars, sta ancora attendendo copia di atti dall'Istituto quali i bilanci e i rendiconti degli ultimi tre anni.



LA SEDE DELL'ISMETT

A. F.

# L'ecografo a distanza del palermitano

L'idea di Alessandro Crimi finanziata dalla Svizzera già utilizzata da 400 pazienti

## LA STORIA GRAZIA LA PAGLIA

UN PROGETTO che da Palermo arriva al Ghana per aiutare le donne africane dei villaggi rurali che spesso giungono fino al giorno del parto senza essersi mai sottoposte ad una visita ginecologica. Ma con app per cellulari ed ecografi portatili integrati con tecnologia gsm Alessandro Crimi, ingegnere palermitano ed ideatore del progetto DocmeUp, è riuscito a garantire l'assistenza a più di 400 donne monitorando le loro nove mesi di

gravidanza, garantendo i controlli di routine e i soccorsi in caso di emergenza.

Dopo una laurea in ingegneria all'Università di Palermo, Crimi si è spostato nel 2008 a Copenhagen per un dottorato in Immagini mediche, a cui sono seguiti altri anni di lavoro come ricercatore a Rennes, in Francia, e all'Eth-Zurich, in Svizzera. Lì, oltre a frequentare un corso manageriale su malattie tropicali, ha iniziato a collaborare con l'African Institute for Mathematical Sciences del Ghana, fondato da Neil Tukur, figlio di due noti attivisti del partito di Nelson Mandela. E dopo pochi mesi dall'inizio delle sue lezioni nel paese africano, ha pensato a un'app per monitorare lo stato di salute delle donne incinte dei villaggi rurali e inviare soccorsi in caso di necessità. Crimi ha poi perfezionato gli



ecografi portatili integrandoli con un modem gps, così da poter trasmettere le ecografie dai villaggi farle esaminare dai medici in città.

«DocmeUp nasce come forma di cooperazione fra l'università

svizzera, dove sono ricercatore, e l'Aims - spiega Crimi - Coinvolto nei loro progetti, mi sono spostato in Ghana per insegnare come visiting professor a ragazzi iscritti al corso di laurea in Biostatistica. Lì, supportato dai miei studenti, ho

**DITEL A RGS.** In totale sono 465.848 i pazienti che hanno accesso ai benefici. Il manager Antonino Candela: grazie a Internet possiamo risparmiare risorse e tempo

## Esenzioni on line, boom di richieste all'Asp

● Da inizio mese definite 131.742 pratiche. Un aumento del 38 per cento rispetto allo scorso anno. Potenziati pure gli sportelli

Il servizio esenzioni online si rivolge a tutti i cittadini residenti nel territorio dell'Asp, che abbiano raggiunto la maggiore età e che siano regolarmente iscritti al Servizio sanitario regionale.

Salvatore Fazio

●●● Dal primo aprile sono state eseguite 131.742 esenzioni online sul portale dell'Asp. Un incremento del 38 per cento rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. Sono state visualizzate oltre due e mezzo di pagine web: molti accessi sono stati effettuati dal Nord Italia e ci sono altre aziende sanitarie che stanno seguendo l'esempio palermitano.

I dati sono stati comunicati dall'Asp ieri a Ditele a Rgs. Sono stati raddoppiati gli sportelli «tradizionali» aperti anche il pomeriggio: sono 115 con 229 operatori e hanno eseguito 38.120 esenzioni. In totale sono 465.848 i pazienti palermitani che hanno diritto all'esenzione. «Ringrazio per lo straordinario lavoro svolto tutto il personale dell'Asp coinvolto - dice il manager dell'Asp Antonio Candela - È un successo di tutti. Ed è un grande beneficio sociale perché chi ha ottenuto l'esenzione online, lo ha fatto senza muoversi da casa, senza prendere l'auto, con meno spese, meno inquinamento e risparmiando risorse e tempo».

In trasmissione una paziente, Maria Clotilde Vitale ha spiegato di aver atteso diversi giorni: «La mia pratica - ha detto - risultava in attesa di valutazione nonostante il mio bisogno urgente di esami e visite». Dall'Asp hanno spiegato che la richiesta risulta effettuata



In una foto d'archivio la coda davanti agli uffici per ottenere l'esenzione del ticket

l'otto aprile ed evasa il 14 aprile.

Il servizio esenzioni online si rivolge a tutti i cittadini residenti nel territorio dell'Asp, che abbiano raggiunto la maggiore età e che siano regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Regionale che ritengono di avere diritto ad una esenzione per reddito secondo il Decreto del 11 dicembre 2009 che sancisce le seguenti condizioni di esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. È prevista l'esenzione col codice E01 per i cittadini di età inferiore a 6 anni e quelli di età superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito

complessivo non superiore a 36.151,98 euro annui; con codice E02: per i disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro elevato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico; con codice E03 per i titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico; con codice E04 per i titolari di pensione minima di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro

elevato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico. Il nucleo familiare fiscale comprende: il coniuge non legalmente ed effettivamente separato e le persone a carico per le quali spettano le detrazioni per carichi di famiglia in quanto titolari di un reddito non superiore a 2.840,51 euro con il reddito da considerare che si riferisce all'anno precedente. Si considerano disoccupati i soggetti che hanno perso una precedente attività lavorativa alle dipendenze e che risultano regolarmente iscritti negli elenchi dei Centri per l'impiego. (rsf/az)

**RICERCA.** Cerasola: «Valori da tenere sotto controllo»

## Nefrologia, i medici: se i reni soffrono, rischia anche il cuore

Le alterazioni della funzionalità renale e alcuni valori «sbilanciati», come la presenza di proteine nelle urine, sono importanti fattori di rischio cardiovascolare, non soltanto renale. Ciò è vero soprattutto per alcune categorie di persone, ad esempio chi soffre di pressione alta, è diabetico o ha alte concentrazioni di grassi nel sangue (colesterolo o trigliceridi), ma chiunque dovrebbe tenere sotto controllo i propri reni. È questa una delle evidenze scientifiche confermate nel corso del «Simposio sul paziente complesso. Attualità cliniche e terapeutiche in patologia cardiovascolare e renale», organizzato dalla Società italiana di nefrocardiologia e dalla sezione Sicilia-Calabria della Società italiana dell'ipertensione arteriosa.

