



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

18 GENNAIO 2016

## RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa  
Massimo Bellomo Ugduleña

## Le storie

PER SAPERNE DI PIÙ  
www.poliziadistato.it  
www.carabinieri.it

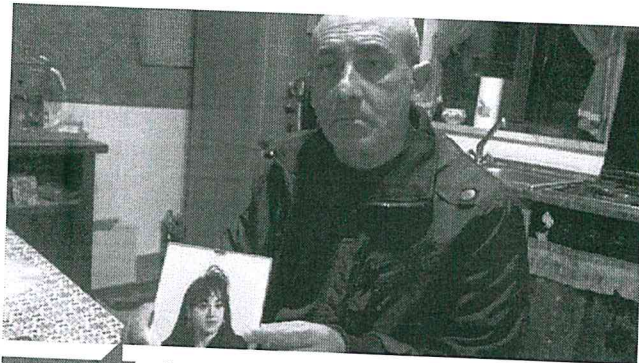
# Il 118 non la ricovera, morta a 41 anni

L'ambulanza l'aveva assistita a casa dopo un malore indagati i soccorritori

ROMINA MARCECA

Un'inchiesta per un caso di sospetta malasana travolge il 118. L'intervento di un'ambulanza inviata dalla centrale operativa in casa di una donna, morta poche ore dopo, ha fatto scattare l'iscrizione sul registro degli indagati di due soccorritori. Gli operatori del 118 avrebbero assicurato la signora, sofferente da un mese di calcoli alla colecisti, dicendo che era stata vittima di «una crisi d'ansia» e le avrebbero sconsigliato il trasferimento in ospedale. «Tutto falso - dicono dalla centrale operativa - è stato il marito a firmare il foglio di rifiuto del ricovero». L'inchiesta accerterà quale sia la verità.

Le versioni della famiglia della vittima e degli operatori del 118 sono contrapposte. La procura ha disposto l'autopsia, già eseguita sul corpo della donna, e adesso dovrà accertare come sono andati i fatti. Sott'inchiesta sono finiti i due soccorritori Antonino Anselmo e Maria Grazia Falzetti. Di certo la sera del 5 gennaio in casa dei signori Culotta, a Tommaso Natale, è arrivata un'ambulanza inviata dal presidio di Capaci: a bordo due soccorritori, nessun me-



**VEDOVO**  
Innocenzo Culotta con la foto della moglie Carmela Tomaselli morta a 42 anni dopo la visita del 118

dico. A chiamare il 118 era stato il marito della signora Carmela Tomaselli. «Mia moglie aveva forti crampi - racconta Innocenzo Culotta, fattorino di un ristorante di Mondello - e una sudorazione eccessiva. Stava malissimo». I due soccorritori hanno misurato i parametri della donna che sarebbero rientrati nella norma. «Contemporaneamente alla prima ambulanza, da Carini - spiega il

responsabile del 118 Fabio Genco - era partito un altro mezzo medicalizzato». Ma quel medico in casa dei Culotta non è mai arrivato. «La seconda ambulanza è stata revocata perché i familiari della donna non hanno acconsentito al trasferimento in ospedale», ribadisce Genco.

Sta di fatto che la signora Tomaselli, 42 anni da compiere a giugno, collaboratrice domestica, è morta

durante la notte. Era in casa della madre che l'ha trovata per terra. Forse aveva tentato di chiamare aiuto ma non c'è riuscita. «Mi hanno fatto firmare un foglio senza spiegarmi nulla - ripete Culotta - i magistrati facciano luce su questa storia assurda».

Adesso Innocenzo Culotta, papà di un ragazzo di 18 anni, chiede giustizia: «Mia moglie da dicembre aveva problemi con la colecisti, era stata accompagnata proprio dal 118 per tre volte negli ospedali Villa Sofia e Cervello. Farò un esposto anche contro di loro perché mia moglie non è mai stata ricoverata se non per poco meno di due giorni. Le hanno prescritto una cura e nient'altro. Forse, invece, c'era bisogno di un intervento».

I primi esiti dell'autopsia rivelano che Carmela Tomaselli è morta per un'emorragia intestinale. Nella colecisti c'erano calcoli. Ignazio Culotta si è affidato all'avvocato Roberto Cali. L'indagine si preannuncia complicata, a coordinarla è il pm Carlo Marzella. I carabinieri hanno sequestrato cartelle cliniche e altri documenti nella centrale del 118.

CRIP/OLIVIERE ROSSIGNA

LA DIFESA. L'avvocato del medico annuncia la presentazione del ricorso in appello. La sentenza è arrivata dopo 12 anni, alla signora sono stati riconosciuti 75 mila euro

## Masellis dopo la condanna: intervento corretto

Il chirurgo plastico dovrà risarcire una donna operata al seno: «La paziente non fu adeguatamente informata sui rischi»

Il giudice non condivide neppure le conclusioni dei periti che escludono una scorretta esecuzione dell'intervento: «L'inadempimento del dovere d'informazione costituisce ipso facto fonte di responsabilità».

Sandra Figliuolo

Non «un'errata esecuzione dell'intervento chirurgico», ma «solo ed esclusivamente una non esaustiva informazione della paziente» sui rischi che avrebbe corso sottoponendosi all'operazione per ridurre il volume del suo seno. Lo chiarisce il luminare di chirurgia estetica, Michele Masellis, attraverso il suo avvocato Rosario Dell'Oglio, dopo che una donna, P. C., di 67 anni, che il medico aveva operato nel 2001, è stata risarcita in queste settimane - e dopo 12 anni di iter giudiziario - con 75 mila euro per il danno biologico patito in seguito all'intervento. La paziente - e lo documenta anche una specifica consulenza medica - sostiene di essersi ritrovata con un seno «vistosamente» più grande dell'altro, nonché con delle cicatrici «deturpanti, visibili anche a 4 metri di distanza», che partirebbero dal petto e arriverebbero fino alla schiena. La sentenza di primo grado, con la quale sono state accolte le tesi del difensore della donna, l'avvocato Marcello Longo, riconoscendo la presunta responsabilità professionale di Masellis è stata emessa a luglio 2013



Il chirurgo plastico Michele Masellis

come già riportato da questo quotidiano - non è definitiva. Tanto che l'avvocato Dell'Oglio ha già preannunciato ricorso in appello.

La decisione del giudice, in quel caso, era stata presa in contrasto con le conclusioni dei periti, che rimarcano: «Non si ravvisano elementi di responsabilità professionale nell'operato del sanitario (Masellis, ndr) che ha sottoposto ad intervento chi-

rurgico di mastoplastica riduttiva la signora P. C. (...) Corretta è stata l'indicazione all'intervento chirurgico, corretta la procedura d'informazione, corretta l'esecuzione dell'intervento, corretto ed adeguato al caso il trattamento medico postoperatorio della paziente. Le cicatrici e le asimmetrie di volume residue all'intervento non sono da imputare alla non corretta esecuzione della tecnica chirur-

gica, ma rientrano esclusivamente nell'ambito di complicanze correlate all'intervento stesso». Per il giudice, però, «il modulo di consenso informato - approssimativamente compilato, peraltro, con grafia non intelligibile - contiene un generico riferimento alla possibilità di anomale cicatrizzazioni come complicanze specifiche, senza alcun riferimento alla natura, entità ed estensione di tali cicatrici ed ai potenziali effetti estetici deturpanti ritenuti normali dai periti (...) Già in tal senso si annida un profilo di responsabilità del sanitario (...) che avrebbe dovuto adeguatamente e specificamente informare la paziente». E aggiunge: «L'inadempimento del dovere d'informazione costituisce ipso facto fonte di responsabilità». Non solo, il giudice non condivide neppure le conclusioni dei periti che escludono una scorretta esecuzione dell'intervento: «Delle due l'una: o le deturpanti asimmetrie e cicatrizzazioni costituiscono una normale complicanza connessa all'intervento stesso ed allora la colpa del Masellis si annida nel non aver adeguatamente informato la paziente dei rischi (...) ovvero i macroscopici relinqui, riconosciuti dagli stessi consulenti, sono imputabili all'imperizia del chirurgo per errata esecuzione della tecnica». Motivazioni, quelle del giudice, che «saranno oggetto di censura nel giudizio d'appello», rimarca però l'avvocato Dell'Oglio, che assiste Masellis. (SARF)

**OSPEDALE.** Un'iniziativa organizzata dal comitato spontaneo fondato dopo la chiusura, che chiede il potenziamento dell'organico in sinergia col nosocomio di Termini

## Petralia, fiaccole accese per il punto nascita

● Sindaci, politici, cittadini in corteo dopo petizioni e lettere al ministro. E ora si attende il «tavolo» promosso dal prefetto

L'assessore di Alimena Albanese chiede alla Lorenzin di ricevere a Roma una delegazione di donne madonite. Il deputato nazionale Magda Culotta esprime fiducia: «Ci sono spiragli per una soluzione».

Mario Li Puma  
PETRALIA SOTTANA

●●● In migliaia si sono dati appuntamento nei pressi del bivio della strada provinciale Petralia-Piano Battaglia, per partecipare alla fiaccolata «Pro ospedale e punto nascita». All'iniziativa, promossa dal «Comitato pro ospedale», nato spontaneamente all'indomani della chiusura del punto nascita e che ha avviato anche una petizione non solo online, hanno partecipato i sindaci madoniti con fascia tricolore e il parroco, sempre in prima fila in questa battaglia, i mini-sindaci, associazioni, cittadini di numerosi centri madoniti.

«Esprimiamo, come cittadini delle Madonie, la nostra protesta per il mancato riconoscimento da parte della ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, della deroga al fine del mantenimento del punto nascita presso l'ospedale Madonna dell'Alto di Petralia Sottana», dice il comitato che, sia sul sociale sia con iniziative sul territorio, si battono per perché la struttura sia riaperta avanzando allo stesso tempo altre proposte, come la richiesta di attivare la guardia 24 ore su 24 completando anche l'eventuale dotazione tecnica e implementando le unità organica di ginecologi, pediatri/neonatologi e ostetriche. Questo anche in tandem con l'ospedale di Termini Imerese, al quale la Madonna dell'Alto è collega-



Un momento della fiaccolata di ieri sera per il punto nascita dell'ospedale di Petralia Sottana. (FOTO M.L.P.)

to, per permettere che ambedue i nosocomi possano svolgere la loro funzione senza disparità e con l'obiettivo di garantire la salute dei cittadini del comprensorio. «Ricordiamo che una sperimentazione simile è già stata messa in campo tra gli ospedali di Partinico e Corleone, un modello assolutamente replicabile anche nella realtà madonita», aggiunge il comitato.

Mari Albanese ha scritto una lettera al ministro Lorenzin, «da donna, prima che da assessore alla Cultura e alle Pari opportunità di Alimena - scrive», un piccolo comune madonita, una stella tra le altre stelle che costella il nostro comprensorio. E le scrivo a nome delle tante donne che oggi sentono in maniera prepotente la nega-

zione di un diritto, ovvero la scelta di far nascere i propri figli dove desiderano. Le chiedo - aggiunge - di ricevere al ministero una delegazione di donne madonite: di madri, di nonne, di figlie».

Il deputato nazionale e sindaco di Pollina, Magda Culotta, che ha presentato una interrogazione allo stesso ministro nella quale chiede «di concedere una deroga al punto nascita» legando «quanto meno la stessa al periodo di sperimentazione della strategia nazionale aree interne», ieri ha registrato un'apertura da parte del ministro, anche se sono necessarie alcune valutazioni, soprattutto quando si parla di aree interne». Il sottosegretario alla Salute Vito De Filippo ha voluto in-

tanto «rassicurare che il ministero ha effettuato una attenta analisi su dati e numeri», precisando però che le 342 interruzioni di gravidanza del 2014, a fronte dei 129 parti, sono legate soprattutto alla «lontananza e alla discrezione che garantisce l'ospedale di Petralia», che in questo caso raccogliebbe l'utenza di un territorio molto più vasto.

