



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

20 LUGLIO 2016

RASSEGNA STAMPA

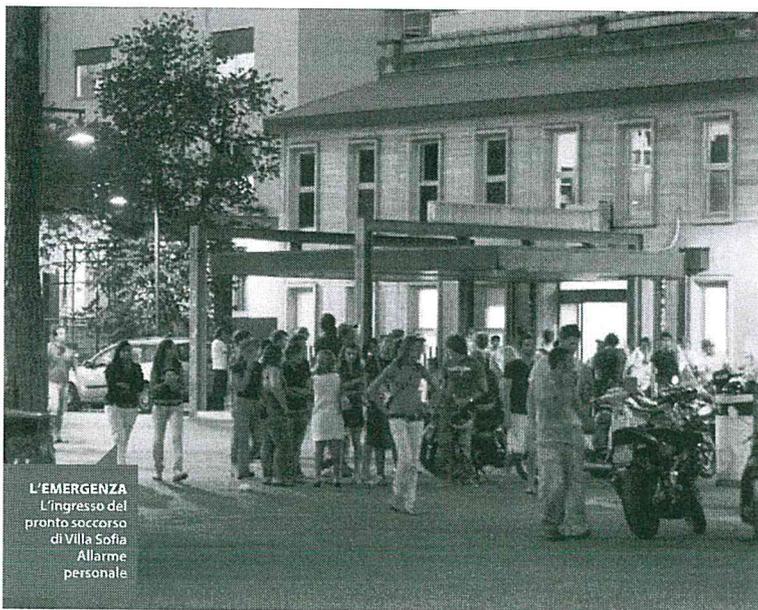


L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

La sanità

PER SAPERNE DI PIÙ
pti.regione.sicilia@it
palermo.repubblica.it

L'allarme / Situazione difficile nelle strutture d'emergenza di tutta l'Isola: cercansi camici bianchi. A Villa Sofia scatta la mobilità interna. I sindacati sono critici



L'EMERGENZA
L'ingresso del pronto soccorso di Villa Sofia. Allarme personale

Blocco assunzioni ferie e nuovi orari. I pronto soccorso restano senza medici



IVOLTI

GIUSI SPICA

Cercansi disperatamente medici per il pronto soccorso. Anche a costo di strapparli ad altri reparti o farli scendere dalle ambulanze. Negli ospedali siciliani imbalsamati dal blocco delle assunzioni si è aperta la caccia ai camici bianchi. Più che altro, una "caccia al tesoro" in un momento in cui, tra ferie e nuove regole sugli orari di lavoro, le corsie si svuotano di personale ma scoppiano di pazienti. Il manager degli ospedali Villa Sofia e Cervello di Palermo ha ordinato a tutti i primari di "cedere" a turno un proprio medico all'area di emergenza. All'ospedale Ingrassia a tappare i "buchi" sono cinque professionisti del 118. Al personale del 118 sono ricorsi anche il direttore dell'ospedale Piemonte e il direttore dell'Asp di Messina per garantire il servizio a Lipari e a Mistretta. E mentre gli ospedali vanno in tilt, dai ministeri della Salute e delle Finanze fanno spallucce al piano della Regione che ha rielaborato la mappa della sanità (la seconda dopo la bocciatura del piano Borsellino): senza un decreto che classifichi uno per uno gli ospedali siciliani a seconda del grado di complessità — assicurano fonti ministeriali accreditate — il via alla maxi-infornata non ci sarà.

L'unica soluzione sono i contratti a tempo determinato. L'assessorato alla Salute, annunciando il via alle cinque-mila assunzioni, aveva stabilito che non potessero più essere rinnovati oltre il 30 giugno. Ma l'ottimismo ha fatto a pugni con la realtà e da piazza Ziino sono stati costretti a concedere un'altra proroga fino a ottobre. Peccato che ai bandi per gli incarichi temporanei non si presentino nessuno. Troppi rischi, poche garanzie. Negli ultimi mesi al pronto soccorso dell'ospedale Cervello è stato un fuggi-fuggi: se ne sono andati in sette. Due contrattisti si sono dimessi, tre dottoresse sono andate in maternità e altri due sono stati allontanati dai turni per motivi di salute. Al pronto soccorso di Villa Sofia a dare forfait sono stati in cinque: due si sono ammalati, altri due hanno dato le dimissioni e una è stata richiamata in Malattie infetti-

ve. Risultato: impossibile fare i turni 24 ore su 24. E così il manager Gervasio Venuti ha inviato una circolare a tutti i primari disponendo la mobilità interna urgente, con un calendario ben scandito, in attesa dell'esito di una nuova procedura urgente per reclutare precari. L'ultima spiaggia prima di chiudere: l'azienda ave-

va inviato 130 telegrammi ai medici di una vecchia graduatoria ma solo in tre hanno risposto all'appello.

Il vicesegretario regionale del Cimo, Angelo Colodoro, attacca: «Si mandano allo sbaraglio medici che non hanno esperienza in area di emergenza. I giovani medici non accettano di correre inutili ri-

schi in contesti che non garantiscono sicurezza. Al primo caso nefasto sarà il medico di turno a risponderne davanti ad un magistrato e non coloro che avendo la responsabilità del governance hanno creato i presupposti del disastro. Una drammatica prova del cul de sac in cui si è cacciata la Regione che per mesi ci ha

inondato di interviste sulle assunzioni imminenti». Eppure — suggeriscono i sindacati — si potrebbe richiamare in corsia chi da anni ha lasciato la trincea degli ospedali per stare dietro le scrivanie dell'assessorato. Solo gli ospedali Villa Sofia e Cervello hanno dato in prestito tre comandati: il medico di pronto soccorso Fabrizio Geraci, il cardiologo Giovanni De Luca e l'odontoiatra Maria Paola Ferro, moglie dell'ex assessore alla Salute nonché rettore dell'università di Palermo Roberto Lagalla. In emergenza anche l'Asp di Palermo con il suo principale ospedale, l'Ingrassia. Al pronto soccorso sono stati impiegati cinque medici del 118 per coprire 75 ore settimanali. A Partinico una delegazione di Cittadinanza attiva ha incontrato il primario dell'Ortopedia dove da giorni sono stati interrotti interventi chirurgici e ricoveri urgenti per carenza di medici. E in difficoltà è anche l'Ortopedia dell'ospedale di Agrigento dove erano in servizio in cinque: due sono al momento in ferie, uno non è idoneo alla reperibilità e altri due si sono recentemente licenziati.