«I soggetti che hanno una buona funzionalità renale - commenta Giovanni Cerasola, docente di Medicina interna all'Università di Palermo - hanno una sopravvivenza più lunga e minori rischi cardiovascolari. Il buon funzionamento dei reni va accertato in modo precoce».

Ma non è tutto. Una scarsa funzionalità renale può compromettere in modo serio anche l'efficacia di alcune terapie, farmacologiche e non. «Ad esempio, i defibrillatori impiantabili per i nefropatici o gli interventi di rivascularizzazione funzionano meglio quando le condizioni dei reni sono ottimali», aggiunge il professor Cerasola. I problemi renali sono una del-



Giovanni Cerasola

le principali e più serie conseguenze del diabete, malattia che oggi è sempre più associata all'ipertensione arteriosa, disturbo che riguarda circa il 35 per cento degli italiani, siciliani compresi.

La prevenzione quindi diventa un obbligo. «Oggi assistiamo ad un allungamento della vita media - afferma Cerasola - e la maggior parte dei pazienti "over 60" presenta più patologie contemporaneamente. Da questa età, quindi, è consigliabile un controllo periodico di alcuni parametri - tra questi, glicemia, emoglobina glicata, colesterolo "cattivo", trigliceridi, funzionalità renale - e della pressione arteriosa. Solo così si possono evitare problemi cardiovascolari non indifferenti».

**SALUTE.** Gli esperti rivelano i benefici che la tecnica di rilassamento può dare anche nella cura di patologie

## Training autogeno per battere ansia e insonnia

Inizia a diffondersi sempre più il training autogeno. Lo hanno confermato i grandi esperti del settore riuniti ieri in città per presentare le nuove tecniche nel corso del seminario «Obiettivi e metodi della psicoterapia autogena». Non si tratta solo di una tecnica di rilassamento conosciuta e diffusa come strumento di autocontrollo, ma è «un modello di una prassi psicoterapeutica riconosciuta a livello internazionale ed utilizzata sia in ambito clinico che non

clinico» spiega Caterina Giordano. Il seminario ha registrato una ottima riuscita e partecipazione di medici, psicologi, educatori, counselor, insegnanti, operatori socio-assistenziali e a di molte persone che desiderano conoscere l'approccio terapeutico educativo del training autogeno. Sono intervenuti anche il professor Luis De Rivera dell'università di Madrid, presidente dell'Isatap, «l'International Society of Autogenic Training and Autogenic Psychothe-

rapy», Luciano Palladino psicoterapeuta dell'Isatap, Monica Cavallone, psicologa dello sport, e Susanna Marotta in rappresentanza dell'Ordine degli Psicologi. Il training autogeno è una tecnica di distensione psicofisica come un percorso di autoanalisi diretto. È una metodologia che si prende cura della mente e del corpo. Gli esperti hanno sottolineato che è semplice da imparare, alla portata di tutti coloro che hanno bisogno di affrontare e risolvere sintomatologie

di origine psicosomatica, di sciogliere ansie o paure, di migliorare la propria salute. Molte le applicazioni cliniche: disturbi d'ansia, della sessualità, alimentari, del sonno, nevrosi, balbuzie, fobie; problemi cardiovascolari, cefalee, disturbi gastroenterici, disturbi della gravidanza e della menopausa. Molte anche le applicazioni non cliniche, tra cui il miglioramento delle prestazioni sportive, della memoria e della concentrazione.

(SAFAZ) SALVATORE FAZIO

GIORNALE DI SICILIA  
DOMENICA 19 APRILE 2015

# La migliore difesa è la qualità. Il contributo della Regione Siciliana

di Tommaso Mamone

Risk manager - Responsabile Area Qualità e gestione rischio clinico  
A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello" di Palermo

60

I QUADERNI DI **monitor**

L'11 novembre dello scorso anno sono stati presentati a Roma i risultati del progetto di ricerca corrente 2012 *Medicina difensiva: sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico*. Lo studio, promosso dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) in collaborazione con l'Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", ha prodotto validi risultati e ha originato interessanti spunti di riflessione.

La Regione Siciliana non è esente dalla dilagante diffusione del fenomeno della medicina difensiva. La partecipazione a questo studio ha sicuramente costituito un'ottima occasione di crescita sia per i professionisti che hanno aderito alla survey, sia per i colleghi Risk manager, attraverso la cui rete il progetto è stato diffuso nelle varie Aziende ospedaliere regionali.

## IL CONTESTO REGIONALE: DAL RISK MANAGER AL COMITATO AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI

La figura del Risk manager viene istituita in Sicilia nel 2010, sulla base del decreto assessoriale del 23 dicembre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale regionale del 22 gennaio 2010. Tale decreto descrive le attività a carico di questa nuova

figura e indica esplicitamente alle Aziende sanitarie la necessità di dotarsene.

Il Risk manager, posto nello staff della Direzione generale aziendale, assume l'onere di gestire un'area permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure, inclusi il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti.

Compito del Risk manager è inoltre quello di alimentare il flusso informativo Simes mediante la segnalazione degli eventi sentinella, delle denunce e dei sinistri; predisporre e attuare il piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico e per l'implementazione delle buone pratiche; elaborare e attuare il piano formativo aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.