Il prefetto di Palermo De Miro, che nei giorni scorsi aveva incontrato gli amministratori madoniti giunti in corteo da Palermo, sta lavorando intanto affinché si tenga presto un tavolo con lo stesso ministero della Salute, la Regione e l'Asp al fine di potere «stabilire il percorso per pervenire alla riapertura del punto nascita». (M.L.P.)

**VIA ONORATO.** Distrutto il vetro della macchinetta del dipartimento di Prevenzione. L'ennesimo attacco da quando è stato affidato il servizio a una ditta di Ragusa

## Devastato distributore di bevande L'Asp ancora una volta nel mirino

●●● Sono entrati nella notte tra giovedì e venerdì forzando la porta di ingresso del dipartimento di Prevenzione dell'Asp di via Carmelo Onorato e hanno distrutto il vetro del distributore di bevande con un estintore che poi hanno svuotato. Non contenti, hanno lasciato tracce di urina sul pavimento. Ed infine hanno messo a soqquadro una stanza. Sono andati via però senza portarsi nulla. Neanche un euro.

Sarebbe un atto di vandalismo se non fosse che nel mirino ancora una volta è finita una macchinetta all'interno di una struttura dell'Azienda sanitaria provinciale che, da meno di un anno, ha regolarizzato la gestione dei distributori all'interno dei presidi di Palermo e provincia. L'episodio è stato denunciato alla polizia.

Non è il primo attacco da quando, sotto la guida del direttore generale An-

tonino Candela, il servizio è andato in appalto a una ditta di Ragusa, la Point Service, per tre anni.

«Prima le macchinette - spiegò Candela in occasione dell'aggiudicazione della gara - erano attaccate abusivamente all'energia elettrica. Si è passati così da una situazione abusiva con zero incassi per l'azienda sanitaria ad un appalto che consente un'entrata di 485 mila euro l'anno». In totale ci sono 122

macchinette nei poliambulatori e nei cinque ospedali: a Partinico, all'Ingrassia, a Termini Imerese, Corleone e Petralia. Normalità che forse sta stretta a chi prima lucrava sull'affaire caffè all'interno degli ospedali. Anche Civico e Villa Sofia-Cervello un anno fa hanno seguito la stessa strada. Ed anche al Civico si sono verificati numerosi raid. Per quanto riguarda l'Asp, più volte è stato preso di mira l'ospedale Ingrassia. In corso Calatafimi si è verificata una serie di furti anomali tra lo scorso autunno e la scorsa estate. E precedentemente a maggio 2015, prima dell'inaugurazione del nuovo pronto soccorso, fu danneggiato uno dei distributori di merendine.



Antonino Candela, manager Asp 6

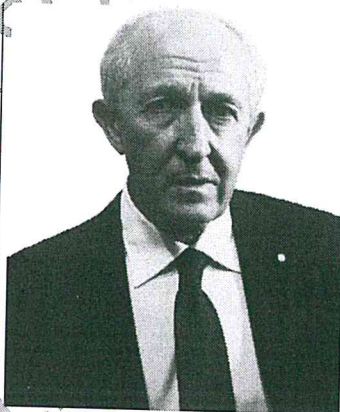
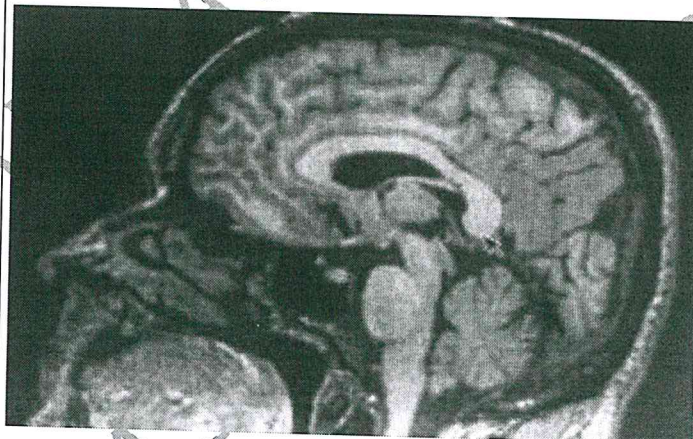
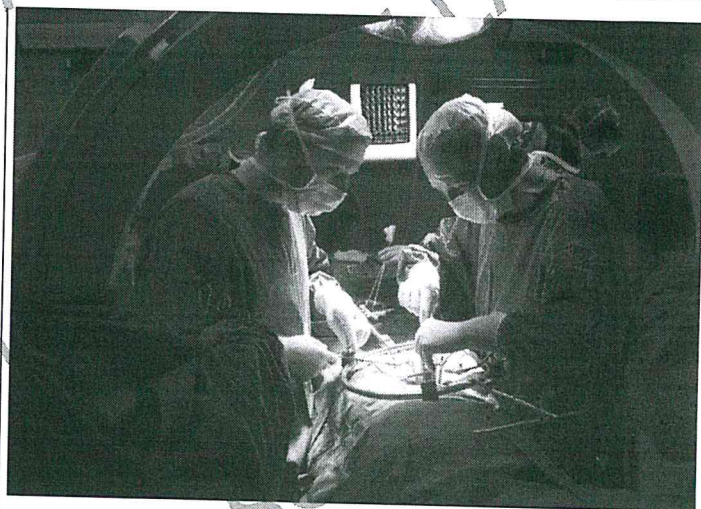
L'ultimo episodio inquietante lo scorso 31 dicembre quando un colpo di pistola sfondò la guardiola del portiere degli uffici Asp di via Giorgio Arcoleo. Proprio in quei locali Candela un paio di anni fa scoprì una maxi truffa sulle forniture di pannolini e cibi per celaci.

Stavolta è toccato alla macchinetta del dipartimento di Prevenzione di via Carmelo Onorato, sempre nella zona di corso Calatafimi. A capo del dipartimento da pochi giorni è stato nominato Vincenzo Piricò nella rotazione successiva al siluramento di Giuseppe Noto, l'ormai ex direttore sanitaria, accusato di aver mentito sui requisiti necessari per occupare il ruolo all'Asp.

FRANCESCO SICILIA

## L'INTERVISTA A GIULIO MAIRA di Carmelo Nicolosi

# «TUTTA UNA VITA IN SALA OPERATORIA PER CURARE IL CERVELLO QUANDO SI AMMALA»



Il neurochirurgo Giulio Maira

Il 27 aprile del 2014 un milione e mezzo di persone, venute da tutto il mondo, gremisce piazza San Pietro per la santificazione dei Papi Giovanni Paolo II e Giovanni XXIII. Ma per Karol Wojtyła, la santificazione non ci sarebbe stata quel giorno, senza la conferma del miracolo da lui operato da parte del professore Giulio Maira, che eseguiti tutti gli accertamenti dichiarò: «L'inspiegabilità scientifica e biologica della completa guarigione clinica della signora Floribeth Mora Diaz di 47 anni».

Floribeth, costaricana colpita da uno spandimento di sangue al cervello per la rottura di un aneurisma va operata subito, ma data la complessità dell'evento, nessun chirurgo portoricano è in grado di intervenire. La donna assiste in televisione alla cerimonia di beatificazione di Karol Wojtyła, il primo Papa ad aver visitato il Costa Rica nell'83. Floribeth, diciannovenne, era tra la folla, ad applaudire. Ora, guarda in tv la reliquia del Papa polacco, in mano a Benedetto XVI. E si addormenta. Al risveglio, si sente meglio, gli atroci mal di testa sono calmati. Un controllo evidenzia l'assenza di qualsiasi deficit neurologico. E al professore Maira, neurochirurgo, membro della Consulta medica della Congregazione per le Cause dei Santi, viene chiesta la valutazione del caso. Un grosso dossier con tutti gli accertamenti eseguiti fino ad allora viene messo a sua disposizione. Maira chiede che la Diaz venga a Roma per un approfondimento. Qui viene riscontrata l'assenza di aneurisma. «In pratica - dice Giulio Maira - l'arteria che era prima sede della dilatazione fusiforme era tornata perfettamente normale, l'aneurisma era scomparso e i rami arteriosi erano tutti riconoscibili».

Il professore Maira è oggi a Palermo, per la presentazione alle 11, allo Steri (piazza Marina), del suo libro *«Ti regalo le stelle, storie di un neurochirurgo»* (Sedizioni), un lavoro in cui descrive la sua vita da bambino a San Cataldo, dove è nato, fino alle più importanti conquiste quale neurochirurgo di fama internazionale, formatosi all'estero con i più grandi specialisti del settore. Maira ha effettuato oltre 14.000 interventi quale primo operatore e continua sempre ad operare con la consueta passione, all'Humanitas di Rozzano, a pochi passi da Milano.

●●● **Professore Maira, si può dire che lei è un figlio d'arte...**

«Ho iniziato a seguire mio padre, medico, in sala operatoria quando frequentavo ancora le scuole medie. Mio nonno aveva costruito la clinica Maira, papà la gestiva e andavo spesso ad assistere ai suoi interventi di chirurgia generale. Talora, mi svegliavo di notte per assistere a un parto. Era un lavoro che mi affascinava».

●●● **A 18 anni, nei primi anni di università alla Cattolica di Roma si innamorò del cervello...**

«Durante il mio internato alla Cattolica ho iniziato a far degli esperimenti sul cervello. Ed è nato l'amore per la chirurgia cerebrale. Il chirurgo deve tendere a raggiungere la perfezione tecnica, ma anche porsi dei problemi, come quelli di capire la causa delle malattie che colpiscono l'organo più importante e straordinario che abbiamo».

●●● **Lei ha dedicato la sua vita al prossimo.**

«È stato sempre il mio principio ispiratore. Stentra in contatto con soggetti che in quei momenti sono particolarmente fragili, dipendenti da chi interviene. Il chirurgo opera per salvare delle persone e con queste si crea un rapporto straordinario che ti dà tanto. Fare del bene fa bene».

●●● **Ha lavorato ed è stato amico di Rita Levi Montalcini.**

«Mi ritengo fortunato. Rita Levi Montalcini era

pericolose, che danneggiano il fegato, il cuore e il cervello. Non capisco come lo Stato italiano pensi di liberalizzare la marijuana, una droga che comunque fa male e inizia a un percorso che può portare all'eroina».

●●● **Professore, nel suo libro parla di neuro-estetica.**

«È quella branca della neuropsicologia che studia il modo in cui il cervello interpreta il bello e quale sono le aree che si attivano quando lo si incontra. La bellezza è ciò che permea tutto l'universo. Anche un atto chirurgico è bello. Se il chirurgo opera bene è bello da vedere. Ho capito questo concetto vedendo operare mio padre: an-

che in chirurgia ci deve essere bellezza, semplicità, esattezza».

●●● **Sua moglie si occupa di cultura della prevenzione nell'ambito femminile.**

«Accanto alla Fondazione Atena, è nata Atena Donna e se ne occupa Carla Vittoria. Vanno nelle periferie, nelle borgate, nei luoghi più disagiati per parlare dei diversi aspetti delle malattie femminili, di come fare prevenzione, dell'utilità degli screening. Atena Donna ha chiesto al ministero della Salute l'istituzione della "Giornata per la salute della donna" che ogni anno si terrà il 22 aprile, la data di nascita di Rita Levi Montalcini».

●●● **Cosa dice nelle scuole?**

«Chi dà loro la droga, l'ecstasy, la marijuana, non è un istituto di beneficenza, ma uomini della malavita organizzata che si arricchiscono alle loro spalle, che mettono in giro droghe sintetiche sempre meno costose per loro e sempre più

pericolose, che danneggiano il fegato, il cuore e il cervello. Non capisco come lo Stato italiano pensi di liberalizzare la marijuana, una droga che comunque fa male e inizia a un percorso che può portare all'eroina».