All'ospedale Piemonte di Messina, oltre al pronto soccorso, soffre la Medicina interna: l'Anao Assomed ha inviato una lettera al prefetto di Messina e all'assessore Baldo Gucciardi denunciando che il 15 luglio in reparto è rimasto per sei ore un solo medico alle prese con 26 degenti, più 4 fuori reparto e i pazienti dell'ambulatorio di Angiologia, mentre nell'unità di Diagnostica per immagini ci sono appena cinque radiologi per ricoveri, ambulatori, sala gessi, sala operatoria e guardia H24.

«I due nosocomi messinesi — denuncia il sindacato — sono allo stremo, dovendo assicurare il servizio su due presidi (il Papardo e il Piemonte) e in questo periodo — caldo più che mai e non solo per il clima —, in cui bisogna garantire al personale medico e sanitario un dovuto breve periodo di ferie, saranno inevitabili le ripercussioni sui livelli di assistenza dei pazienti se non si provvede con urgenza». La lunga estate dei pazienti siciliani è appena iniziata.



VENUTI
Il manager di Villa Sofia ha inviato una lettera a tutti i reparti. I buchi saranno coperti con la mobilità all'interno dell'ospedale



COLODORO
Il vicesegretario regionale del Cimo attacca: si mandano allo sbaraglio giovani medici nelle strutture di emergenza



GUCCIARDI
All'assessore alla Sanità è arrivata la lettera dell'Anao per il reparto rimasto con un solo medico all'ospedale di Messina

la Repubblica
Palermo

Pubblicità Legale

REGIONE SICILIA
AZIENDA OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA
POLICLINICO - VITTORIO EMANUELE CATANIA
AVVISO DI RISULTANZE DI GARA - N.5. 5979508

Si dà avviso che con deliberazione n.720 del 16/5/2016 è stata aggiudicata la gara a procedura aperta per la fornitura ed installazione di apparecchiatura per le U.O.D. dell'Edificio B D del Presidio G.Rodolfo. L'elenco completo delle ditte aggiudicatrici è pubblicato sul sito dell'Azienda <http://www.policlinicovittorioemanuele.it>

IL RUP (Dott.Ssa Vittoria Venuti)
IL DIRIGENTE DEL SETTORE PROVVEDITORATO ED ECONOMATO (Dott.Maurizio Grasso)

AGENZIA DELLE ENTRATE
DIREZIONE REGIONALE DELLA SICILIA
INDAGINE DI MERCATO IMMOBILIARE
-ESTRATTO DELL'AVVISO-

Prot. N. 46074
Questa direzione avvia un'indagine di mercato per l'individuazione di un immobile da adibire a sede dell'Ufficio Territoriale di Barcellona Pozzo di Gotto (ME). L'avviso di indagine è consultabile, insieme agli altri documenti di gara sul sito <http://www.agenziaentrate.it> (Sito regionale). Le offerte dovranno pervenire entro le ore 12.00 del giorno 31 AGO 2016.
Amministrazione: Agenzia delle Entrate - sede legale: Via C. Colombo, n. 426 c/d - 00145 Roma Direzione Regionale della Sicilia - Ufficio Risorse Materiali - Via Konrad Rongom n. 3 - 90146 Palermo. Telefono 091/6803355, 091/6803312 - Telefax 091/6803303 - Indirizzo di posta elettronica: dr.sicilia.rm@agenziaentrate.it Palermo, 7 LUG 2016

FITO IL DIRETTORE REGIONALE
Pasquale Stelitici

COMUNE DI CAPO D'ORLANDO
(Prov. ME)
capofila della denominata A.R.O.

Tel.0941015111-277- Importo posto a base d'asta di euro 29.609.978,74
Procedura aperta, espletata con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per il "Servizio di spazzamento, raccolta e trasporto dei rifiuti urbani e speciali assimilati". CUP: C98D14004750005 - CIG: 6100940EF1 - Cod. NUTS : ITG 13 - Aggiudicazione definitiva: 21.06.2016 Impresa partecipante e ammessa: n. 1 - Impresa aggiudicataria: R.TI Multicoplast srl/Cariter Srl/Onofaro Antonino Srl c/da Pietra di Roma snc, TORRENDOVA- PNA 02017710637, in conformità all'offerta migliorativa ed al ribasso del 3,50 % e quindi per l'importo contrattuale di euro 28.573.629,48, oltre gli oneri di sicurezza di Euro 422.468,07.
Esito di gara inviato alla G.U.U.E. il 15/07/2016 e verrà pubblicato sulla G.U.R.S. n. 29 del 22/07/2016.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Ing. Michele Gatto)

CALTANISSETTA

Un altro caso di meningite in Sicilia

Un nuovo caso di meningite in Sicilia. Due sere fa un ragazzo di 28 anni è arrivato con mal di testa e febbre al pronto soccorso dell'ospedale Sant'Elia di Caltanissetta. L'esame del liquor ha dato esito positivo alla meningite anche se ancora si deve stabilire di che ceppo di tratta. Infatti ci sono almeno sei tipi diversi di infezione. Il giovane è stato subito ricoverato nel reparto di Malattie infettive diretto da Alfonso Averna: «In atto — ha spiegato il primario facente funzioni — le sue condizioni sono buone, bisogna solo attendere le prossime 48 ore per stabilire una prognosi». Non è il primo caso a Caltanissetta, dove negli ultimi mesi hanno registrato sei o sette episodi di meningite non letali. A Palermo nei giorni scorsi una cameriera di due notti pub è stata colpita dal batterio ed è andata in coma, ma poi è riuscita a scamparla. Non ce l'ha fatta invece un'altra ragazza di Belmonte Mezzagno, sempre nel Palermitano, che a giugno è stata stroncata da una sepsi meningococcica nel giro di due giorni. Nel 2016 i casi segnalati all'assessorato sono già una decina. Il ceppo prevalente è quello di tipo C, per il quale esistono i vaccini.

g.s.