Appare chiaro dal decreto che l'attività di tali professionisti è deputata al miglioramento della qualità delle prestazioni e a un'opportuna progettazione e implementazione di piani di miglioramento evitando logiche di tipo sanzionatorio. Il Risk manager non ha quindi il compito di identificare responsabilità individuali o inadempienze contrattuali. Tutti i Risk manager hanno conseguito il loro titolo partecipando a un master regionale obbligatorio.

Se la gestione del rischio clinico lavora per migliorare l'assistenza, vi è tuttavia anche bisogno di una struttura che intervenga in caso di sinistro, per

assicurarne la migliore gestione possibile. Nella Gazzetta Ufficiale regionale del 13 gennaio 2012 l'Assessorato alla salute della Regione Siciliana decreta quindi la costituzione nelle Aziende ospedaliere del **Comitato aziendale valutazione sinistri (Cavs)**. Il Cavs viene identificato come un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato a migliorare e velocizzare la gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento Rcto (Responsabilità civile terzi e dipendenti). Tra i compiti attribuiti al Cavs vediamo il supporto per la raccolta delle informazioni utili all'istruttoria e alla gestione dei sinistri; la collaborazione con il responsabile/ente deputato alla gestione del sinistro ai fini di una tempestiva identificazione delle tipologie di evento e valutazione delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario; la valutazione e il monitoraggio delle proposte di definizione del sinistro avanzate dal gestore dello stesso (perito, compagnia assicurativa, altro), attraverso l'emissione di uno specifico parere; l'eventuale gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali e medici legali finalizzato a una composizione stragiudiziale della vertenza; la proposta di azioni per la prevenzione dei rischi alla luce della casistica emersa nel corso delle valutazioni sui sinistri. In quest'ultimo punto il Cavs si ricollega perfettamente all'attività del Risk manager.

I Cavs, oltre, ovviamente al Risk manager aziendale, comprendono un rappresentante rispettivamente della Direzione sanitaria, del Servizio legale e contenzioso, degli Affari generali, del Servizio di medicina legale, del Servizio prevenzione e protezione e dell'Ufficio tecnico.

## GLI ESITI DELLA SURVEY IN SICILIA

In questi anni di intensa attività dedicata al miglioramento della sicurezza dei pazienti e della qualità delle cure, durante il confronto con gli operatori, si è avuto modo di verificare con-

dotte assistenziali volte non solo alla tutela dei pazienti, ma anche a una sorta di *autodifesa* dell'operatore stesso. Tali situazioni sono state chiaramente osservabili grazie all'attenzione dedicata alla qualità della documentazione clinica, con il supporto del progetto regionale per l'implementazione degli standard di qualità e sicurezza di Joint Commission International. La cartella clinica illustra bene taluni atteggiamenti apparentemente difensivi, che in realtà si traducono in compilazioni scarse o insufficienti e talora in ridondanti richieste di valutazioni specialistiche o di indagini strumentali. La survey nella Regione Siciliana ha evidenziato come il 60% degli operatori che hanno risposto ai questionari ammetta di praticare condotte di medicina difensiva. Tale dato, perfettamente allineato al dato delle altre Regioni partecipanti, rivela una preoccupante diffusione del fenomeno. Le azioni di medicina difensiva prevalentemente attuate riguardano un eccesso di prescrizioni di esami strumentali e altri test diagnostici (43%). Le motivazioni più frequentemente indicate dai professionisti per *giustificare* tali ridondanze riguardano in grandissima parte (46%) la percezione di una legislazione sfavorevole per il professionista medico. Più del 90% degli intervistati pensa che la medicina difensiva modifichi i costi delle prestazioni sanitarie, ma ipotizza, tuttavia, che tale atteggiamento, nel medio termine, sia destinato ad aumentare. Fortunatamente, i professionisti intravedono anche una possibile soluzione al problema. In Sicilia il 53% dei partecipanti alla survey considera l'adesione a protocolli e procedure specifiche un'azione potenzialmente efficace per modificare i comportamenti di medicina difensiva, implementabile anche dal singolo operatore. Relativamente alle azioni utili per la riduzione del fenomeno, il 37% pensa che potrebbe essere molto efficace una riforma delle norme che disciplinano la responsabilità professionale.

## LE PROSPETTIVE PER LA GESTIONE DELLA MEDICINA DIFENSIVA

Le motivazioni che spingono gli operatori ad attuare scelte identificabili come medicina difensiva sono sicuramente molto forti e di conseguenza difficili da modificare. I punti su cui fare leva tuttavia esistono e vanno individuati attraverso un'attenta analisi del complesso e delicato rapporto medico-paziente. Ogni possibile soluzione scaturisce da una domanda basilare: cosa si aspetta il paziente dal medico? E, come corollario: cosa si aspetta il medico (o l'operatore sanitario in genere) dal paziente?

Emerge la necessità di attuare, da parte degli operatori, comportamenti omogenei e di qualità riguardo le cure erogate e la comunicazione con i pazienti. **Protocolli e procedure condivise**, contestualizzate alle varie realtà operative, eliminano la variabilità tra gli operatori, mantengono alti e riproducibili i livelli di qualità, consentono all'organizzazione sanitaria di dimostrare efficienza e professionalità. Non ultimo, possono fornire validi argomenti di difesa in caso di contenzioso. Un'organizzazione che lavori correttamente e che possa tracciare tutti i passaggi del percorso assistenziale, rappresenta una assicurazione e uno stimolo per gli operatori, i quali sentiranno meno l'esigenza di *difendersi* autonomamente.

A questo, com'è ovvio, contribuisce anche una **corretta e completa gestione della documentazione clinica**.

La percezione di sicurezza da parte dell'operatore deriva anche dalla consapevolezza di prestare la propria opera in un'organizzazione in grado di

gestire gli eventi avversi, siano essi imputabili o meno a un errore umano. Al riguardo esiste un documento redatto dal Ministero della salute, le *Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità* (giugno 2011), che rappresenta una valida guida per gestire la comunicazione in momenti critici, quando un valido approccio al problema può veramente fare la differenza. Gli operatori si sentiranno parte di una struttura efficiente, mentre i pazienti e i loro congiunti riceveranno l'attenzione che potrebbero altrimenti pretendere con denunce immotivate.