●●● **Professore, nel suo libro parla di neuro-estetica.**

«È quella branca della neuropsicologia che studia il modo in cui il cervello interpreta il bello e quale sono le aree che si attivano quando lo si incontra. La bellezza è ciò che permea tutto l'universo. Anche un atto chirurgico è bello. Se il chirurgo opera bene è bello da vedere. Ho capito questo concetto vedendo operare mio padre: an-

che in chirurgia ci deve essere bellezza, semplicità, esattezza».

●●● **Sua moglie si occupa di cultura della prevenzione nell'ambito femminile.**

«Accanto alla Fondazione Atena, è nata Atena Donna e se ne occupa Carla Vittoria. Vanno nelle periferie, nelle borgate, nei luoghi più disagiati per parlare dei diversi aspetti delle malattie femminili, di come fare prevenzione, dell'utilità degli screening. Atena Donna ha chiesto al ministero della Salute l'istituzione della "Giornata per la salute della donna" che ogni anno si terrà il 22 aprile, la data di nascita di Rita Levi Montalcini».



Lift up  
her life.

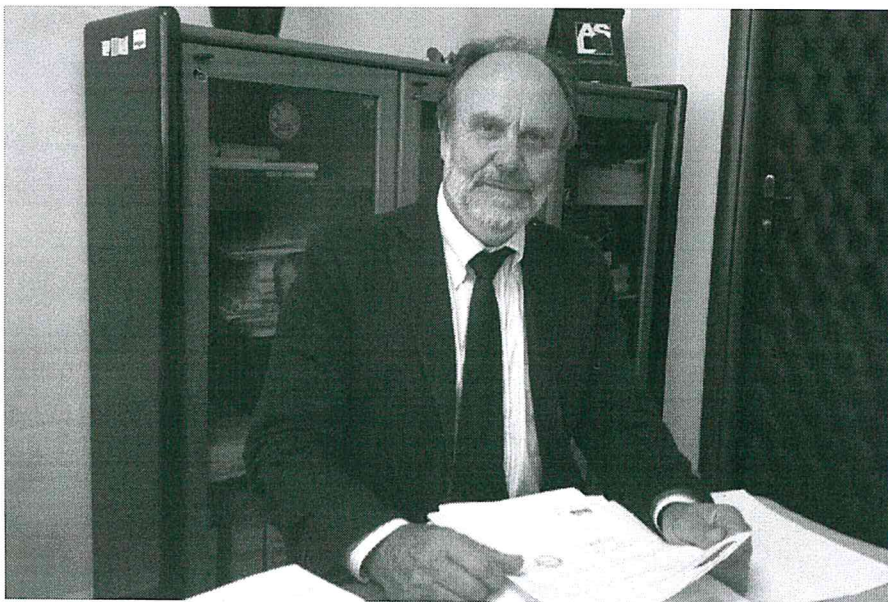
**BlogSicilia**  
il giornale online dei siciliani

LA CGIL CHIEDE CHE SIA FATTA CHIAREZZA SULLA VICENDA

## Direttore Asp Palermo rimosso "Ingerenza della politica nella sanità"

### Prestiti INPDAP 2015

Sfrutta la Convenzione Ex INPDAP. Fino a € 90.000  
con Rate comode



SALUTE E SANITÀ 14 gennaio 2016  
di Redazione

Mi piace Condividi 57 G+ Condividi 0 Tweet



Gruppo Ospedaliero San Donato

Gruppo San Donato

Maggior Gruppo Ospedaliero d'Italia La Sanità del Futuro, Oggi per Tutti

“**Grave che ci sia ingerenza della politica nella gestione della sanità**”. La Cgil, con le strutture siciliane e palermitane della confederazione, della Funzione pubblica e della Cgil Medici, esprime “seria preoccupazione” per come è stata condotta la vicenda dell’ormai ex direttore sanitario dell’Asp 6 di Palermo, Giuseppe Noto. Cgil Sicilia e di Palermo e Fp giudicano “ai limiti dell’inverosimile il fatto che il direttore generale dell’Asp, Antonio Candela, si accorga solo ora, dopo anni dalla nomina, che mancavano a Noto i requisiti” e “grave che questo avvenga su sollecitazione della politica con una ratifica all’interno di un’audizione presso la VI commissione Ars”, sede che la Cgil ritiene “impropria”.

“**Questa vicenda – scrivono Cgil e Fp – alla luce delle norme previste in ambito anticorruzione risulta incomprensibile** e finisce con alimentare letture improprie che sommate ad altri eventi rischiano di non consentire che sia fatta chiarezza su tutto”.

**Il sindacato invoca l’autonomia della gestione della sanità, dalla politica**, chiede chiarezza sulla vicenda affinché legalità e trasparenza siano sempre garantite e rileva che “a questo punto, dal momento che si presume che al momento delle nomine non ci sia stata piena contezza dei requisiti dei nominati, si dovrebbe procedere a verifiche a tappeto sui tutti gli incarichi, attraverso i sistemi di controllo già previsti”.

**Intanto l’Asp di Palermo comunica che il dirigente medico**, Vincenzo Piricò, è il nuovo direttore facente funzioni del Dipartimento

di prevenzione, Prende il posto di Loredana Curcurù nominata ieri dal manager, Antonio Candela, direttore sanitario aziendale al posto di Giuseppe Noto.

**La rimodulazione del Dipartimento è stata completata** con l'affidamento al dirigente Medico, Domenico Mirabile, di un incarico quinquennale di direttore medico di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica presso l'Unità Operativa Complessa (UOC) "Igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale".

NR

TI POTREBBERO INTERESSARE ANCHE:

Scandalo beni confiscati: "Virga non va trasferito ma rimosso" Camper abusivo di paninari <br /> Rimosso con la gru

{Sponsor}

Carta di Credito. Nuove interessanti opportunità. Scoprite ora! Rimosso distributore a Palermo <br /> Via il vecchio impianto dalla piazza

{Sponsor}

Piper in avaria rimosso dalla pista, riaperto lo scalo di Fontanarossa Auto nuova, online incredibili offerte!

Raccomandato da

## Ultimi Articoli

- 10:16 - Salvati 580 migranti in 24 ore Cinque 'soccorsi' nel Mediterraneo
- 09:47 - Diciotto anni fa l'omicidio Bottari Un delitto che resta irrisolto
- 09:06 - Catania, 4 arresti: 'ripulivano' il rame rubato e lo rivendevano
- 07:37 - Piano dismissione Partecipate La Sicilia butta via altri 107 milioni di euro
- 07:12 - Dia Catania confisca i beni ad un affiliato del clan di Bronte
- 07:00 - Arrestati due estorsori a Palermo, minacciavano un ristoratore
- 20:55 (ieri) - Inferno sulla Palermo-Catania, tutti in coda fino a sera
- 20:32 (ieri) - Asili nido a Palermo, ok al Pac Prolungato orario e nuovi servizi
- 20:24 (ieri) - Scippo in via Marinuzzi e furto in via Giudici: paura nel quartiere Oreto
- 20:21 (ieri) - Anello ferroviario di Palermo Mercoledì riprendono i lavori

1 2 3 4 5

Nome

Email   
non verrà pubblicata

Sito web

Non sono un robot reCAPTCHA  
Privacy - Termini

Commenta





# PALERMO

a Palermo

## Valzer di poltrone all'Asp di Palermo

*Il direttore sanitario Giuseppe Noto, silurato ieri dal manager Candela, torna alla guida del distretto di Palermo. Curcurù nuovo ds. Piricò al Dipartimento Igiene*

di GIUSI SPICA



14 gennaio 2016



La sede della direzione dell'Asp in via Cusmano

Mini-rivoluzione all'Asp di Palermo. Dopo [la revoca dell'incarico al direttore sanitario Giuseppe Noto](#) per le ombre sull'assenza dei titoli necessari, il direttore generale dell'Asp di Palermo fa un "rimpasto" degli incarichi. Il Dirigente Medico, Vincenzo Piricò, è il nuovo direttore facente funzioni del Dipartimento di prevenzione. Prende il posto di Loredana Curcurù nominata ieri dal manager direttore sanitario aziendale al posto del silurato Noto. La rimodulazione del Dipartimento è stata completata con l'affidamento al dirigente Medico, Domenico Mirabile, di un incarico quinquennale di direttore medico di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica presso l'unità operativa complessa "Igiene degli

alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale".

Il primo atto firmato dalla nuova direzione strategica dell'azienda è l'ordine di servizio con cui si comunica che Giuseppe Noto riassumerà le funzioni di direttore del distretto di Palermo, incarico che rivestiva prima della nomina nel 2013. Riprende la poltrona che in sua assenza era stata occupata da Salvatore Russo, che rientra a tempo pieno in qualità di direttore del distretto di Palermo. Noto era stato nominato alla guida del distretto di Palermo nel 2012 dopo aver partecipato al concorso bandito dall'allora manager Salvatore Cirignotta.

Scegli una città  
Palermo

Scegli un tipo di locale  
TUTTI

Inserisci parole chiave (facoltativo)

ILMIOLIBRO

E



**EBOOK A 0,99**  
**La coppia strategica**  
di Davide Algeri, Valentina Gue  
Simona Lauri



**LIBRI E EBOOK**  
**Mamma che buono! Pri**  
di Valentina Manca

[La rivoluzione del libro che ti stampi da solo. Crea il tuo libro e il tuo ebook, vendi e guadagni](#)  
[Guide alla scrittura](#)  
[Concorsi letterari e iniziative per autori e lettori](#)

L'organizzazione della rete locale di cure palliative provvede anche al setting assistenziale, previa valutazione da parte della UVP

# L'assistenza al malato e alla famiglia

Le strutture di tipo residenziale accreditate hanno l'obiettivo di garantire sostegno ai propri ospiti

ASSESSORATO  
DELLA SALUTE  
DECRETO 2 dicembre 2015.

Organizzazione e sviluppo  
della rete locale  
di cure palliative.

L'ASSESSORE PER  
LA SALUTE

6. necessità di garantire periodi di "sollievo" per la famiglia.

I malati possono accedere al ricovero in hospice, provendo da qualsiasi setting assistenziale qualora in possesso dei requisiti specifici sopra indicati e previa valutazione da parte della UVP e segnalazione alla centrale operativa.

Nell'hospice devono integrarsi armoniosamente le competenze cliniche e le capacità relazionali, al fine di creare un ambiente accogliente, ricco di calore e contemporaneamente in grado di curare efficacemente e rapidamente i sintomi destabilizzanti, premessa indispensabile per la creazione di un percorso "dignitoso" verso la fase finale della vita. Le cure palliative in hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali che assicurano cure ed assistenza in via continuativa per ventiquattro ore e

essere assistiti presso strutture di area pediatrica.

L'organizzazione deve prevedere:

- la pluridisciplinarietà necessaria per assicurare la qualità della presa in carico e l'adattamento del progetto di cura al bisogno del malato e della sua famiglia;

- l'intervento di uno psicologo sul paziente o sul familiare;

- l'intervento di un assistente sociale;

- l'intervento di un dietista/nutrizionista;

- l'intervento di volontari;

- l'intervento di un assistente spirituale;

- la possibilità di visite libere ai pazienti, senza orari predefiniti, da parte dei familiari.

L'équipe deve essere multiprofessionale con personale dedicato. Nell'ambito di ogni hospice sarà identificato il responsabile della struttura.

L'équipe di base è costituita da medici, infermieri e psicologi ed operatori socio sanitari in possesso di adeguata formazione ed esperienza.

Con questa struttura di base collaborano, in rapporto ai bi-

gnoli del malato e della famiglia, fisioterapisti, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute essenziali.

L'équipe multiprofessionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodico la riunione d'équipe. Gli hospice sono inseriti nei LEA territoriali, anche quando sono logicamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Ai fini della definizione dei requisiti strutturali e tecnologici per i Centri residenziali di cure palliative (hospice), in coerenza con quanto previsto dall'art. 5, comma 3, della legge 38/2010, si rimanda al D.P.C.M. del 20 gennaio 2000.