Che cos'è l'anemia

mediterranea

Lo specialista

Per un difetto genetico il midollo osseo produce globuli rossi piccoli e fragili

Oggi è meno diffusa che in passato grazie alle campagne di prevenzione, ma i portatori sani che rischiano di trasmetterla ai figli nel nostro Paese sono ancora tanti, almeno due milioni e mezzo. Parliamo dell'anemia mediterranea, in Italia molto comune in alcune aree, come Sicilia, Sardegna e Delta del Po.

A che cosa è dovuta?

«L'anemia mediterranea rientra nel più vasto capitolo delle talassemie, un gruppo eterogeneo di malattie ereditarie del sangue accomunate da alterazioni nella produzione dell'emoglobina, la proteina contenuta nei globuli rossi che ha l'importante compito di trasportare l'ossigeno. In particolare l'anemia mediterranea è una *beta-talassemia* perché a essere chiamata in causa è la catena *beta* dell'emoglobina. Chi si ammala eredita entrambe le copie del gene responsabile di questo difetto dell'emoglobina, una dal padre e una dalla madre, che invece sono portatori sani (avendo una copia che funziona). Il gene incriminato si trova sul cromosoma 11 e può essere interessato da mutazioni diverse, che spiegano l'eterogeneità con cui si possono manifestare le *beta-talassemie*» spiega il professor Aurelio Maggio, direttore della Divisione di Ematologia Franco e Piera Cutino dell'Ospedale Cervello di Palermo. «Esistono infatti una forma più grave, quella che tutti conoscono come anemia mediterranea (ma che viene chiamata anche *talassemia major* oppure morbo di Cooley), e una forma attenuata, che viene definita *talassemia intermedia*»

Quali sono le conseguenze?

«A causa della malattia, il midollo osseo dei talassemici non produce emoglobina o ne produce troppo poca. I globuli rossi risultano piccoli e fragili e vengono distrutti con più facilità. La *talassemia major* si manifesta entro i primi due anni di vita, con una grave anemia. Altri sintomi che devono indurre a sospettarla, soprattutto nelle aree in cui è più diffusa, sono l'ittero (la colorazione giallastra della pelle), l'accrescimento rallentato, il pianto inspiegabile del neonato e l'ingrossamento della milza. La *talassemia intermedia* si manifesta invece in forma meno grave dopo i due anni».

Come si contrasta?

«L'unico modo per sopperire al deficit di globuli rossi è fare delle trasfusioni in modo continuativo. Il risvolto della medaglia di questo trattamento è l'accumulo di ferro nei vari organi che può creare danni enormi, soprattutto al cuore e al fegato. Per questo motivo occorre instaurare una terapia con farmaci che *chelano* questo elemento, cioè capaci di intrappolarlo ed eliminare quello in eccesso. Oggi sono stati fatti grandi progressi su questo fronte: prima i ferrocchelanti potevano essere somministrati solo per infusione continua, da diversi anni sono invece disponibili prodotti da assumere per bocca. Anche le trasfusioni sono diventate più sicure rispetto al passato: il sangue è sottoposto a rigorosi controlli e il rischio di contrarre infezioni come l'epatite C o l'Hiv è diminuito notevolmente rispetto agli anni 90. L'introduzione della risonanza magnetica, infine, ci ha permesso di monitorare meglio i pazienti, permettendo di valutare in maniera più accurata i depositi di ferro in fegato e cuore. Il risultato è che l'aspettativa di vita dei pazienti con la forma *major* è molto migliorata e, se la terapia è seguita bene, risulta paragonabile a quella di chi ha una forma *intermedia*».



L'esperto risponde

alle domande dei lettori sulle malattie del sangue all'indirizzo http://forum.corriere.it/sportello_cancro_ematologia