Le risorse umane costituiscono un elemento fondamentale nelle organizzazioni sanitarie. È quindi di basilare importanza investire nella ricerca e nel mantenimento delle migliori **competenze professionali** e nella capacità degli operatori di costituire degli efficienti **team**, che condividano modalità e strumenti di lavoro unitamente alla mission a cui le Aziende sono chiamate.

Alle Direzioni delle nostre Aziende spetta invece il compito di garantire un ambiente di lavoro sereno, il giusto spazio per la crescita professionale, una pianificazione sostenibile delle attività, un atteggiamento di ascolto anche nei confronti dell'operatore e non solo del paziente. Tutto questo, associato a un'area *no blame* in cui confrontarsi e analizzare eventuali criticità, costituisce un'ottima possibilità per limitare il ricorso alla medicina difensiva e migliorare sempre di più la qualità delle prestazioni erogate.

La medicina difensiva ha un alto costo in termini di economia nazionale e non difende né il paziente né l'operatore. La migliore *difesa* è la qualità.

# Shock anafilattico, in aumento le allergie in ospedale. Meno morti grazie all'adrenalina, ma solo 4 su 10 la usano correttamente, e 1 su 5 non la porta con sé

DI INSALUTENEWS · 20 APRILE 2015



**Società Italiana di  
Allergologia, Asma ed  
Immunologia Clinica**

*Solo il 20% della popolazione allergica italiana porta con sé l'autoiniettante. Una persona su 4 non sa come utilizzare il farmaco. Un europeo su 300 ha avuto nella sua vita un caso di anafilassi. Ecco i cinque consigli degli specialisti.*

*Si è concluso a Bologna il 28° Congresso Nazionale della SIAAIC: 700 gli specialisti intervenuti da tutta Italia.*



*Prof. Giorgio Walter Canonica – Presidente SIAAIC e Direttore Clinica Malattie Respiratorie e Allergologia dell'Università di Genova*

Bologna, 20 aprile 2015 – Lo shock anafilattico è un evento potenzialmente drammatico per chi lo subisce e sicuramente qualcosa che terrorizza. Attualmente i casi da anafilassi da strada, ossia quelli esterni all'ambiente ospedaliero, si aggirano attorno allo 0,05/0,1% della popolazione italiana.

“Numeri per fortuna bassi – spiega il prof. Massimo Triggiani, docente di Allergologia e Immunologia clinica all'Università degli Studi di Salerno – ma comunque abbastanza



significativi. In aumento, purtroppo, i casi di shock anafilattico in persone che si trovano in ospedale, perché c'è una somministrazione dei farmaci, che è attualmente la causa principale di allergia. Nei ricoveri ospedalieri la percentuale di reazioni gravi, incluso l'angioedema, raggiunge lo 0,8/1%. I trend sono in aumento, negli ultimi dieci anni questi casi si sono triplicati, ma fortunatamente la mortalità è diminuita grazie al corretto uso dell'adrenalina”.

L'incidenza dello shock anafilattico varia in relazione al tipo di fattori scatenanti e della fascia d'età. Tra le cause maggiormente responsabili in età adulta ci sono punture di imenotteri (api, vespe e calabroni) in soggetti allergici al loro veleno, mentre l'allergia alimentare è maggiormente responsabile di shock anafilattico in età pediatrica.

### **Il Congresso**

Se n'è discusso a Bologna a conclusione del 28° Congresso Nazionale della SIAAIC, Società Italiana Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica. A presiederlo il prof. Giorgio W. Canonica, Presidente SIAAIC e Direttore Clinica Malattie Respiratorie e Allergologia dell'Università di Genova. Un'occasione importante che ha unito tutti gli specialisti italiani e i più influenti esperti a livello internazionale per discutere degli argomenti più attuali riguardanti l'area delle patologie allergologiche e del sistema immunitario. Tra i temi che sono stati trattati, largo spazio alle allergie alimentari, alla rinite allergica, all'asma bronchiale, alle allergie professionali, a quelle influenzate dalle condizioni climatiche e a quelle al nichel.

### **L'informazione e la misinformazione**

“Dalle nostre ultime ricerche esiste una capacità di utilizzo del dispositivo per l'autoiniezione di adrenalina assai bassa – chiosa la prof.ssa Erminia Ridolo, docente di Allergologia e Immunologia Clinica presso l'Università di Parma e membro SIAAIC – Circa il 20% dei pazienti non porta regolarmente con sé il dispositivo, mentre solo il 40% lo sa usare correttamente. Inoltre solo 3 persone su 4 spiegano ad un familiare come utilizzare il farmaco in caso di bisogno”.

“C'è ancora poca informazione – prosegue il prof. Triggiani – e molta disinformazione. Ciò che conta è spiegare meglio tutte le forme leggere ed iniziali di reazione allergica, per esempio agli alimenti e ai farmaci, che possono essere un preludio ad una reazione più grave quando ci si imbatte nuovamente nello stesso alimento o farmaco. È importante, quindi, riconoscere e capire l'angioedema, i dolori addominali, le alterazioni intestinali, l'orticaria, e fare una valutazione allergologica per capire se si tratta di persone a rischio. I più colpiti sono gli over 40 perché fanno un maggiore uso di farmaci, ma nessuna fascia d'età è esclusa, soprattutto a causa delle punture di insetti”.

## L'importanza dell'adrenalina

“L'istruzione del paziente all'utilizzo dell'autoiniettore dell'adrenalina – spiega la prof.ssa Chiara Gasperini, Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione Azienda USL 3 di Pistoia – ha un ruolo prioritario e dovrebbe essere effettuata con programmi mirati ed efficaci. Tale formazione dovrebbe essere effettuata utilizzando la simulazione, metodica ed efficace più di una lezione frontale per far acquisire al paziente confidenza con la situazione critica potenziale in un contesto riproducibile, per insegnare non solo il *saper fare* ma soprattutto il *saper essere*.”