Per garantire la piena funzionalità organizzativa/assistenziale e la continuità tra il regime residenziale e quello domiciliare, potranno essere previste specifiche forme di partnership tra gli hospice e i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati con il Servizio sanitario regionale, anche attraverso forme di specifiche contrattualizzazioni.

Ai fini dell'individuazione delle figure professionali, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, della legge n. 38/2010, si rimanda all'allegato 4.

Ai fini della competenza

Un'équipe multiprofessionale con personale dedicato

## Controllo ottimale dei sintomi, per migliorare i percorsi terapeutici

ospedaliera al fine di un ottimale controllo dei sintomi, di una pianificazione delle cure, all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato e di una appropriata comunicazione con il malato e con la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi nodi della Rete.

6. Accesso alla rete di cure palliative e modalità di realizzazione di un intervento palliativo

Va premesso che le cure palliative sono comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e che i fondamenti su cui si basa il loro sviluppo sono indicati ampiamente nella normativa regionale.

A ciò bisogna aggiungere che la fase terminale non è caratte-

(Punto unico di accesso alle prestazioni socio-sanitarie) attraverso la richiesta formulata su apposita modulistica dedicata, da parte del MMG o del medico specialista ospedaliero (tramite gli uffici territoriali per le dimissioni protette). Il PUA trasmette tempestivamente la segnalazione alla Centrale operativa ed alla unità di valutazione palliativa (UVP) distrettuale per la successiva valutazione.

La segnalazione del caso al PUA può avvenire da parte di chiunque abbia interesse:

- persona malata;
- familiari o vicinato;
- medico di medicina generale;
- pediatra;
- reparto ospedaliero;
- servizi sociali;
- soggetto erogatore accreditato.

b) Colloquio preliminare  
Tra le fasi fondamentali del percorso assistenziale il colloquio di accoglienza è parte integrante del momento valutativo.

Il primo incontro con il servizio di cure palliative rappresenta il momento basilare per

## Una modulistica per la raccolta delle informazioni necessarie

con adeguate competenze relazionali.

Va utilizzata apposita modulistica per la raccolta delle informazioni necessarie all'avvio dell'assistenza e contestualmente va acquisito il consenso informato all'assistenza ed al trattamento dei dati.

Acquisito il consenso informato, l'utente/familiare verrà messo a conoscenza che nel territorio dell'ASP operano più soggetti erogatori tra i quali verrà individuata la struttura accreditata che provvederà all'attività assistenziale.

c) Valutazione del bisogno

L'UVP distrettuale dell'ASP è il luogo elettivo dove avviene la valutazione della richiesta di assistenza. Il miglioramento della qualità di vita nella fase avanzata e terminale di malattia è strettamente correlato alla soddisfazione di bisogni fisici, relazionali, sociali, psicologici, culturali e spirituali. Conoscere e saper riconoscere tali bisogni è il primo passo per trovare ed offrire le risposte che con maggiore probabilità potrebbero soddisfarli. In termini organizzativi significa mettere in atto nel modo più concreto possibile un modello assistenziale efficace che metta al centro il malato nella sua individualità ed i suoi familiari, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Si tratta di raggruppare i bisogni per aree o identificare le richieste più rilevanti e/o più frequenti, operando in équipe e mobilitando le risorse di volta in volta necessarie, nell'ambito

## Ammissione sostenuta da una valutazione clinico assistenziale

della famiglia, degli operatori e della rete integrata sociale di assistenza.

La decisione di accogliere un malato in un programma di cure palliative dovrà comunque essere presa, tenuto conto della volontà del malato o del familiare, del parere del MMG, dello specialista che ha in cura il malato e del medico palliativista. L'ammissione dovrà essere sostenuta da una valutazione globale clinico/assistenziale e psico-sociale che darà luogo a un progetto di cura individualizzato ed inserito nell'ambito di un dossier informatizzato che dovrà accompagnare il malato in tutto il suo percorso.

La presa in carico del malato da parte della Rete locale di CP deve essere preceduta da una valutazione multidimensionale (VMD) da parte dell'UVP, che coinvolga il malato e la sua famiglia e finalizzata a decidere il setting e la modalità assistenziale più appropriata: visite ambulatoriali, consulenze occasionali, cure palliative domiciliari di base, cure palliative domiciliari specialistiche, ricovero in hospice.

La decisione di modificare il piano di cura precedentemente proposto dovrà essere assunta sulle stesse basi.

Publicato sulla Gurs n.55  
del 31/12/2015  
(4.Continua)

Assistenza continuativa per 24 ore e 7 giorni su 7

Le cure in hospice garantite in modo omogeneo ovunque esso sia

sette giorni su sette. Le cure in hospice sono garantite in modo omogeneo ovunque esso sia collocato. Non sono corrette derivate di ipermedicalizzazione (con il rischio implicito di accanimento terapeutico), né derivate verso il semplice accudimento (con il rischio di un inadeguato trattamento sanitario). Devono essere favorite attività come la musicoterapia, le arti visive, la terapia occupazionale (la cucina, il decoupage, etc...), la pet therapy, et al.

L'hospice per adulti non prevede posti letto per minori, i quali devono essere ricoverati presso l'hospice pediatrico (vedi D.A. n. 1358 del 2014 Programma di sviluppo della Rete di cure palliative pediatriche). L'hospice pediatrico non può essere contiguo all'hospice per adulti ed il personale dell'hospice pediatrico deve possedere competenze specifiche in ambito pediatrico. Il responsabile dell'hospice per adulti non può in alcun modo coincidere con il responsabile dell'hospice pediatrico. Nelle more dell'attivazione degli hospice pediatrici, i minori che necessitano di ricovero dovranno

Previste forme di partnership tra gli hospice e i soggetti erogatori



alla voce "Cure palliative domiciliari".

e) ambulatorio  
L'ambulatorio territoriale c/o ospedaliero dedicato garantisce l'erogazione di prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore ed il sostegno alla famiglia. Presso l'ambulatorio viene supportato il percorso di comunicazione della diagnosi e della prognosi e di pianificazione delle cure e garantita la continuità del percorso assistenziale attraverso la collaborazione con la équipe specialistica o il MMG.

f) cure palliative ospedaliere  
Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'approccio palliativo deve essere garantito per tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei loro bisogni ed in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive, in tutti i reparti di degenza.

Le cure palliative in ospedale sono caratterizzate da prestazioni di consulenza palliativa medica, infermieristica e psicologica e da attività ambulatoriale.

Le prestazioni di consulenza palliativa garantiscono un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza

ristica esclusiva della malattia oncologica ma rappresenta una costante della fase finale della vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia e dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici che richiedono spesso trattamenti complessi e da una sofferenza globale che coinvolge il nucleo familiare.

A tali principi, considerato che il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative deve essere tutelato e garantito, così come disposto dai commi 1 e 2 dell'art. 1 della legge 38/2010, bisogna associare i seguenti orientamenti relativi a quello che deve essere considerato a tutti gli effetti un intervento palliativo:

- segnalazione del caso
- colloquio preliminare
- valutazione del bisogno
- presa in carico del malato e della sua famiglia
- riunione multiprofessionale
- sostegno psicologico
- supporto sociale
- supporto spirituale
- aiuto al tutto
- misurazione della qualità di vita

a) Segnalazione del caso  
L'accesso alla Rete locale di CP avviene mediante il PUA

l'avvio di una relazione di assistenza efficace e costruttiva. Esso ha la finalità di accogliere i familiari che richiedono l'assistenza, offrendo un momento di ascolto attivo volto a rilevare il grado di consapevolezza e le aspettative. Il colloquio ha la funzione di orientare il malato nell'ambito delle reti di servizi e di raccogliere le informazioni anagrafiche, cliniche e sociali necessarie alla valutazione della richiesta sia sul piano clinico che assistenziale. Sempre in tale sede, vanno evidenziate le risorse interne ed esterne che possono essere attivate per l'assistenza domiciliare; inoltre vanno illustrate le finalità delle cure palliative e le modalità della presa in carico.

Il colloquio va svolto da operatori dedicati all'accoglienza,

Un colloquio per accogliere i familiari e per orientare i

Il colloquio va svolto da operatori dedicati all'assistenza

Temi del Giorno

ASHLEY OLSEN • CORPO FORESTALE DELLO STATO • QUARTO • TERRORISMO • UNIONI CIVILI

[IlFattoQuotidiano.it](#) / [BLOG](#) / di [Andrea Bellelli](#)

AIRFRANCE

LAVORO &amp; PRECARI

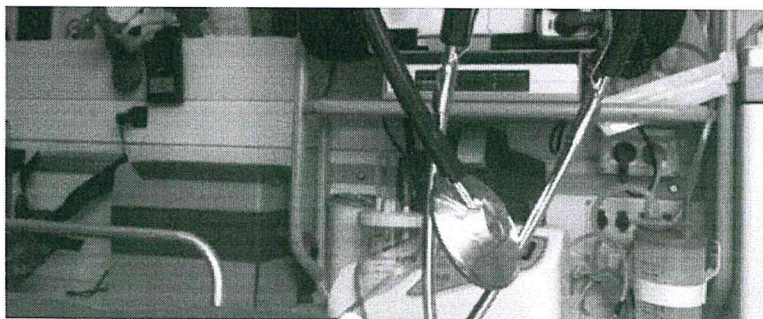
AIRFRANCE

# Sanità, più compiti e meno assunzioni: lavoratori sempre più in affanno

di [Andrea Bellelli](#) | 15 gennaio 2016
[SEZIONI](#) [BLOG](#) [FATTO TV](#) [ABBONATI](#) [FQ](#) [SHOP](#) [FQ RADIO](#)
[Accedi](#) | [Abbonamenti](#)

 Più informazioni su: [Oms](#), [Sanità](#), [Servizio Sanitario](#)
**Andrea Bellelli**

Professore Ordinario di Biochimica, Università di Roma La Sapienza

[Post](#) | [Articoli](#)[Facebook](#)

Una **direttiva europea** impone che per i dipendenti della Sanità siano previste interruzioni di almeno 11 ore tra un turno e il successivo. L'Italia fino allo scorso 25 novembre ha goduto di una deroga, ma ora, scaduta la deroga e rimasto il problema, si preannuncia la procedura di infrazione. Per tutti i servizi pubblici la risorsa principale, e quindi la principale voce di costo, è il **lavoro umano**, e anzi, quanto più il servizio richiesto è evoluto e complesso, tanto maggiore e tanto più irriducibile è la quota di costo dovuta al lavoro umano. Nella sanità il costo del lavoro è molto elevato a causa del grande numero di addetti necessario e della elevata professionalità richiesta; ma il paese attraversa una grave crisi economica, chi va in pensione non viene sostituito e chi rimane deve farsi carico del servizio. Il fatto che l'Italia usufruisca di una deroga (oggi scaduta) alla normativa europea deve far riflettere: gli "altri" hanno un numero di addetti alla Sanità, per migliaia di abitanti, maggiore del nostro. Questo è particolarmente vero per il personale infermieristico che secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in Italia è poco più della metà (per migliaia di abitanti) che in Francia o in Germania.