Antonella Sparvoli

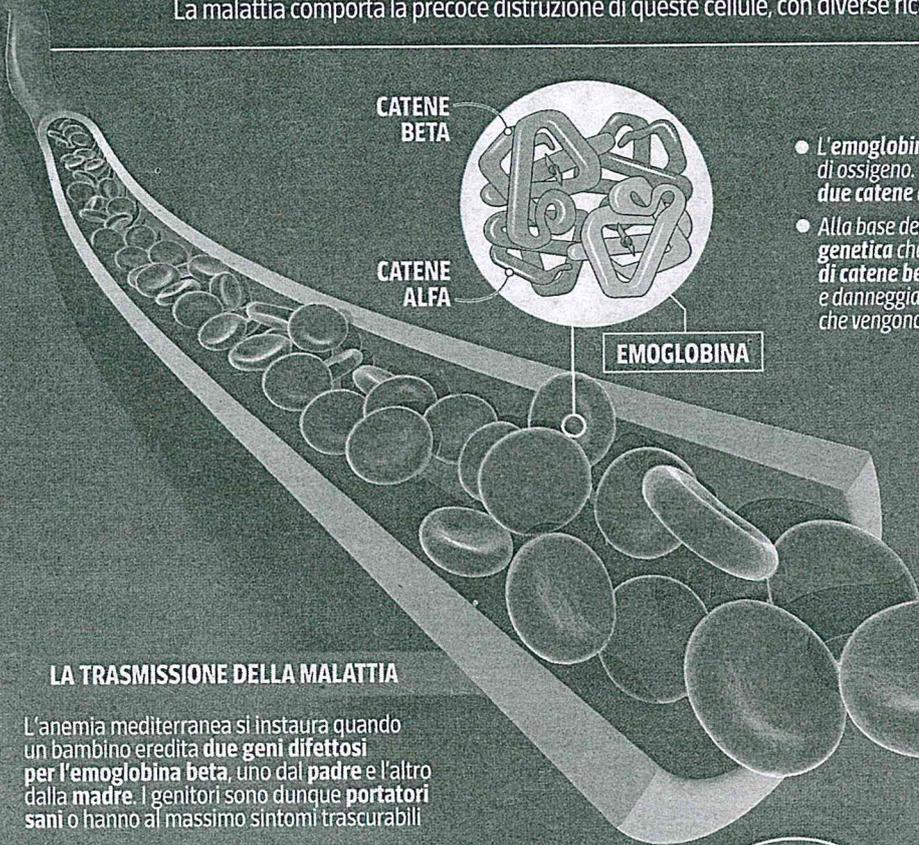
© RIPRODUZIONE RISERVATA



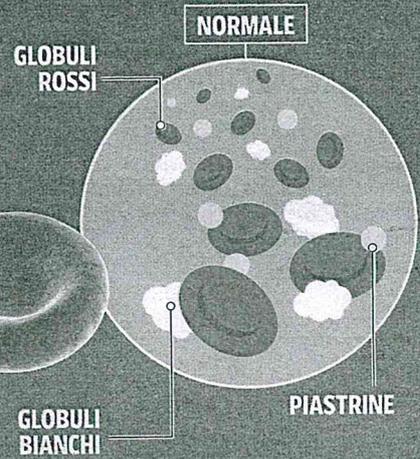
Aurelio Maggio

direttore
Divisione
di Ematologia
"F. e P. Cutino",
Ospedale
Cervello
Palermo

L'anemia mediterranea o beta-talassemia è una malattia ereditaria legata ad alterazioni nella produzione dell'emoglobina, una proteina contenuta nei globuli rossi del sangue ai quali conferisce il tipico colore rosso intenso. La malattia comporta la precoce distruzione di queste cellule, con diverse ricadute su tutto l'organismo

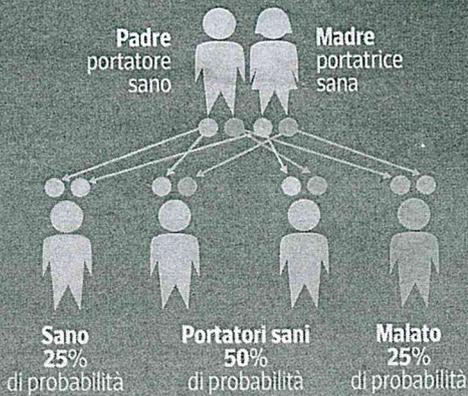


- L'emoglobina è una proteina specializzata nel trasporto di ossigeno. È composta da quattro subunità: due catene alfa e due catene beta
- Alla base dell'anemia mediterranea c'è una mutazione genetica che comporta la scarsa o assente produzione di catene beta: l'emoglobina che ne deriva è poca e danneggia la membrana dei globuli rossi, che vengono distrutti



LA TRASMISSIONE DELLA MALATTIA

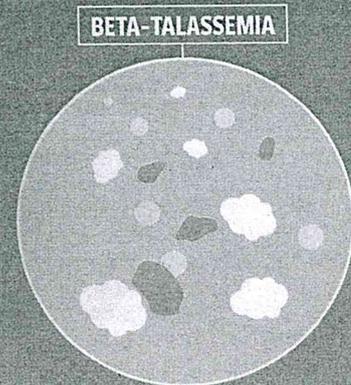
L'anemia mediterranea si instaura quando un bambino eredita due geni difettosi per l'emoglobina beta, uno dal padre e l'altro dalla madre. I genitori sono dunque portatori sani o hanno al massimo sintomi trascurabili



A essere malati sono solo i soggetti con due copie difettose del gene per la catena beta dell'emoglobina

8000
Gli individui con anemia mediterranea in Italia

2.500.000
I portatori sani di anemia mediterranea in Italia



- I globuli rossi del talassemico risultano piccoli, fragili e soprattutto poveri di ossigeno da trasportare ai tessuti

I SEGNI E I SINTOMI

- La malattia si può manifestare in forma grave (*talassemia major*) o in forma intermedia. La **talassemia major** si presenta prima dei due anni di vita, mentre la **talassemia intermedia** compare in epoca successiva.
- Alcuni tipici segnali spia della **talassemia major** sono



Ittero
(colorito giallastro di pelle e occhi)



Scarso accrescimento



Pianto inspiegabile



Pallore



Ingrossamento della milza

- Se la malattia non viene riconosciuta e curata sin da subito, possono esserci diverse conseguenze, a partire da **deformazioni ossee**, in particolar modo degli zigomi che tendono ad ingrossarsi. Queste deformazioni sono causate dall'espansione del midollo osseo nel tentativo di produrre un maggior numero di globuli rossi.

LA DIAGNOSI

- Oltre che sui sintomi, la diagnosi si basa sull'esecuzione di alcuni **esami del sangue** per determinare la quantità e il tipo di emoglobina e il numero e il volume dei globuli rossi.
- Visto che l'anemia mediterranea può essere trasmessa ai figli (con una probabilità del 25%) solo se entrambi i genitori sono portatori sani, è importante lo **screening prenatale** soprattutto nelle aree di maggior diffusione. A questo scopo basta che i futuri genitori si sottopongano allo **studio dell'emoglobina**, per il quale è necessario un semplice prelievo di sangue in strutture specialistiche.

LE CURE

- Se viene diagnosticata in tempo l'anemia mediterranea non impedisce una vita pressoché normale.
- Per sopperire alla carenza di globuli rossi i pazienti devono sottoporsi a ripetute **trasfusioni** (in media una ogni 15 giorni nelle forme major e più dilazionate nelle forme intermedie).
- Le trasfusioni provocano però un **accumulo di ferro nell'organismo** che può causare problemi soprattutto al cuore e al fegato e favorire le infezioni. Per evitare questi danni occorre instaurare una terapia continuativa con farmaci **ferrochelanti**, ovvero capaci di intrappolare ed eliminare il ferro in eccesso.
- L'unica possibilità di guarigione completa dalla malattia è rappresentata dal **trapianto di midollo osseo omologo**, procedura però condizionata dalla necessità di trovare un donatore familiare compatibile.