### Le cinque regole per non sbagliare

A volte un errore può essere fatale, quindi chi è a rischio di shock anafilattico deve essere sempre consapevole di quali misure adottare e sul come istruire chi è al suo fianco. I consigli degli specialisti per non sbagliare:

1. **Chiamare aiuto:** “Credo che la raccomandazione migliore che si possa dare a pazienti e operatori sanitari per la gestione dell'emergenza shock anafilattico, ovunque essa si verifichi è quella di chiamare aiuto presto – sottolinea la prof.ssa Chiara Gasperini – quindi, nello specifico chiamare il 118, se si è fuori da un ospedale, oppure attivare il team di emergenza intraospedaliera, se si verifica ad esempio in un ambulatorio all'interno di un ospedale. Questa raccomandazione vale ancor più se il paziente si trova da solo quando si verifica l'anafilassi o in posti remoti (alta montagna, luoghi isolati). L'intervento del soccorso avanzato può essere cruciale soprattutto se il paziente non è stato precedentemente istruito all'utilizzo dell'autoiniettore di adrenalina”.
2. **Mantenere la calma:** facile a dirsi e non a farsi, ma se il paziente resta calmo riesce a mantenere la lucidità necessaria, ad esempio per autosomministrarsi correttamente l'autoiniettore dell'adrenalina.
3. **Mantenere la posizione:** che si considera più comoda: non è necessario ad esempio che il paziente sia steso supino nel caso in cui il sintomo maggiore sia la difficoltà respiratoria. Al contrario, in caso di sensazione di svenimento, è necessario sdraiarsi e sollevare le gambe di 30-40 gradi.
4. **Non bere e non mangiare:** una delle reazioni tipiche classiche di fronte ad un paziente che si sente svenire è quella di somministrare liquidi per bocca (acqua o altro). È invece vitale che il paziente vittima di uno shock anafilattico, dal momento che inizia a stare male, non assuma nessun cibo solido o liquido per bocca perché non può trarre nessun beneficio e anzi lo espone, in caso di perdita di coscienza, al rischio concreto di inalazione di materiale gastrico.
5. **Seguire il consiglio dei sanitari nella gestione immediata dello shock** (es: necessità di ricovero in ospedale), ma soprattutto, una volta superata la fase acuta,

nelle raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche volte a definire bene il rischio allergico ed a prevenire reazioni severe in futuro.

# Sanità24

Stampa

Chiudi

20 Apr 2015

## Screening neonatale esteso: l'Iss lancia la formazione (gratis) per le malattie metaboliche congenite

Lo screening neonatale rappresenta uno degli strumenti più avanzati della pediatria preventiva. Consiste in programmi di medicina preventiva secondaria basati sulla misurazione analitica di specifici metaboliti attraverso il prelievo di alcune gocce di sangue del neonato, con l'obiettivo di selezionare in modo precoce e tempestivo i soggetti a rischio per alcune malattie congenite per le quali sono disponibili trattamenti e terapie in grado di modificare la storia naturale della malattia. In Italia lo screening neonatale è obbligatorio per tre malattie (l'ipotiroidismo congenito, la fibrosi cistica e la fenilchetonuria), secondo quanto stabilito dalla legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104. Per quanto riguarda lo screening neonatale allargato o esteso attualmente viene attuato solo in poche regioni italiane, per diagnosticare oltre 40 malattie.

Il Governo ha recentemente disposto un incremento di 10 milioni di euro del finanziamento del Servizio sanitario nazionale specificatamente destinato all'avvio dello screening neonatale esteso. Il ministero della Salute, avvalendosi del supporto dell'ISS, dell'Agenas e di rappresentanti delle Regioni e delle Società scientifiche di settore, sta completando l'iter istituzionale per l'emanazione di un decreto ministeriale che intende favorire la massima uniformità dell'applicazione su tutto il territorio nazionale della diagnosi precoce neonatale delle MMC attraverso lo SNE. Nuove metodiche analitiche ad elevata sensibilità e specificità consentono oggi di ampliare l'offerta obbligatoria di screening neonatale attraverso l'avvio di programmi di Screening Neonatale Esteso.

### Formazione a distanza

Considerati questi nuovi scenari e al fine di fornire elementi conoscitivi di base e di aggiornamento professionale su queste tematiche, è stato recentemente finalizzato il corso di formazione a distanza "Screening neonatale esteso per la prevenzione di malattie metaboliche congenite (malattie rare)" organizzato dal Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) e dall'Ufficio Relazioni Esterne (URE) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il corso, della durata di 32 ore, è disponibile gratuitamente sulla piattaforma per la formazione a distanza dell'Istituto Superiore di Sanità EDUISS fino al 18 marzo 2016. La quota massima è di 5000 iscritti.

Accreditato ECM per 32 crediti formativi, si rivolge in modo specifico ad alcune discipline afferenti alle seguenti professioni sanitarie: Medico chirurgo, Farmacista, Biologo, Chimico, Fisico, Psicologo, Assistente sanitario, Dietista, Fisioterapista, Educatore professionale, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ostetrica/o, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Tecnico sanitario laboratorio biomedico, Tecnico di neuro fisiopatologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale.

L'iniziativa è realizzata con il supporto finanziario del Ministero della Salute nell'ambito del

progetto "Screening neonatale esteso: proposta di un modello operativo nazionale per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari nelle diverse Regioni - Programma CCM 2011".

I docenti del corso, che approfondirà in particolare le fasi dello screening neonatale, i percorsi per la presa in carico, i processi comunicativo-relazionali e le implicazioni etiche, sono esperti del CNMR, della Società Italiana per lo studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e lo Screening Neonatale e della Società Italiana di Genetica Umana.