Se lo Stato aumenta compiti e doveri dei lavoratori e riduce le assunzioni, i lavoratori dei servizi, e in particolare della sanità, avranno sempre fretta: dovranno erogare più prestazioni in meno

✕ \_\_\_\_\_ 1 questo giornale avevo citato il caso


**Annunci casa.it**  
 700mila immobili sul portale n 1 in Italia.  
[Trova subito la casa giusta per te!](#)

**Annunci Immobiliari**  
 Su Immobiliare.it trovi oltre 900.000  
 annunci di case in vendita e in affitto.  
[Cerca ora!](#)


il Fatto Quotidiano.it

DALLA HOMEPAGE

**Soldi a Turchia e flessibilità, Juncker attacca Renzi**  
**"Offende la Commissione Ue ogni volta che può"**



Zonaeuro

CRONACA NERA

**Massacro Circeo, riaperto il caso: sarà riesumata la salma di Andrea Ghira**

GIUSTIZIA &amp; IMPUNITÀ

**Rifiuti, chiesti domiciliari per**

Per offrirti il miglior servizio possibile questo sito utilizza cookies. Continuando la navigazione nel sito acconsenti al loro impiego in conformità alla nostra [Cookie Policy](#)

ico Umberto I di Roma, ristrutturato

**senatore Fi De Siano** **Cesaro, nuova indagine**



FORMAZIONE ACCESSIBILE  
A PARTIRE DA 18 ANNI,  
SENZA REQUISITI DI DIPLOMA

Lavora anche tu  
come segretaria  
di studio medico

CLICCA  
QUI!

sulla base di una previsione di 60.000 prestazioni all'anno, ma costretto ad erogarne 140.000 a causa della chiusura di ospedali più piccoli per mancanza di personale. Dice il proverbio che presto e bene non vanno insieme: nessuno può pensare che

la qualità della prestazione erogata sia la stessa se il volume delle prestazioni che una struttura o un lavoratore deve erogare raddoppia. Purtroppo il problema della **sanità pubblica**, portato alla luce dallo scadere della deroga alla normativa europea è generalizzato: in Italia tutti i servizi pubblici sono sottodimensionati e in tutti i lavoratori devono lavorare in fretta, in genere a discapito della qualità del servizio fornito al cittadino.

Gli esempi personali hanno soltanto un valore aneddotico; ma io ricordo che quando vinsi il concorso ed entrai all'Università (nel 2000) tenevo due corsi all'anno, e seguivo circa un centinaio di studenti; oggi tengo cinque corsi all'anno e seguo cinquecento studenti, perché i colleghi che sono andati in pensione non sono stati sostituiti. Il tempo che io potrò dedicare a ciascuno dei miei studenti quest'anno è un quinto di quello che era quindici anni fa.

I governi che si sono succeduti alla guida del paese negli ultimi anni hanno entusiasticamente adottato la visuale suggerita dall'ex ministro **Renato Brunetta**: la cattiva qualità del servizio pubblico in Italia è dovuta alla presenza di lavoratori fannulloni e il rimedio è la punizione generalizzata. L'analisi è sbagliata e il rimedio è inefficace, ma lo scopo della soluzione Brunetta non è risolvere il problema ma stornare l'attenzione del pubblico dalle responsabilità politiche dei governi; e poiché esempi di lavoratori fannulloni, che timbrano il cartellino e poi vanno a spasso ce ne sono, non è difficile presentarne il caso come se fosse la regola.

E' ovvio a chi ci ragiona su un attimo che il **pubblico dipendente fannullone non può essere la regola**: infatti in Italia i servizi in qualche modo funzionano (la sanità italiana è tra le primissime nel mondo in tutte le classifiche internazionali, ad es. è seconda nel mondo in quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: e lo stesso vale per la ricerca: nonostante la scarsità del personale addetto (se il personale fosse abbondante non avremmo bisogno della deroga dalle normative europee), e questi due dati dimostrano che mediamente i dipendenti pubblici lavorano. In fretta.

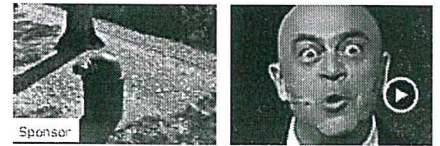
VAI ALLA HOMEPAGE

VIDEO CONSIGLIATI



Unomattina, l'audio non funziona in diretta e Di Mare bisbiglia: "Questo..."

La sfida: niente alcol e zuccheri per un mese. Ecco gli effetti sul corpo...



Sponsor  
Google Street View colpisce ancora: le immagini più assurde (Corriere)

Crozza, la guerra di Renzi contro l'Inps e il segreto di Poletti: "Ecco..."

Raccomandato da

PIÙ COMMENTATI



**Cnr. "mancano soldi" per pagare i ricercatori. Ma ai dirigenti indennità per 1.2 milioni**



**Jobs act, ministero del Lavoro ha cambiato le regole. "E i disoccupati spariranno dalle statistiche"**



**Mail aziendale, Corte Ue diritti umani: "Datore lavoro può controllarla e licenziare chi la usa a fini personali"**



**Contratti, i sindacati vogliono la partecipazione nelle imprese. "Ma è impossibile fare come in Germania"**

VAI A LAVORO & PRECARI



ABBONATI  
A IL FATTO QUOTIDIANO

DIRETTORE TESTATA ONLINE: **PETER GOMEZ**

SEGUI IL FATTOQUOTIDIANO.IT




METEO



Puoi rottamare ogni veicolo targato e hai 2.000€ di



I 5 trucchi dei poliglotti per imparare qualsiasi lingua



Conto Webank: per te un buono acquisto da 120 €.



# Sanità24

14 gen  
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

IN PARLAMENTO

S  
24

## Risk, il relatore Gelli: «Testo in aula il 25 gennaio. Audit, primi ritocchi alla Stabilità»

di Barbara Gobbi

Promessa mantenuta: la corsia preferenziale è stata confermata. Il provvedimento che riscrive la responsabilità professionale degli operatori sanitari (relatore **Federico Gelli**, Pd) è stato calendarizzato per l'aula della Camera a partire dal 25 gennaio. Da oggi e per tutta la prossima settimana, intanto, si avrà il rapido passaggio in commissione Affari sociali per il via libera al testo riformulato dal relatore, sulla base delle modifiche proposte dalle commissioni competenti. «Si conferma così l'auspicio iniziale - afferma Gelli - di concludere l'esame del percorso in tempi rapidissimi. Sarebbe tra l'altro una delle pochissime leggi di iniziativa parlamentare a vedere la luce. Non a caso: all'interno della maggioranza continuiamo a ricevere manifestazioni di grande attenzione su un provvedimento che anche al Senato, secondo il capogruppo Pd Zanda, dovrebbe ottenere una corsia preferenziale».



Entro i primi dieci giorni di febbraio dovrebbe intanto arrivare il via

libera di Montecitorio. Con una novità: un emendamento del relatore in aula riproporrà la questione dell'audit, stralciata dal testo parlamentare e approdata nella legge di Stabilità ma decisamente da rivedere. Come spiega lo stesso Gelli: «L'articolo 2 del mio testo è il pilastro centrale dell'intera struttura, perché nulla si regge se non a partire da un'organizzazione appropriata del sistema di gestione del rischio, basata su un'efficace prevenzione e sulla massima tutela per i professionisti. La norma scritta nella legge di Stabilità risente del bilancino e dell'estrema cautela imposte dal ministero della Giustizia, ma è evidente che l'impianto dell'audit va rivisto, sempre più in un'ottica di secretazione degli stessi monitoraggi».

Pane quotidiano per chi nelle strutture sanitarie può essere protagonista o testimone dei cosiddetti eventi sentinella o di gap nella gestione dell'assistenza. Un tema tornato nell'occhio del ciclone, dopo i drammatici episodi di morte che a fine dicembre hanno funestato l'evento nascita in quattro strutture italiane. «Purtroppo - spiega Gelli - anche quei gravi fatti testimoniano come sia necessario introdurre logiche di prevenzione e risk management a tutti i livelli dell'assistenza. L'Italia è come sappiamo ai primi posti nelle classifiche mondiali sulla sicurezza delle nascite, eppure dobbiamo continuare a mettere in campo tutti gli sforzi per riuscire a intervenire laddove si può ancora migliorare. Proprio la massima sicurezza in tutti i punti nascita dà la misura dell'efficienza e delle capacità di gestione degli eventi avversi di un sistema sanitario».

Che poi sia un igienista, come si legge nella legge di Stabilità, o un medico legale a tenere le fila della catena dei controlli e della gestione, poco importa. «È chiaro però - conclude Gelli - che il risk manager dev'essere una figura professionale medica e in grado di avere una visione d'insieme delle problematiche e della catena organizzativa dell'intero assetto». Tradotto: infermieri, sociologi o psicologi restano fuori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

## CORRELATI

DAL GOVERNO  
04 Maggio 2015



**15** gen  
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

DAL GOVERNO

## Sanità, crollo di dipendenti e stipendi. Le donne sono il 65%. Foto di gruppo in nero del Conto annuale 2014

di r.tu.



[Personale/ Sintesi dei principali dati del periodo 2007-2014](#)



[Personale/ Analisi dati del conto annuale del periodo 2007-2014](#)

Sempre meno, sempre meno pagati, sempre più vecchi. Il Servizio sanitario nazionale continua a perdere pezzi. Nel 2014 ha lasciato per strada in soli dodici mesi 7mila dipendenti. E quasi altrettanti si stima che possa averne persi soltanto nei primi nove mesi del 2015. Un record. Dal 2007 al 2014 il taglio totale è stato di 19mila unità. Altro record. Intanto la spesa totale è calata di 350 mln (lo 0,9% in meno) e rispetto al 2007 è salita di un misero 0,3%: in pratica una fortissima perdita secca in termini di potere d'acquisto.



Proprio quando è iniziata ed è esplosa la grande crisi. Ma c'è una nota "rosa": le donne nel Ssn continuano a crescere e sono arrivate a rappresentare il 65% della forza di lavoro totale (434.705 su 663.793 dipendenti), solo nella scuola e nella polizia penitenziaria sono di più. E sicuramente hanno le retribuzioni sotto la media. Un popolo che invecchia, quello del Ssn: ha un'età media di 49,7 anni, 51,7 per gli uomini e 48,7 per le donne. Dal 2001 l'età media è cresciuta di sei anni (7 anni per le donne).

### **L'amaro Conto annuale e le denunce dei sindacati**

Dal conto annuale 2014 della Ragioneria dello Stato arrivano altre amare conferme del calo occupazionale, con tutti i riflessi sull'assistenza, denunciati dai sindacati di settore. Numeri da brivido, che certamente il mancato turno over ha accentuato in questo quasi decennio di purghe al Ssn in modo drammatico, soprattutto al Sud e nelle regioni sotto schiaffo per i debiti. Anche se non va dimenticato un altro fenomeno: i cosiddetti inidonei, quotati dalla Bocconi in oltre 70mila. Tra i quali i medici sono minoranza.

### **Un esercito pubblico in ritirata**

Il totale dei dipendenti pubblici nel 2014 era di 3,253 mln unità: 20mila meno che nel 2013. Nel Ssn erano 663mila, l'1% in meno (7mila) contro una media dello 0,6% tra tutte le amministrazioni. Il calo per il Ssn è stato del 2,7% (5,1% per tutta la Pa) dal 2007. Da notare che il Ssn è il secondo tra tutta la Pa (dopo la scuola) col 21,79% di tutti i dipendenti pubblici.

### **Lavoro flessibile in calo, boom di incarichi libero professionali e consulenze**

Su 79.923 unità di personale a tempo determinato e in formazione lavoro impegnate nella Pa, il Ssn ne contava 28.722: praticamente un terzo del totale, quasi mille in più del 2013, ma il 21% meno che otto anni prima. Record invece nel Ssn per gli incarichi libero professionali, di studio, ricerca e consulenza: sono stati 13.152 con una crescita del 69% dal 2007. Un boom.