LA DIFFUSIONE

| | |
|--|--------|
| | 0-2% |
| | 2-5% |
| | 5-8% |
| | 8-10% |
| | 10-20% |

- In Italia l'anemia mediterranea è particolarmente diffusa nelle **regioni meridionali**, in **Sardegna**, in **Sicilia** e nel **Delta del Po**.
- La beta-talassemia è molto diffusa, anche in tutti gli altri Paesi che si affacciano sul Mediterraneo e nei Paesi del sud-est asiatico.



Insufficienza renale – a Villa Sofia-Cervello

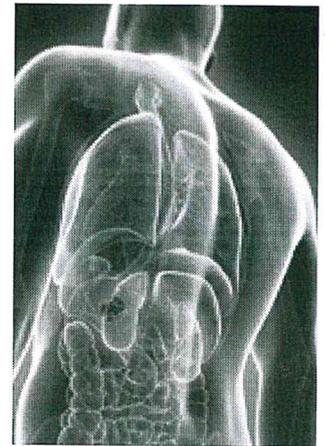
La dialisi ora si fa a domicilio

Parte il servizio di dialisi domiciliare all'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello. Su input della Direzione strategica aziendale con il Direttore generale Gervasio Venuti e il Direttore sanitario Giovanni Bavetta, l'Unità operativa di Nefrologia del Cervello, diretta dal dr. Enzo Massimo Fari-nella, Direttore del Dipartimento di Medicina, ha avviato da pochi giorni, su iniziativa del dr. Angelo Ferrantelli, coordinatore dell'Unità, questa nuova opportunità di scelta terapeutica per i pazienti con insufficienza renale cronica. Villa Sofia-Cervello entra quindi nel novero dei pochi centri che in Sicilia assicurano il servizio. Questo grazie alla nascita di un team multidisciplinare che oltre alla Nefrologia si avvale della Chirurgia del Cervello e del laboratorio di analisi oltre che del servizio sociale aziendale, considerato che si è attivato un percorso di continuità assistenziale.

La terapia domiciliare adottata è la dialisi peritoneale che tramite un catetere permanente in addome, utilizzando come membrana dializzante il peritoneo, provvede ad uno scambio continuo di liquidi che depura il sangue dalle tossine. Questo procedimento avviene molto spesso con il supporto di una piccola apparecchiatura portatile che, collegata al paziente, agisce durante la notte mentre questi riposa. La dialisi peritoneale consente al paziente la massima libertà di azione durante il giorno con evidenti benefici sulla vita sociale, di relazione, sull'attività lavorativa e per gli spostamenti, anche nel caso di ferie con la possibilità di portare l'apparecchiatura con sé anche nei luoghi di vacanza. Questa metodica, oltre a garantire un'elevata qualità di vita al paziente dializzato, garantisce anche un'ottima depurazione del sangue, più graduale e fisiologica, perché continua per tutto l'arco della

giornata e con il vantaggio di non compromettere l'apparato vascolare dato che non necessita di circolazione extracorporea del sangue. I pazienti sono garantiti da un'assistenza diretta, h24, che fa capo direttamente all'Unità operativa di Nefrologia, senza dovere passare dal pronto soccorso.

In Sicilia su 4600 pazienti dializzati, solo il 5% è in trattamento domiciliare contro una media nazionale del 10%, con punte, in regioni diversamente organizzate, che raggiungono risultati ancora più virtuosi. "Devo ringraziare la Direzione strategica e il Direttore dell'Unità operativa - sottolinea il dr. Ferrantelli - che hanno ritenuto necessario subito dopo il mio arrivo offrire questa opzione terapeutica al paziente con insufficienza renale cronica, tenendo conto in primo luogo dei benefici per il paziente e cogliendo i numerosi provvedimenti sia a livello ministeriale che di assessora-



to alla salute, che orientano verso la deospedalizzazione, soprattutto in riferimento alle malattie croniche, all'interno delle quali l'insufficienza renale occupa una posizione di rilievo. Proprio a sostegno della deospedalizzazione la Regione Sicilia ha anche provveduto ad erogare un contributo economico a tutti i pazienti che effettuano la terapia sostitutiva renale a domicilio".

Redazione

Bimbo affetto da rara sindrome: elisoccorso del 118 siciliano in volo da Palermo a Roma per salvargli la vita

 insanitas.it/bimbo-affetto-da-rara-sindrome-elisoccorso-del-118-siciliano-in-volo-da-palermo-a-roma-per-salvargli-la-vita/

PALERMO. Da Palermo a Roma in elisoccorso. Missione in trasferta per l'emergenza- urgenza siciliana, l'obiettivo è quello di salvare la vita a un bimbo colpito da una rara sindrome che blocca i nervi periferici (tra cui le corde vocali) provocando crisi respiratorie.

Ricoverato in terapia intensiva all'ospedale **Cervello** di Palermo, è stato trasportato d'urgenza al **Bambin Gesù** con l'elisoccorso del 118 autorizzato in via eccezionale alla trasferta fuori Sicilia dall'assessore regionale alla Salute, Baldo Gucciardi. a Roma sarà sottoposto a una terapia ad hoc per questa sindrome.

L'elicottero è attrezzato con culletta termica e respiratore neonatale e ha come medico rianimatore **Diego Tantillo**. L'operazione è stata coordinata dal responsabile della centrale operativa del 118 di Palermo, **Fabio Genco**.

NEL PRESENTE GIORNALE SONO ESPRESSAMENTE RISERVATE

GIORNALE DI SICILIA
MARTEDÌ 19 LUGLIO 2016



Elisoccorso

Bimbo ricoverato al Cervello trasferito a Roma

●●● Un bimbo di 10 mesi ricoverato in terapia intensiva nell'ospedale Cervello per una rara sindrome che blocca i nervi periferici, tra cui le corde vocali, è stato trasportato d'urgenza nell'ospedale Bambin Gesù, a Roma, con l'elisoccorso del 118. Il trasporto è stato autorizzato dall'assessore regionale alla Sanità, Baldo Gucciardi. Le condizioni del bimbo si erano aggravate visto che la paralisi dei nervi aveva provocato gravi difficoltà respiratorie.