Maggiori e più dettagliate informazioni sono disponibili sul sito del CNMR e sulla piattaforma dell'ISS EDUISS.

### **Avanguardia nella prevenzione**

L'uso della tecnologia Tandem Mass Spectrometry (TMS - spettrometria di massa tandem) consente infatti di aumentare il numero di metaboliti valutabili contemporaneamente sulla medesima goccia di sangue prelevata alla nascita per l'esecuzione degli screening neonatali obbligatori. In tal modo è possibile identificare profili metabolici alterati che aprono un sospetto diagnostico per oltre 40 malattie metaboliche congenite (MMC) consentendo, attraverso il passaggio ad esami diagnostici di secondo livello, di arrivare alla conferma della diagnosi.

L'immediata presa in carico di questi pazienti da parte di centri clinici di riferimento e l'avvio tempestivo di terapie e trattamenti appropriati consentono un significativo miglioramento della prognosi, limitando gli esiti invalidanti.

Lo screening neonatale esteso in tal senso consente un contenimento dei costi per il Servizio sanitario nazionale a lungo termine.

P.I. 00777910159 - Copyright Il Sole 24 Ore - All rights reserved

# Sanità24

Stampa

Chiudi

20 Apr 2015

## Intervista a Troise (Anaa): «Sui tagli una ricetta nata vecchia. Così si rottama la sanità»

Rosanna Magnano e Roberto Turno

I nuovi tagli incombono sulla sanità e i medici, ospedalieri e convenzionati, fanno fronte unico contro i contenuti dell'intesa in cantiere. Un'intesa che Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed, considera una ricetta nata già «vecchia» e inefficace. «Le Regioni scaricano i loro cittadini - si legge nel comunicato di fuoco appena diffuso (v. correlato) - e il grande rottamatore preferisce rottamare il servizio sanitario piuttosto che i costi della politica regionale». «L'accanimento sul personale - aggiunge - con l'ennesima riduzione delle strutture complesse e semplici, un colpo degno del Totò che vendeva la fontana di Trevi, nega il valore delle competenze professionali ridotte a puro costo da tagliare».

### **L'intesa che sta arrivando tra Stato e Regioni la considera un compromesso o una sciagura?**

Mi pare un compromesso al ribasso che rischia di rivelarsi una sciagura ma anche un'illusione. Alcune di quelle voci sono già state sperimentate in passato con risultati nulli. Ricontrattare i contratti in essere: è stato già fatto ottenendo poco più di zero. La storia dei risparmi derivanti dall'applicazione degli standard alle strutture complesse se la sono già venduta negli anni passati. Solo che prima c'era il mito che i risparmi sarebbero stati investiti nella riorganizzazione delle cure primarie, ora si punta a fare cassa. Il che significa che per il territorio non c'è niente. Ma in ogni caso si tratta di briciole. Non so se alla fine i conti torneranno. La ricetta è vecchia. C'è il forte riferimento alla medicina difensiva e si parla di ricavarne 10 miliardi, pare il nuovo tesoretto. E poi la mitica appropriatezza...

### **A questo proposito, che ne pensa della nuova idea delle Regioni di una responsabilità patrimoniale del medico per l'inappropriatezza prescrittiva, tra l'altro valutata negativamente dalla ministra Lorenzin?**

Quello che colpisce non è un riferimento a una responsabilità, perché ogni atto medico ha una responsabilità civile, penale ed erariale. Il dato inaccettabile è pretendere di collegare la necessità di accentuare l'appropriatezza clinica a un atteggiamento intimidatorio nei confronti dei professionisti. È una cosa che non esiste in nessuna parte del mondo. All'appropriatezza si arriva attraverso un patto con i professionisti, non dall'alto con meccanismi di aggressione e invadenza. Dietro c'è ancora una volta l'idea tragicomica delle Regioni di fare cassa e di scaricare su pazienti e medici i propri sprechi e i costi della politica regionale che restano sempre intatti. Le Regioni insomma cercano solo capri espiatori.

**Su un altro fronte il Governo stima tagli di migliaia di strutture semplici e complesse, con l'eliminazione di migliaia di primariati e un bel risparmio..**

La stragrande maggioranza delle Regioni questa operazione di applicazione degli standard l'ha già fatta ben prima che venissero approvati, sulla base delle indicazioni della commissione ad hoc istituita dalle Regioni. Le Regioni ancora al palo si contano sulle dita di una mano. Il taglio di questa roba qui c'è già stato. Che altro vorranno fare ancora? Cambiare gli standard?

### **Che fine fanno i medici?**

Le Regioni che l'hanno applicata o hanno ridotto le strutture complesse vacanti, togliendole dalla programmazione, o hanno rideterminato il numero dei primari mantenendo la retribuzione ad personam e riducendone la funzione accompagnandoli alla pensione. Ma di fatto questa operazione dice ai medici: non ci sono soldi, le condizioni di lavoro sono quelle che sono ma non ci sono nemmeno prospettive di carriera, almeno di carriera verticale. Per questo stiamo ragionando su nuove forme di progressione di carriera che non ci costringano a rincorrere una struttura di tipo gestionale. Si tratta di immaginare, lavorando sui fondi contrattuali di oggi e di domani, come costruire percorsi di carriera orizzontali.

### **L'ulteriore taglio dei posti letto farà precipitare anche la qualità del lavoro?**

Inchiodare l'Italia in coda alla classifica Ue dei posti letto è una sciocchezza significa privare i cittadini di dignità, decoro e sicurezza. I tagli sui posti letto sono solo il chiavistello per incidere sul personale. Ci sono meno posti letto, serve meno gente. Ovvio che così si rinuncia a dare risposte adeguate alla domanda di salute dei cittadini.