### **Crollano i costi: 1,3 mld meno del 2008**

Il totale del costo del personale nel Ssn è stato di 39,129 mld, come detto 350 mln in meno del 2013, e circa 900 mln meno del 2013. Se poi si fa il raffronto col 2008, il costo è sceso di circa 1,3 mld. La retribuzione media annua lorda per dipendente è di 38.573 euro, 100 in



meno dell'anno prima, praticamente alla pari di quella del 2009 e 3mila euro in più che nel 2007. Per comprare meno. Almeno per gli stipendi non al top.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

► **Conto annuale 2014: dall'Ipasvi allarme su organici e retribuzioni**

---

## CORRELATI

### SENTENZE

20 Giugno 2014

**XXIII Congresso Anaa, Troise: «La sfida è per tutti: cittadini, istituzioni, partiti. Noi faremo la nostra parte»**

---

### IMPRESE E MERCATO

17 Giugno 2014

**Assogenerici, convegno nazionale: equivalenti e biosimilari, un bilancio positivo che fa bene al Ssn**

---

### EUROPA E MONDO

20 Giugno 2014

**Assemblea Oms: salute globale sempre più iniqua**

---

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#)

15 gen  
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

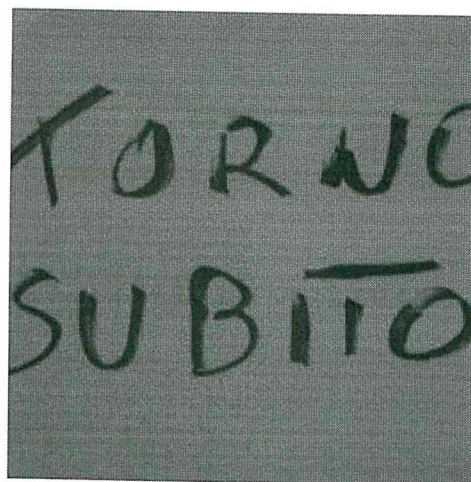
TWITTER | 🐦

DAL GOVERNO

## Renzi: via dalla Pa i fannulloni colti in flagrante

di Davide Colombo ed Emilia Patta

«Ecco, ad esempio, se un dipendente pubblico viene ripreso in un video mentre passa il badge in desabillè per poi tornarsene a casa... Si può trovare il modo di cacciarlo via?». Le cronache continuano a parlare (e filmare, ultimo episodio a Piazza pulita proprio ieri sera) fatti che gettano discredito sulla Pa, e Matteo Renzi dà mandato alla ministra per la Pa Marianna Madia di individuare due o tre norme «forti e di impatto» che facciano capire che la riforma è un punto di svolta in un “linguaggio” comprensibile dai cittadini. Delle punte di lancia, insomma, che facciamo capire innanzitutto che «l'epoca dei furbetti è finita».



**I nodi politici.** Il premier ne ha parlato mercoledì mattina, in una riunione a Palazzo Chigi per mettere a punto i decreti delegati della riforma Pa, proprio con la Madia e con Antonella Manzione, capo del legislativo di Palazzo Chigi. Una o più norme antifannulloni, dunque, affinché chi fa il furbetto possa essere allontanato almeno quando colto in flagrante. Fare presto, fare bene e trovare delle chiavi per cui la riforma possa «arrivare» agli italiani: non certo un rimbrotto quello fatto da Renzi alla sua ministra, ma una sorta di spinta. La

licenziabilità immediata dei fannulloni è una cosa che farà discutere, certo, il premier ne è consapevole, e che probabilmente solleverà le proteste dei sindacati. Ma il punto è politico oltre che naturalmente mediatico: l'attuazione della riforma della Pa è l'ultima grande sfida, oltre a quella dell'abbassamento dell'Ires e dell'Irpef, conti permettendo, che resta davanti al governo una volta portata a casa la riforma del lavoro e (quasi) la riforma costituzionale. E i cittadini devono capirne l'importanza senza che tutto si perda ancora una volta nel burocratese.

**I decreti sulla Pa.** Sul «pacchetto» di decreti per la prima attuazione della riforma, intanto, il confronto tecnico continua, a partire dal nodo delle società partecipate. Dove sarà istituito, se alla presidenza del Consiglio oppure al ministero dell'Economia, lo si saprà solo all'ultimo momento. Ma l'Organo di vigilanza amministrativa su queste società a partecipazione pubblica ci sarà e toccherà a questa struttura garantire l'enforcement del nuovo testo unico che, entro un anno dalla sua pubblicazione, cancellerà non meno di duemila società. La questione della collocazione della nuova vigilanza «è ancora aperta» ha detto ieri la ministra Madia, che ha anche escluso il rischio esuberanti generato dal riordino di queste aziende: «abbiamo in progetto un meccanismo tipo quello delle Province, con il ricollocamento del personale laddove ce ne è bisogno» sia per quanto riguarda le partecipate pubbliche che per le Camere di Commercio, che verranno ridotte da 105 a 60.

**Gli argomenti sul tavolo.** Ieri è proseguito il confronto tecnico sui testi dei decreti attuativi della delega Pa. Un vaglio ampio non concentrato - fanno sapere fonti dirette - al solo tema del «capitalismo municipale». Al Tesoro, per esempio, si stanno studiando le semplificazioni delle norme sulla trasparenza contenute nel dlgs 33/2013 (la cosiddetta «legge Severino»). Si punta a concentrare gli obblighi di accesso ai dati e diffusione delle informazioni alle sole amministrazioni che detengono le banche dati più importanti, liberando da questo onere migliaia di altre amministrazioni. E il ministero dell'Economia diventa forse il soggetto più importante di questa operazione di avvio, anche in Italia, di un modello di «freedom of information act» (Foia). Con questa strumentazione nuova, ha detto ieri Madia, non solo si combatteranno corruzione e sprechi con più efficacia «ma soprattutto riavviciniamo Stato e cittadini». «L'implementazione non deve fermarsi mai - ha continuato Madia - il governo deve, mese dopo mese, dimostrare i passi avanti fatti per arrivare alla data clou della fine del 2017 e lo sta

facendo con i provvedimenti che porteremo in un prossimo Consiglio dei ministri: il codice dell'amministrazione digitale e il Foia che è un passo in avanti a cui credo molto».

**Le incognite sulle partecipate.** Tornando all'atteso testo unico sulle partecipate, vengono confermati tutti i contenuti fondamentali: l'applicazione anche a queste aziende della regulation societario-fallimentare valida per le imprese private, la limitazione della natura giuridica alle sole Spa e Srl, la riduzione del perimetro di attività cui possono essere dedicate. L'organo di vigilanza, da attivare a costo zero, non verificherà solo il rispetto dei tempi per la transizione al nuovo sistema, con la chiusura delle partecipate non più idonee. A questa unità - che gestirà una banca dati di tutte le società partecipate - dovranno essere inviati i bilanci e altri documenti obbligatori, e potrà far scattare ispezioni e controlli presso le società. Nel caso di gravi irregolarità o inefficienze di gestione, il governo disporrà l'avvio di una amministrazione straordinaria o, se del caso, la liquidazione delle società partecipate. Proprio sulla questione delle responsabilità restano da affrontare le obiezioni sollevate dai magistrati contabili. La questione più spinosa riguarda la previsione, scritta nelle bozze circolate finora, che limita le competenze della Corte dei conti ai danni erariali subiti dagli enti proprietari, mentre gli amministratori delle società resterebbero soggetti alle azioni civili di responsabilità previste dalla disciplina ordinaria delle società di capitali. La riforma prospetta poi una sorta di doppio binario fra Corte dei conti e Antitrust sui pareri che devono accompagnare la costituzione di nuove società, aprendo al rischio che gli eventuali «no» dei magistrati siano impugnabili davanti al Tar. Di questo e di altri punti si parlerà in mattinata in un confronto tra Funzione pubblica e l'associazione dei magistrati contabili, che tre giorni fa avevano chiesto un incontro al ministero.

Ieri in pre-Consiglio non sono arrivati i decreti Pa, a parte il “taglia-leggi” che oggi va in esame definitivo. Rinvio anche il decreto sulle intercettazioni telefoniche (delega introdotta alla camera che scade a febbraio). Il “pacchetto” dovrebbe arrivare all'esame la settimana prossima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

## CORRELATI

Oltre la metà degli ospedali non ha attivo un Servizio dedicato

# Dolore post-operatorio, che fare?

Nel nostro Paese solo 10% dei pazienti trattato secondo le linee guida

DI ANDREA SERMONTI

**A**ncora una volta italiani primi da un lato e... ultimi dall'altro! Nonostante la riconosciuta professionalità degli anestesisti, i modelli di cura individuati dalle Società scientifiche, le prescrizioni della Legge 38, la disponibilità di trattamenti efficaci e l'esistenza di linee guida 'evidence based', la gestione del dolore post operatorio in Italia risulta ben al di sotto degli standard europei. Lo rileva un articolo scientifico realizzato da un'equipe guidata dalla professoressa Flaminia Coluzzi, docente di Anestesia e Rianimazione dell'Università 'La Sapienza' di Roma, e pubblicato recentemente sulla European Review for Medical and Pharmacological Sciences. L'articolo propone un raffronto fra i dati raccolti attraverso due survey - del 2006 e del 2012, su un campione rappresentativo di oltre il 40% degli ospedali pubblici italiani (ben 289 le strutture che hanno risposto alla survey del 2012) - realizzate a cura della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Dal punto di vista dell'organizzazione, solo la metà degli ospedali analizzati - e con notevoli sperequazioni regionali - ha attivato un Servizio del dolore acuto post operatorio (Acute Pain Service): un'unità delineata dalla SIAARTI e inserita nelle linee guida già nel 2010, secondo un modello organizzativo nel quale l'anestesista deve assumere un ruolo di coordina-



mento di un team responsabile proprio della gestione del dolore post operatorio. È solo il 10% dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico ha ricevuto un trattamento del dolore post operatorio rispondente alle linee guida. E proprio in vista del lancio in Italia di un nuovo prodotto in grado di garantire sicurezza ed efficacia inedita nel trattamento del dolore post operatorio - Grünenthal Italia ha presentato la nuova iniziativa Change Pain Acute. "Sulla scia del successo della grande campagna Change Pain, dedicata al dolore cronico e nata cinque anni fa grazie alla collaborazione con EFIC, siamo orgogliosi, oggi, di lanciare questa nuova iniziativa di formazione e informazione su tutto il territorio nazionale - dichiara Thilo Stadler, Regional General Manager South Europe & Nordics di Grünenthal - Con Change Pain Acute, Grünenthal Italia promuoverà la diffusione di conoscenze scientifiche rigorose, fra i professionisti della salute, sulla gestione ottimale del dolore post operatorio, e al con-

tempo una maggior attenzione dei cittadini per il proprio diritto a non soffrire, anche a seguito di un intervento chirurgico".

L'opinione del professor Guido Fanelli, 'guru' della terapia del dolore

## Anestesia personalizzata, obiettivo n° 1

"Tutti noi siamo consapevoli che nonostante la riconosciuta preparazione degli anestesisti il dolore post operatorio è trattato nella maggior parte dei casi attraverso presidi a infusione fissa e continua - afferma il professor Guido Fanelli, Direttore della U.O.C. di Anestesia e Rianimazione e del Centro Hub di terapia del Dolore dell'A.O.U. di Parma, Direttore scientifico Biogenap del CNR e Direttore Scientifico di Fondazione ANT - Ciò significa che l'effetto analgico non è adeguatamente modulato nel tempo, né sufficientemente adattato alle caratteristiche specifiche del paziente, come l'intervento cui è stato sottoposto, la sua massa corporea, il sesso o il metabolismo. Questi presidi non rispondono pienamente neanche ai moderni standard di sicurezza, perché non sono dotati di alcun sistema d'allarme, ad esempio per i casi di interruzione del flusso di medicinale. La sfida che dobbiamo affrontare è quindi anzitutto di natura culturale: tutti i professionisti della salute, dal chirurgo all'anestesista, senza tralasciare l'infermiere, devono convincersi che l'anestesia personalizzata, che contempli anche il coinvolgimento del paziente, non rappresenta un maggior dispendio di risorse e di energie, ma al contrario un efficientamento economico e un'ottimizzazione, in termini di appropriatezza terapeutica, della gestione del paziente post chirurgico". (A.S.)