Cirrosi epatica



Ismett, interventi con endoprotesi

●●● Eseguiti per la prima volta in Italia due interventi mini invasivi realizzati utilizzando le nuove endoprotesi ad espansione controllata. Gli interventi sono stati realizzati entrambi presso l'Ismett (Istituto Mediterraneo e terapie ad alta specializzazione) su due pazienti con cirrosi epatica in fase avanzata di malattia. I pazienti soffrivano di versamento liquido nella cavità addominale (ascite) e precedenti episodi di emorragia da varici gastroesofagee. Entrambi i pazienti sono in buone condizioni cliniche e sono stati dimessi dall'ospedale il giorno dopo l'intervento. I nuovi dispositivi rappresentano un significativo progresso nell'ambito della radiologia interventistica.



(<http://www.insanitas.it/>)



Partner della sanità nei servizi di lavanolo, sterilizzazione biancheria e sterilizzazione strumentario chirurgico.

(<http://www.si-servizitalia.com/>)



IN SANITAS ► NOTIZIE ► OSPEDALI ► Ismett, effettuato con successo un intervento inedito in Italia su due pazienti con grave cirrosi epatica

OSPEDALI ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/OSPEDALI/](http://www.insanitas.it/category/notizie/ospedali/))

Ismett, effettuato con successo un intervento inedito in Italia su due pazienti con grave cirrosi epatica

18 luglio 2016

Utilizzate le nuove endoprotesi ad espansione controllata. Il direttore Angelo Luca: 'Riducono notevolmente il rischio di gravi complicanze (encefalopatia e insufficienza epatica) nel followup.'

di Redazione (<http://www.insanitas.it/author/redazione/>)



Mi piace 589

Twitter

5

PALERMO. Eseguiti per la prima volta in Italia due interventi mini invasivi realizzati utilizzando le nuove **endoprotesi ad espansione controllata**. Gli interventi realizzati entrambi presso l'**Ismett** (Istituto Mediterraneo e Terapie ad Alta Specializzazione) di Palermo su due pazienti con **cirrosi epatica in fase avanzata** di I pazienti soffrivano di versamento liquido nella cavità addominale (ascite) e precedenti episodi di emorragia da varici gastroesofagee. **Entrambi sono condizioni cliniche** e sono stati dimessi dall'ospedale il giorno dopo l'intervento.

I **nuovi dispositivi** rappresentano un significativo progresso nell'ambito della radiologia interventistica. Rendono più sicura, infatti, l'utilizzo della TIPS (Transcatheter Intrahepatic Portosystemic Shunt), una procedura introdotta nella pratica clinica da circa 15 anni e che ha sensibilmente migliorato l'approccio clinico nei pazienti con cirrosi epatica.

«L'utilizzo del TIPS- spiega **Angelo Luca, direttore di Ismett**- è stata una vera e propria rivoluzione perché consentiva ai pazienti con cirrosi epatica ed ipertensione portale severa di evitare l'intervento chirurgico che molti di loro non avrebbero potuto superare a causa delle avanzate condizioni cliniche. Tuttavia, fino ad oggi di questa procedura era il rischio di gravi complicanze (encefalopatia e insufficienza epatica) nel followup, grazie alle nuove endoprotesi questi rischi vengono notevolmente».

Le nuove endoprotesi rendono più sicuro l'utilizzo della procedura. Il loro maggiore vantaggio è che il diametro della protesi può essere modificato a seconda della risposta clinica dei singoli pazienti, consentendo in questo modo di modulare il flusso del sangue che va viene sottratto al fegato e riducendo il rischio di complicanze post intervento.

«Questo- sottolinea ancora Angelo Luca- conferma ancora una volta l'impegno di Ismett nell'implementare nuove tecnologie a beneficio dei pazienti. **dell'ISMETT**, costituito dai Dr. Angelo Luca, Roberto Miraglia e Luigi Maruzzelli, ha eseguito oltre 650 procedure ed è uno dei riferimenti internazionali in **questo campo. In Europa solo 4 centri** (Barcellona, Bonn, Friburgo ed Amburgo) hanno avuto la possibilità di utilizzare questa nuova tecnica.

TAG PER QUESTO ARTICOLO:

ANGELO LUCA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ANGELO-LUCA/](http://www.insanitas.it/tag/angelo-luca/)) CIRROSI EPATICA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/CIRROSI-EPATICA/](http://www.insanitas.it/tag/cirrosi-epatica/))

ENDOPROTESI AD ESPANSIONE CONTROLLATA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ENDOPROTESI-AD-ESPANSIONE-CONTROLLATA/](http://www.insanitas.it/tag/endoprotesi-ad-espansione-controllata/)) ISMETT ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ISMETT/](http://www.insanitas.it/tag/ismet/))

ISTITUTO MEDITERRANEO PER I TRAPIANTI ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ISTITUTO-MEDITERRANEO-PER-I-TRAPIANTI/](http://www.insanitas.it/tag/istituto-mediterraneo-per-i-trapianti/))

LUIGI MARUZZELLI ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/LUIGI-MARUZZELLI/](http://www.insanitas.it/tag/luigi-maruzzelli/)) ROBERTO MIRAGLIA ([HTTP://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ROBERTO-MIRAGLIA/](http://www.insanitas.it/tag/roberto-miraglia/))

POTREBBERO INTERESSARTI ANCHE...

UniCredit SubitoCasa
Società di Intermediazione Immobiliare

come vendere la tua casa:
una storia a lieto fine.