### **Che futuro c'è quindi per la classe medica, all'incrocio tra Patto per la salute, tagli di questo momento e prossime manovre?**

Il futuro è quello che si riesce a costruire. O questa categoria prende coscienza della necessità di aumentare la propria massa critica e di rafforzare il ruolo di interlocuzione nei confronti della politica politica per chiedere di ricontrattare il patto con i professionisti oppure rischia di scomparire il perno essenziale del sistema sanitario.

### **C'è una critica al modo di fare sindacato fino a ora?**

Non sono d'accordo con questo masochismo. Io credo che il sindacato abbia supplito in questo periodo di blocco contrattuale facendo politica, come tutore di diritti dei cittadini. Si tratta ora di reinventare forme nuove, facendo accordi di lavoro e per il lavoro. Penso alla contrattazione aziendale, un'occasione straordinaria, che però va colta, di riprovare a fare un contratto a piramide invertita, non più aspettando un testo nazionale dall'alto che viene calato nelle singole aziende ma costruendolo nelle realtà aziendali per supplire a un vuoto che durerà fino al 2017 o al 2018, chi lo sa.

### **Nel lavoro medico si assiste da tempo a un abuso del precariato, raddoppiato in dieci anni, che grava soprattutto sulla componente femminile. C'è qualche spunto nel Jobs Act per invertire la rotta?**

Certo, anche a noi piacerebbe avere un contratto a tutele crescenti per la nuova occupazione in sanità. C'è finalmente un articolo della riforma del pubblico impiego in cui si dice che i contratti atipici vanno commisurati alla qualità del lavoro che devono svolgere. Io non posso prendere uno specialista ambulatoriale e metterlo a fare le notti in ospedale. Quindi realizzando una previsione che era già nella legge Biagi potremmo forse mettere un freno a questo dilagare di contratti atipici, che sono poi forme di evasione contributiva.

### **A proposito di giovani: la bozza sull'articolo 22. La partita è ancora aperta?**

Io non ho capito quale arbitro abbia fischiato l'interruzione della partita. Non si riesce a uscire dalla secche di uno scontro-incontro tra esigenze delle Regioni di avere manodopera professionale a basso costo, l'esigenza di tutti di non toccare lo status quo universitario e la

difficoltà di mettere in piedi delle anomalie nell'impianto organizzativo delle aziende che poi avranno il fiato corto.

### **Intanto gli infermieri mordono i freni sulle competenze...**

Si fa finta di non capire che non si parla del diritto o meno di incrementare la propria formazione. Ma di come tutto questo si cala nel modello di organizzazione del lavoro. Si continua in un dibattito stucchevole e si evita di rispondere alle domande vere. Ossia se vogliamo un modello di assistenza a canna d'organo, come una somma di autonomie professionali senza un responsabile unitario che si assuma la responsabilità di intervenire in caso di conflitto.

### **Nel modello di ospedale del futuro lanciato da Anaa con i medici ospedalieri che fanno da ponte con il territorio ci sono spazi per arrivare a una soluzione?**

Lo spazio c'è per tutti. Cambiano i luoghi di risposta ai bisogni di salute dei cittadini e si spostano dall'ospedale al territorio e cambiano le figure professionali ma bisogna capire se si mantiene comunque un carattere unitario della presa in carico, con un responsabile e una tracciabilità del processo decisionale. Insomma se tutti sono generali bisogna capire chi è più generale degli altri.

### **Ma non è che vi piacerebbe arrivare a un abbraccio con i comuni?**

Il sistema messo in piedi dalla riforma del Titolo V è assolutamente fallito. Il federalismo si è risolto in un neocentralismo regionale e c'è un problema di sussidiarietà che chiama in causa il ruolo dei territori e di chi governa il territorio. Un pendolo che sta oscillando dagli anni '80. Andrebbe fatta una revisione seria di ciò che hanno fatto le Regioni, di tutto di più. Serve un livello di governabilità diversa.

### **C'è altro grasso da togliere in sanità?**

Ci sono sicuramente ampi margini di recupero ma bisogna uscire dai luoghi comuni, si elenchino gli sprechi e i rimedi. Sicuramente abbiamo un sovraconsumo di prestazioni sanitarie. Basti pensare a tutti gli esami radiologici che vengono fatti. Ma il recupero va fatto passando attraverso le competenze dei professionisti, passaggio che le Regioni vedono come il fumo negli occhi.

### **Anche gli ospedaletti vanno tagliati?**

La questione è di dare a ogni struttura un ruolo. Esistono i nodi grandi e nodi piccoli, bisogna costruire i filamenti che mettono in relazione i nodi. Non serve eliminare i piccoli ospedali, va creata una rete.

### **Il suo voto alla ministra Lorenzin è cambiato?**

Resta sempre un sei. Le riconosco la volontà politica di tutelare il sistema a livello contabile, elemento necessario ma non sufficiente. Ma permane la grave lacuna di una scarsa attenzione alle risorse umane.



# Sanità24

Stampa

Chiudi

20 Apr 2015

## Lorenzin boccia l'emendamento delle Regioni sulla responsabilità patrimoniale dei medici

Ernesto Diffidenti

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, boccia l'emendamento delle Regioni che prevede la responsabilità patrimoniale dei medici in caso di prescrizione di esami inappropriati. «È l'emendamento delle Regioni a cui ho detto no», ha affermato a margine di un convegno al ministero, riferendosi, appunto, all'emendamento sui tagli alla sanità presentato nella Stato-Regioni. Domani i sindacati medici hanno convocato una conferenza stampa proprio per esprimere la propria posizione contraria all'ipotesi in discussione.

In ogni caso il ministro auspica l'intesa. «Giovedì - ha aggiunto Lorenzin - abbiamo la conferenza Stato-Regioni. Noi abbiamo presentato la nostra proposta, le regioni hanno presentato i loro emendamenti, alcuni dei quali sono ricevibili mentre altri no. Spero che da qui a giovedì ci siano le condizioni per un'intesa che ci permetta di affrontare la rinuncia all'aumento del fondo sanitario nazionale fatta dalle regioni, senza gravare sui servizi ai cittadini».