Guido Fanelli

Allarmanti i dati dell'Istat sulla lettura

# Italia pigra e ignorante Uno su 6 non legge mai Meglio donne e giovani

DI MARTINA BOSSI

**U**n record di cui non possiamo proprio andare fieri: secondo l'Istat sei italiani su dieci non hanno letto neanche un libro nel 2015, una quota stabile rispetto al 2014 dopo la progressiva diminuzione dei lettori del 2012 e 2013. E leggono più le donne degli uomini, e molto più i giovani che i più anziani. E' quanto si legge nel rapporto Istat sulla lettura in Italia. Nel 2015, il 42% dei cittadini intervistati di 6 anni e più dichiara di aver letto almeno un libro nei 12 mesi precedenti l'intervista per motivi non scolastici o professionali: valore sostanzialmente stabile (41,1% nel 2014). La stabilità rispetto ai valori dell'anno precedente riguarda tutte le fasce di età. L'unico scostamento significativo interessa i lettori 15-17enni, che sono aumentati dal 51,1% del 2014 al 53,9% del 2015. Restano invariate, nel complesso, le differenze di genere: le lettrici sono il 48,6% contro il 35% dei lettori maschi. Il contesto territoriale di appartenenza è una variabile discriminante rispetto ai fenomeni legati alla lettura. Questa è sistematicamente più praticata al Nord, dove ha letto almeno un libro più del 48% dei residenti, contro il 28,8% del Sud e il 33,1% delle Isole, a conferma di un ritardo storico del Mezzogiorno con il resto del paese, che stenta ad essere colmato. I 'lettori forti' sono soprattutto donne: il 14,6% di esse di-

chiara di aver letto almeno 12 libri negli ultimi 12 mesi, contro il 12,4% dei maschi. Solamente nella classe di età in cui si riscontra la più alta percentuale di lettori forti, ovvero i 60-64enni (19,1%), la quota maschile è più elevata di quella femminile: 20,6%, contro 17,9%.  
Avanza l'e-book. In molte case italiane le librerie risultano generalmente piuttosto sguarnite, tuttavia negli ultimi anni si sta lentamente diffondendo il mercato di prodotti editoriali digitali. Nel 2015, quattro milioni e 687mila persone hanno letto o scaricato libri online o e-book (14,1% delle persone di 6 anni e più che hanno utilizzato Internet negli ultimi tre mesi e 8,2% della popolazione di 6 anni e più). I volumi cartacei ed i libri in formato digitale non appaiono prodotti editoriali alternativi e necessariamente in competizione: la quota di persone che negli ultimi 3 mesi hanno letto online o scaricato libri o e-book aumenta in proporzione al numero di libri presenti in casa e tocca il valore massimo (23,8%) proprio tra le persone che dispongono già di una biblioteca domestica con oltre 200 volumi. Il commercio elettronico di libri e di e-book sta crescendo progressivamente. Si stima che quasi tre milioni di persone ne abbiano ordinato o acquistato online negli ultimi 12 mesi: una quota pari al 24,6% delle persone che utilizzano Internet per effettuare acquisti di merci o servizi di ogni tipo.



## NOTIZIE

### Congresso ASH: immuno-oncologia e targeted therapy

Le parole chiave nella guerra alla leucemia linfoblastica acuta e al mieloma multiplo

**A**l 57° Congresso Annuale dell'American Society of Hematology (ASH), di Orlando (Florida), Amgen ha presentato importanti nuovi dati dai programmi di sviluppo clinico di due farmaci innovativi che fanno parte del portafoglio dell'Azienda in oncematologia: carfilzomib, primo degli inibitori del proteasoma di nuova generazione per il trattamento del mieloma multiplo e blinatumomab, primo di una nuova classe di anticorpi bispecifici chiamati BiTE (bi-specific T-cell engagers), per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B. Gli studi presentati a Orlando vanno a consolidare la mole di dati disponibile su questi farmaci, sulla quale si è basata la recente



approvazione per entrambi da parte della Commissione Europea. Tali risultati dimostrano che i pazienti con mieloma multiplo recidivato trattati con carfilzomib hanno visto il doppio del tempo senza peggioramento della malattia rispetto a quelli trattati con bortezomib con minori effetti collaterali, in particolare l'endpoint secondario ha dimostrato una riduzione clinicamente e statisticamente significativa degli eventi neuropatici (rispettivamente 32% vs 6%). «Come ema-

tologi abbiamo necessità di avere a disposizione nuovi farmaci, soprattutto quelli che rappresentano un'innovazione, perché sono quelli che si traducono in un guadagno in termini di efficacia terapeutica - ha detto Fabrizio Pane, Presidente della Società Italiana di Ematologia (SIE) - riserviamo dunque una grande attenzione verso questo nuovo prodotto che è atteso con ansia proprio per i risultati che ne hanno consentito la registrazione». (L. LUC.)

### Sindrome di Klinefelter per 1 neonato maschio su 500

I genitori non devono spaventarsi: questa sindrome permette una buona qualità di vita

«**P**er una coppia in attesa di un figlio ricevere una diagnosi di sindrome di Klinefelter può voler dire mettere in discussione o rivedere il progetto di vita, afferma Piericola Garofalo, Endocrinologo del Dipartimento di Endocrinologia dell'Ospedale Cervello di Palermo e Presidente dell'Associazione Medici Endocrinologi AME Onlus, ma questo è errato perché la qualità e l'aspettativa di vita delle persone affette da questa sindrome è quasi sovrapponibile a quella della media delle persone sane. Nel passato, in assenza di diagnosi prenatale, la malattia veniva riconosciuta solo e non sempre in età adulta a riprova di una sintomatologia lieve, a volte irrisconoscibile». La sindrome di Kline-



felter (SK) interessa solo il sesso maschile e ha una prevalenza stimata, ma mai del tutto confermata, di 1 persona affetta ogni 500 nati;

perciò statisticamente non è poi così rara anche se come detto è ancora poco diagnosticata e poco conosciuta. La SK è una delle più comuni forme di aneuploidia, ovvero di anomalia nel numero dei cromosomi. Cardine farmacologico del trattamento è la terapia con testosterone che va assunta a vita per contrastare il quadro ormonale alterato dal corredo cromosomico. In questo contesto vi è qualche problema ad ottenere le varie formulazioni di testosterone oggi disponibili, come cerotti o gel transdermici e terapia iniettiva con preparati a lunga durata d'azione, in quanto la dispensazione è estremamente variegata e non accessibile in tutti i sistemi sanitari regionali. (E. MAG.)

### Arriva un nuovo laser per l'enucleazione della prostata

Buone notizie per gli oltre 40mila italiani che ogni anno vengono operati di iperplasia prostatica benigna

Migliora la qualità della vita dei pazienti operati alla prostata e si riduce a un semplice regime di day surgery il ricovero, facendo risparmiare tempo e denaro al Servizio Sanitario Nazionale. Sono questi i principali vantaggi che la rivoluzionaria tecnica per l'enucleazione della prostata ThuLEP sfruttando la precisione del laser al Tullio creato da un'azienda italiana leader nella tecnologia laser, apporta agli oltre 40mila uomini che ogni an-

no in Italia vengono operati alla prostata a causa dell'iperplasia prostatica benigna, ovvero l'ingrossamento benigno della ghiandola prostatica. Un disturbo che accomuna 1 uomo su 2 sui 50 anni e addirittura il 75% degli over 80. Questa metodica d'avanguardia consente inoltre il mantenimento delle funzionalità del tratto urinario e diminuisce le possibilità di sanguinamento operatorio e post-operatorio, con beneficio per i pa-

zienti affetti da problemi di coagulazione o sotto terapia farmacologica. È quanto emerge da un recente studio realizzato dall'equipe medica guidata dal Prof. Luca Carmignani, primario di Urologia all'IRCCS Policlinico San Donato e professore associato presso l'Università degli Studi di Milano, pubblicato recentemente sull'Asian Journal of Andrology e di cui si è discusso in aula plenaria in occasione del 33° Congresso Mondiale

di Endourologia recentemente tenutosi a Londra. Lo studio è stato condotto analizzando i cambiamenti nella funzione sessuale e urinaria post-operatoria su 110 pazienti sottoposti al trattamento ThuLEP eseguito con il laser Cyber TM. I pazienti, con un'età media di 67 anni, sono stati valutati prima dell'intervento e successivamente a 3-6 mesi: dai dati è emerso che i sintomi urinari post-operatori sono migliorati. (M. BOS.)

Tra le novità più importanti del 57° Congresso dell'American Society of Hematology

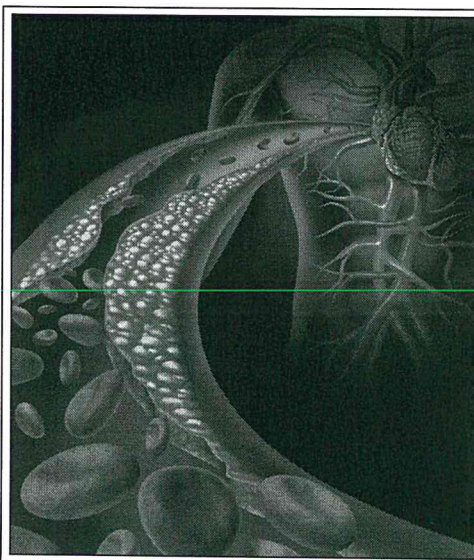
## Immuno-oncologia e targeted therapy per i tumori ematologici più aggressivi

Queste le 'parole chiave' per la leucemia linfoblastica acuta e il mieloma multiplo

■ ■ ■ ANDREA SERMONTI

■ ■ ■ Al 57° Congresso Annuale dell'American Society of Hematology (ASH) recentemente tenutosi a Orlando (Florida), Amgen ha presentato importanti nuovi dati dai programmi di sviluppo clinico di due farmaci innovativi che fanno parte del portafoglio dell'Azienda in oncematologia: carfilzomib, primo degli inibitori del proteasoma di nuova generazione per il trattamento del mieloma multiplo e blinatumomab, primo di una nuova classe di anticorpi bispecifici chiamati BiTE (bispecific T-cell engagers), per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta da precursori delle cellule B. Gli studi presentati a Orlando vanno a consolidare la mole di dati disponibile su questi farmaci, sulla quale si è basata la recente approvazione per entrambi da parte della Commissione Europea. I dati presentati su carfilzomib sono basati su analisi di sottogruppi degli studi di Fase III ASPIRE e ENDEAVOR, per valutare l'utilizzo di regimi a base di carfilzomib su pazienti difficili da trattare,

inclusi i pazienti over-70, e sui pazienti con profilo citogenetico ad alto rischio. Lo studio ENDEAVOR, appena pubblicato su The Lancet Oncology, è un trial registrativotesta di Fase III che ha messo a confronto carfilzomib in associazione desametasone a basso dosaggio con bortezomib ed esametasone a basso dosaggio in pazienti con mieloma multiplo recidivato. I dati hanno mostrato che i pazienti trattati con carfilzomib e desametasone hanno raggiunto una sopravvivenza libera da progressione (PFS) di 18.7 mesi rispetto ai 9.4 mesi di quelli ricevuti bortezomib e desametasone (HR=0.53; 95% CI: 0.44, 0.65 p<0.0001), l'attuale standard di terapia per questo tipo di tumore. Tali risultati dimostrano che i pazienti con mieloma multiplo recidivato trattati con carfilzomib hanno vissuto il doppio del tempo senza peggioramento della malattia rispetto a quelli trattati con bortezomib con minori effetti collaterali, in particolare l'endpoint secondario ha dimostrato una riduzione clinicamente e statisticamente significativa degli eventi neu-



ropatici (rispettivamente 32% vs 6%). «Come ematologi abbiamo necessità di avere a disposizione nuovi farmaci, soprattutto quelli che rappresentano un'innovazione, perché sono quelli che si traducono in un guadagno in termini di efficacia terapeutica»

ha sottolineato Fabrizio Pane, Presidente della Società Italiana di Ematologia (SIE) - riserriamo dunque una grande attenzione verso questo nuovo prodotto che è atteso con ansia proprio per i risultati che ne hanno consentito la registrazione».