1. Andare s...
2. Comprat...
in modo



LIVESICILIA

FONDATO DA FRANCESCO FORESTA MERCOLEDÌ 20 LUGLIO 2016 - AGGIORNATO ALLE 11:03

PALERMO | CATANIA | TRAPANI | AGRIGENTO | MESSINA | CALTANISSETTA | ENNA | RAGUSA | SIRACUSA

CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | CUCINA | FOTO | VIDEO

LIVESICILIA PALERMO **LIVESICILIA CATANIA** **LIVESICILIA SPORT**

Cerca nel sito ▶



Home > Cronaca > Pazienti dirottati nelle cliniche I giudici: "Un accordo scellerato"

PALERMO

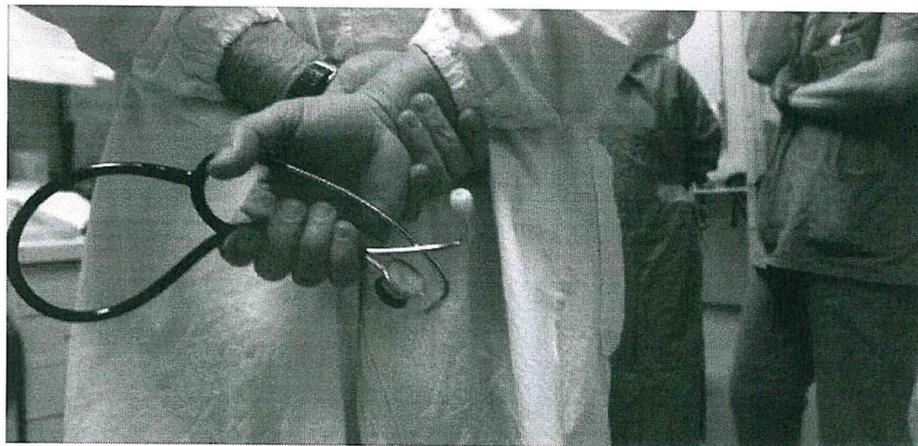
Pazienti dirottati nelle cliniche I giudici: "Un accordo scellerato"

di **Riccardo Lo Verso**
Articolo letto 4.438 volte

share f 23 | t | G+ 0 | in 0 | p 0 | | |



ibis Milano Centro
da **72,25 €** A pochi passi dal centro e dalla stazione ferroviaria - a 8 km dall'aeroporto - ...
accorhotels.com



Le motivazioni della condanna per i vertici di Latteri e Noto. Assolti quelli de La Maddalena.

▶ **PALERMO - Un "accordo scellerato"**
per dirottare i pazienti desti

Volotea® - Offerta
29,99€

Prenota il tuo volo per l'Estate! Voli da soli 29,99€ fino a Domenica

Palermo - Miami
Andata e ritorno

€ 717

Palermo - Roma
Solo andata

€ 49

...ma forse l'unico... di una media scellerata e di un, finalizzato alla realizzazione di vicendevoli ed indebiti profitti economici".

La Latteri, quando si seppe delle indagini dei carabinieri del Nas, diceva alla Valerio: "... io non potevo dire chiaramente che non ti vedo più, perché secondo me loro stanno... hanno i telefoni sotto controllo... cioè è troppo specifico... io non posso dire la bugia perché se poi loro mi vedono gli assegni dicono: che ci fa lei in azienda? Quindi io non posso più firmare un assegno, che questo sia chiaro perché ormai me l'hanno fatta a me la domanda e io ho detto che tu qua non ci sei tranne che ci sentiamo ogni tanto per telefono, non lo posso fare più non mi dire niente perché io non lo posso fare... quello che ha preso in due anni a sta parte, che io mettevo arretrato, arretrato, arretrato che non erano... i veri arretrati quando glieli do? come glieli do? A lei? i veri arretrati?... transazione... è fasulla...".

Stessa cosa sarebbe avvenuto per il trasferimento dei pazienti da Villa Sofia alla clinica Noto: "Le numerose intercettazioni hanno permesso, altresì, di svelare che alla base di tale illecita attività di sviamento dei pazienti vi era un accordo scellerato tra lo Iannello, il titolare (Gagliardo di Carpinelle Giovanni) ed il direttore sanitario (Sparacia Giovanni) della clinica Noto, finalizzato alla realizzazione di vicendevoli ed indebiti profitti economici".

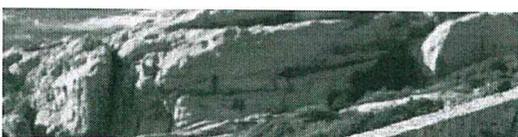
Il 20 novembre 2009 i carabinieri registrarono un dialogo tra Iannello e la moglie. Un anonimo aveva telefonato in clinica chiedendo di lui e del suo indirizzo di posta elettronica. La moglie temeva che il marito fosse stato scoperto e faceva pressioni. Lo invitava a "non tirare troppo la corda", "a mettersi a posto", ad andare "a fare l'extramuraria", perché "dopo una carriera, trenta anni di carriera, ti devi sputtanare così. Mettiti a posto... già una volta te la sei scansata". E Iannello si diceva pronto a "parlare con Cacioppo ... che è il responsabile (dell'azienda ospedaliera Villa Sofia), perché io da lunedì chiedo l'attività extramuraria, cioè fatta fuori... così almeno mi paro il culo". Perché sia la Valerio che Iannello avrebbero dovuto lavorare solo per le due strutture pubbliche. Non ci fu corruzione, però. Né concussione. I soldi incassati, così sostengono i giudici, sarebbero stati il prezzo delle loro prestazioni.

share f 23 | t | G+ 0 | in 0 | p 0 | | |

Mercoledì 20 Luglio 2016 - 05:19



Le donne molto impegnate eliminano i peli indesiderati in un attimo. Scopri come La miglior depilazione