Giacomo Milillo, segretario nazionale della Fimmg, tira un sospiro di sollievo. «Siamo rassicurati dalla presa di posizione del ministro della Salute Beatrice Lorenzin - ha detto - che ha smentito la condivisione da parte del Governo dell'emendamento della Conferenza delle Regioni sulla responsabilità patrimoniale dei medici. La Conferenza stampa di domani, convocata a Roma dalle principali sigle sindacali dei medici convenzionati e dipendenti, rappresenta l'occasione per portare a conoscenza dei cittadini e delle istituzioni la logica che sostiene le proposte deliranti delle tecnocrazie regionali, logica che viene puntualmente riproposta in ogni provvedimento e che è causa di sempre più gravi conseguenze sull'assistenza e sulla tutela della salute dei cittadini. Rinnoviamo al ministero la disponibilità del sindacato ad un confronto serio e approfondito sul tema dell'appropriatezza».

### **I medici pediatri esprimono incredulità e preoccupazione**

Giampietro Chiamenti, presidente della Federazione italiana medici pediatri (Fimp) esprime «incredulità e preoccupazione» in seguito all'emendamento che introduce anche la responsabilità patrimoniale per i medici che prescrivono prestazioni inappropriate.

L'obiettivo del conseguimento di un sempre più elevato livello di appropriatezza, sia essa clinica che organizzativa, è ritenuto dalla Fimp importante e fondamentale, ma deve risultare da un confronto istituzionale, che si basi su criteri di evidenza scientifica, tra tutti gli attori del Sistema e non da norme costrittive che prevedono rivalse economiche a danno dei medici. «Siamo molto preoccupati per l'assistenza ai nostri pazienti, bambini ed adolescenti - sottolinea la Fimp -, che si basa essenzialmente sulla prevenzione e l'educazione sanitaria, oltre che su diagnosi e cura, che è

messa fortemente in discussione dagli indirizzi organizzativi e clinici che le Regioni vogliono mettere in atto, di fatto mettendo a serio rischio la qualità del Servizio sanitario nazionale. Per questo - conclude Chiamenti - facciamo appello in primis al Governo, ma anche a tutte le associazioni che hanno a cuore la salute dei bambini, e ai genitori, per l'avvio di una seria riflessione che possa porre gli opportuni rimedi e fermi queste derive pericolose».

### **Il sindacato autonomo Snamì prende posizione sulla proposta delle Regioni**

«Siamo d'accordo - sostiene il presidente Angelo Testa - che ognuno di noi deve essere responsabile delle proprie azioni ma, in questa circostanza, il contendere è ben altro. La presunta inadeguatezza sarebbe nei confronti di una sorta di linee guida vincolanti non certamente codificate dai medici. Invece, secondo noi, si tratta palesemente di un tentativo imprudente ed ingenuo di risparmiare raschiando il fondo del barile, che invece risulterà foriero di ulteriori costi, per il dilagare della medicina difensiva». Per Salvatore Santacroce, vicesegretario nazionale dello Snamì «potrebbero paventarsi, da parte delle Regioni, percorsi impositivi rigidi che poco hanno a che fare con le funzioni proprie di una medicina di famiglia volta a fornire corretti percorsi di diagnosi e cura ed erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti dei propri pazienti». Nino Grillo, altro vicesegretario Snamì, «paradossalmente si andrà a spendere di più perché aumenteranno i comportamenti difensivi dei medici che, con la minaccia di essere sanzionati, tenderanno ad avere dubbi su ogni prescrizione ed entreranno in conflitto perenne tra adottare un comportamento corretto e deontologico oppure uno da attore in un teatrino, dettato da logiche esasperate di difesa personale».

### **Critiche anche dall'Alleanza per le professioni mediche (Apm)**

«Le Regioni - sostiene l'Alleanza - piuttosto che incidere sugli sprechi che sono sotto gli occhi di tutti, compresa la magistratura, hanno scelto di tagliare ancora una volta i servizi sanitari ai cittadini e di far ricadere sacrifici e oneri sui medici. Nessun sacrificio viene invece richiesto ai ricchi emolumenti dei consiglieri regionali e dei vertici delle partecipate regionali. Inoltre, nessun ridimensionamento è in programma per quanto riguarda gli elefantiacci apparati burocratici regionali». Secondo Apm, inoltre, mentre gli operatori della sanità continuano a discutere sul "comma 566", «la politica, assecondando i desiderata dell'Ipasvi, taglia i primariati medici e fa lievitare le strutture complesse delle professioni infermieristiche e amministrative, seguendo anche in questo il dettato del comma 566, ove prevede che "non debbano esserci maggiori spese per la finanza pubblica».

### **Ipasvi: «Non cercare capri espiatori, ma aprire un confronto costruttivo»**

Pronta la replica dell'Ipasvi. «Il taglio delle strutture complesse (e semplici) - sottolinea il presidente, Barbara Mangiacavalli - è comparso nella prima bozza di standard ospedalieri a fine 2012. Ben prima quindi dell'accordo delle Regioni sulle competenze avanzate degli infermieri e quando ancora il 'comma 566' non era nemmeno nelle idee del legislatore. Poi nei primi documenti sul Patto della Salute è stato confermato sia come previsione diretta che successivamente con un rinvio agli stessi standard. In quelle bozze c'era anche l'eliminazione dei piccoli ospedali con meno di 60 posti letto, trasformata poi in una misura che riguardava solo le strutture private accreditate e ulteriormente, nella versione finale, solo chi ha meno di 40 posti letto e non è struttura monospécialistica». Insomma, secondo Ipasvi, «non bisogna cercare capri espiatori ma aprire le porte a un confronto costruttivo».