Anche se il nostro paese ha la legge migliore

## Dolore post operatorio Solo il 10% dei pazienti trattato in modo idoneo

■ ■ ■ CARLOTTA DONNINI

■ ■ ■ La gestione del dolore post operatorio in Italia risulta ben al di sotto degli standard europei, e può essere definita sub ottimale, nonostante la riconosciuta professionalità degli anestesisti, i modelli di cura individuati dalle Società scientifiche, le prescrizioni della Legge 38, la disponibilità di trattamenti efficaci e l'esistenza di linee guida 'evidence based'. Lo rileva un articolo scientifico realizzato da un'equipe guidata dalla professoressa Flaminia Coluzzi, docente di Anestesia e Rianimazione dell'Università 'La Sapienza' di Roma, e pubblicato a novembre sulla European Review for Medical and Pharmacological Sciences. L'articolo propone un raffronto fra i dati raccolti attraverso due survey del 2006 e del 2012 - su un campione rappresentativo di oltre il 40% degli ospedali pubblici italiani (ben 289 le strutture che hanno risposto alla survey del 2012) - realizzate a cura della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Dal punto di vista dell'organizzazione, solo la metà



degli ospedali analizzati - e con notevoli sperequazioni regionali - ha attivato un Servizio del dolore acuto post operatorio: un'unità delineata dalla SIAARTI e inserita nelle linee guida nel 2010, secondo un modello organizzativo nel quale l'anestesista deve assumere un ruolo di coordinamento di un team responsabile proprio della gestione del dolore post operatorio. Dal punto di vista dei servizi, solo il 10% dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico ha ricevuto un trattamento del dolore post operatorio rispondente alle linee guida, che richiedono un trattamento personalizzato sul tipo di paziente e sul tipo di dolore. Si tratta di terapie multimodali e controllabili dal paziente sotto supervisione medica.

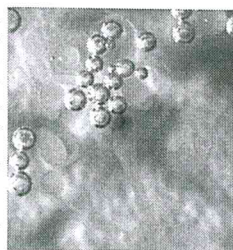
## I genitori non si spaventino: la sindrome permette una buona qualità di vita Sindrome di Klinefelter per 1 neonato maschio su 500

■ ■ ■ «Per una coppia in attesa di un figlio ricevere una diagnosi di sindrome di Klinefelter può voler dire mettere in discussione o rivedere il progetto di vita, afferma Piericola Garofalo, Endocrinologo del Dipartimento di Endocrinologia dell'Ospedale Cervello di Palermo e Presidente dell'Associazione Medici Endocrinologi AME Onlus, ma questo è errato perché la qualità e l'aspettativa di vita delle persone affette da questa sindrome è quasi sovrapponibile a quella della media delle persone sane. Nel passato, in assenza di diagnosi prenatale, la malattia veniva riconosciuta solo e non sempre in età adulta a riprova di una sintomatologia lieve, a volte irriconoscibile». La sindrome di Klinefelter (SK) interessa solo il sesso maschile e ha una prevalenza stimata, ma mai del tutto confermata, di 1 persona affetta ogni 500 nati; perciò statisticamente non è poi così rara anche se come det-

to è ancora poco diagnosticata e poco conosciuta. La SK è una delle più comuni forme di aneuploidia, ovvero di anomalia nel numero dei cromosomi. Cardine farmacologico del trattamento è la terapia con testosterone che va assunta a vita per contrastare il quadro ormonale alterato dal corredo cromosomico. «In passato, come detto, la diagnosi veniva fatta esclusivamente in età adulta, quando si riconosceva la condizione per problemi riconducibili all'infertilità di coppia, afferma Vincenzo Graffeo, Presidente Nazionale ASKIS Onlus, Pazienti con Sindrome di Klinefelter. In questo contesto vi è qualche problema ad ottenere le varie formulazioni di testosterone oggi disponibili, come cerotti o gel transdermici e terapia iniettiva con preparati a lunga durata d'azione, in quanto la dispensazione è estremamente variegata e non accessibile in tutti i sistemi sanitari regionali». (F. MAR.)

## Un'importantissima scoperta pubblicata sul New England Journal of Medicine Gli embrioni malati possono tornare sani e utili!

■ ■ ■ Embrioni con alterazioni cromosomiche possono tornare sani e dar vita a una gravidanza. La sensazionale scoperta è frutto della ricerca italiana. Sono stati effettuati 18 impianti e da questi sono nati 6 bambini sani, 5 femmine e un maschio. La notizia è stata pubblicata sul New England Journal of Medicine: i ricercatori, guidati dal professor Ermanno Greco, autore dello



studio e direttore del Centro di medicina e biologia della riproduzione, European Hospital di Roma, hanno analizzato oltre 3.800 blastocisti (l'insieme di cellule che si formano entro le prime 2 settimane dalla fecondazione), delle quali il 5% circa sono risultate a mosaico, cioè con cellule malate e cellule sane. Lo studio ha dimostrato che anch'esse devono essere considerate utili per il trasferimento in utero e non più lasciate congelate o, come avviene in altri Paesi, eliminate. «Alcuni embrioni parzialmente malati possono infatti essere in grado di autocorreggersi: una volta impiantati, le cellule sane prendono il sopravvento su quelle malate. Potendo utilizzare anche questi embrioni 'anormali', possiamo aumentare di fatto le percentuali cumulative di successo della fecondazione in vitro, oltre che renderla più sicura per le donne», spiega Ermanno Greco. La scoperta ha quindi un profondo significato etico, che sottolinea la potenzialità della vita e la particolare sensibilità dei ricercatori italiani a questo tema. (W.S.)

## Si conclude a Verona il XIX Congresso Nazionale sulle Malattie Respiratorie Malattie respiratorie. BPCO e asma sono le più comuni

■ ■ ■ Si è concluso a Verona il Congresso Nazionale sulle Malattie Respiratorie 'Asma Bronchiale e BPCO: nuovi obiettivi, nuovi rimedi, nuove strategie', con più di 300 specialisti provenienti da tutta Italia. «Il Congresso dimostra una lunga tradizione e si conferma come evento centrale nello studio scientifico dell'asma e della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e dei fattori relativi - spiega il professor Roberto Dal Negro, Referente Scientifico e Fondatore del Centro Nazionale Studi di Farmacoeconomia e Farmacoepidemiologia Respiratoria con sede a

Verona - In questi anni sono stati sviluppati tutti gli aspetti delle malattie, aggiornando man mano i risultati della ricerca e migliorandone la comprensione. Anche quest'anno focus sulla farmacoeconomia, di cui parliamo per la prima volta nel 1991, con tutti gli sviluppi e tutti i costi di gestione». «Per quanto riguarda l'asma - aggiunge Dal Negro - gli ultimi dati, presentati oggi, dimostrano come, rispetto al precedente studio del 2007, i costi siano stabili, con una media di poco superiore ai 1500 euro all'anno per paziente». (L. LUC.)



## Il device offre la possibilità di mantenere importanti funzioni sessuali Arriva un laser che mantiene attivi anche in tarda età

■ ■ ■ Migliora la qualità della vita dei pazienti operati alla prostata, assicura il mantenimento di una normale e attiva vita sessuale e riduce a un semplice regime di day surgery il ricovero, facendo risparmiare tempo e denaro all'intero Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). Sono questi i principali vantaggi che la rivoluzionaria tecnica per l'enucleazione della prostata ThuLEP sfruttando la precisione del laser al tulio creato da Quanta System, azienda italiana leader nella tecnologia laser, apporta agli oltre 40mila uomini che ogni anno in Italia vengono operati alla pro-

stata a causa dell'iperplasia prostatica benigna, ovvero l'ingrossamento benigno della ghiandola prostatica. Un disturbo che accomuna l'uomo su 2 sui 50 anni e addirittura il 75% degli over 80. Questa metodica d'avanguardia consente inoltre il mantenimento delle funzionalità del tratto urinario e diminuisce le possibilità di sanguinamento operatorio e post-operatorio, con beneficio per i pazienti affetti da problemi di coagulazione o sotto terapia farmacologica. (E. SER.)

Sei in: Home &gt; Cure e terapie &gt; Tumore al seno: scoperto profilo molecolare resistente a terapie ormonali

RICERCA PUBBLICATA SU ONCOTARGET

## Tumore al seno: scoperto profilo molecolare resistente a terapie ormonali

di oggisalute | 14 gennaio 2016 | pubblicato in Cure e terapie



Passi avanti nella ricerca sul **tumore alla mammella** grazie al lavoro di un team guidato da due ricercatrici dell'Istituto Nazionale dei Tumori, Vera Cappelletti, biologa, e Maria Grazia Daidone, direttore del dipartimento di Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare, realizzato con il sostegno di Airc, Cariplo e Ministero della Salute: è stato identificato un **profilo molecolare che caratterizza i carcinomi mammari** resistenti al trattamento con antiestrogeni.

I ricercatori dell'INT hanno raggiunto infatti importanti risultati nella ricerca di base sulle **cellule staminali tumorali**: seppur presenti in basso numero nei tumori umani, queste cellule sono in grado, da sole, di rigenerare l'intero tumore, di migrare in circolo e di dare origine alle metastasi.

Lo studio, i cui risultati sono stati pubblicati alla fine del 2015 su **Oncotarget**, ha utilizzato una tecnica altamente innovativa (RNA-seq), e con essa si sono evidenziati, proprio all'interno delle **cellule staminali tumorali del carcinoma mammario**, i geni responsabili della mancata risposta alla terapia ormonale attualmente in uso, quella con antiestrogeni.

"Il tumore mammario, che nelle donne costituisce ancora la prima causa di morte per neoplasia, nel 70% dei casi si presenta all'esordio sotto forma di malattia sensibile agli ormoni. In questo caso si apre un'opportunità di cura con trattamenti anti-ormonali relativamente poco tossici ed altamente efficaci – spiega la dottoressa Daidone -. Le pazienti che possono beneficiarne vengono identificate in base a caratteristiche intrinseche del tumore, come il recettore per gli estrogeni, un classico biomarcatore di sensibilità agli ormoni. Alcune pazienti però sviluppano resistenza nei confronti della terapia ormonale iniziale, e vengono trattate con farmaci antiormonali di seconda generazione, ad esempio l'antiestrogeno fulvestrant che si è dimostrato efficace anche nel trattamento di donne con tumori metastatici".

La ricerca, grazie a questo studio, ha fatto un passo in più: "Abbiamo individuato una specifica 'firma' molecolare che raggruppa 77 geni particolarmente attivi nei tumori delle donne che possono andare incontro a resistenza a questa terapia – spiega la dottoressa Daidone. A differenza dei biomarcatori di endocrino-resistenza finora individuati, questa firma molecolare è stata generata in un contesto biologico molto rilevante, poiché identificata da un confronto diretto tra cellule di carcinoma mammario del tutto simili, tranne che per le loro caratteristiche di staminalità. La presenza nei tumori di RNA messaggeri codificati da questi geni individua perciò la specifica sottopopolazione tumorale staminale, ritenuta responsabile della progressione metastatica, che spesso si ritrova arricchita in seguito ai trattamenti".

La ricerca continua. Partendo da questi studi si potrebbero individuare ulteriori biomarcatori di sensibilità agli ormoni da affiancare al recettore per gli estrogeni.

// Video

Le cellule staminali ne...



Le cellule staminali nella sclerosi multipla

Seguici su

VALENTINA BIGAZZI



### PARLA L'ESPERTO

A cura di *valentina bigazzi*

#### Il ruolo della psiconcologia nei pazienti affetti da cancro

La psiconcologia è la disciplina che si occupa, in maniera specifica, delle variabili psicologiche connesse alla patologia neoplastica e, in generale, a tutte le implicazioni psicosociali dei tumori. La persona che si ammala di tumore sperimenta durante tutto il percorso diagnostico e terapeutico molteplici pensieri ed emozioni. A seguito della diagnosi, durante la malattia o [...]

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

- Tumore al seno, aumentano | i casi nelle donne under 50
- Tumore al seno, #Fatelevedere: | una mostra per la prevenzione
- Tumore al seno: 3 donne su 10 | non hanno mai fatto mammografia

#### Lascia un Commento

 Nome (obbligatorio)

 Mail (che non verrà pubblicata) (obbligatorio)