MARIA
E' morto Bernardo Provenzano | dopo tre anni di agonia al 41 bis

f | t | G+ | in | p



L'INTESA A PALAZZO CHIGI
Altro che accordo storico | Crocetta svende la Sicilia

f | t | G+ | in | p



L'ANALISI
Padre, fratello, moglie e cugini | Alfano e il suo amore per la famiglia

f | t | G+ | in | p



ALLERTA
Arriva il maltempo | Attenti al Sud

f | t | G+ | in | p



I RISPARMIATORI
Banca Nuova, pioggia di denunce | Paura anche tra i dipendenti

f | t | G+ | in | p



PALERMO
Tragica rissa, un morto e 4 feriti | Scattano cinque arresti

f | t | G+ | in | p



IL NUOVO FILM
Ficarra e Picone | a caccia di giovani attori

f | t | G+ | in | p



IN LARGO POZZILLO
Palermo, lite per alcuni panni stesi | Spari al Borgo Nuovo: un morto

f | t | G+ | in | p



PALERMO - IL CASO
Bimbi ricoverati dopo l'acquapark | L'Asp sospende l'attività

f | t | G+ | in | p

Nuovi Lea, Le Regioni pronte al via libera

I nuovi Lea sono pronti a partire e la decisione sarà ufficializzata a breve alla Conferenza delle Regioni. Anche se le Regioni hanno dato il via libera dopo lo scambio di lettere tra Lorenzin e Bonaccini, permangono dubbi sul finanziamento di 800 milioni previsti dalla stabilità 2016. Per questo servirà un tagliando entro la fine di novembre, prima della prossima finanziaria, che rassicuri circa la somma impegnata, visto che le Regioni sono ancora troppo disomogenee nell'applicazione degli stessi Lea. Il coordinatore degli assessori della commissione Salute delle Regioni, Antonio Saitta, ha dichiarato: "Per noi i nuovi Lea possono partire subito, ma ad una condizione: che la commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea istituita nella scorsa Legge di Stabilità (composta da Ministero Salute, Mef, Iss, Agenas, Aifa e Regioni) lavori concretamente e in comune per monitorarne l'applicazione entro il 30 novembre e per valutare se per esempio le risorse (800 mln) sono sufficienti e le stime sono esatte. Alcune regioni già garantiscono alcune prestazioni presenti nei nuovi Lea, ma tra esse alcune le erogano in regime ospedaliero e altri in ambulatoriale, e poi ci sono le Regioni che invece non le erogano". Il problema per Saitta è che oggi le Regioni non hanno dati certi e "ci stiamo basando su stime".

Che cosa accade con i nuovi Lea? In pratica, cambia tutto in merito all'appropriatezza prescrittiva. Con l'approvazione del Dpcm (sul punto il Ministro Lorenzin ha anticipato che è atteso a giorni il via libera del Mef) andrà, infatti, in soffitta il famigerato decreto appropriatezza. Quest'ultimo aveva creato tante polemiche con le sue circa 200 prestazioni per cui erano stati messi paletti a medici e cittadini. Le prestazioni per cui ci saranno condizioni di erogabilità scendono a circa 40 che riguarderanno la medicina nucleare, i test genetici e poco altro. Invece, non ci sono più per esempio per le risonanze del ginocchio, mentre per le altre vi saranno delle indicazioni prescrittive. Il comma 2 dell'art. 63 del Dpcm sui Lea chiarisce a questo proposito: "le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale



riale 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale". In questo senso, si attende l'accordo tra la Fnomceo e il Ministero della Salute che disciplinerà tutta la materia così che si garantisca autonomia e responsabilità al medico, tutelando il rapporto fiduciario ed evitando accertamenti inutili e ridondanti. Che succederà quindi? Che succederà quindi? Il segretario provinciale di Bergamo del Sindacato, Guido Marinoni, in un recente articolo su Fimmg notizie ha così descritto cosa accadrà: "In pratica le "condizioni di erogabilità", cioè le situazioni in cui la prescrivibilità, e quindi la rimborsabilità a carico del SSN, sarà limitata a specifiche situazioni, per la quali dovrà essere apposta una nota sulla ricetta, saranno pochissime: in pratica alcune prestazioni di medicina nucleare, i test

genetici e poco altro. Le altre saranno "indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Il medico non dovrà riportare alcuna nota, ma sarà sufficiente l'espressione del quesito diagnostico, importante anche per comunicare con il collega che erogherà la prestazione". Inoltre "il medico non sarà vincolato al caso singolo, ma potrà adattare le indicazioni delle linee guida alle reali condizioni del paziente, risultando così salvaguardata l'autonomia professionale. Le indicazioni di appropriatezza prescrittiva costituiranno certamente un parametro di riferimento per le attività di verifica del comportamento prescrittivo generale del medico, che saranno previste dai contratti dei medici dipendenti e dalle convenzioni, ma non si tratterà qui di entrare nel merito della singola prescrizione, bensì di verificare l'aderenza complessiva del medico alle evidenze scientifiche. Tutto questo entrerà in vigore con il DPCM sui nuovi LEA, la cui bozza prevede l'abrogazione del "Decreto Appropriatezza" del 9 dicembre 2015".

Redazione

LE OFFICINE D'IPPOCRATE
 Centro Pilota Plurispecialistico
 per la Prevenzione delle Disabilità e delle Alterazioni Posturali

Le attività progettuali sono rivolte ad un'ampia fascia di cittadini:
 Soggetti in Età Evolutiva; Diabetici cronici;
 Donne over 50; Soggetti Anziani; Soggetti Disabili
 e da tutti coloro che hanno un'indicazione prescrittiva di uno specialista.

Il Servizio è erogato dall' Az. Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello
 in cooperazione con un Team dedicato dall'associazione A.N.I.O.

Per prenotazioni presso il Centro
 "Le Officine d'Ippocrate"

☎ 091 780 4219 📞 334 7289005 ✉ ippocrate@anio.org

Per informazioni
 ☎ 091 780 4221 📞 391 7752397

nell'attesa...
 Settimanale d'informazione
 Socio-Sanitaria dell'ANIO Onlus

Per avere il nostro
 settimanale nella tua sala
 d'attesa inoltra un'email
 a: abbonamenti@nellattesa.it
 o invia un sms al 338.9432410
 indicando i tuoi dati

*ATI NEL PRESENTE GIORNALE SONO ESPRESSAMENTE RISERVATE

GIORNALE DI SICILIA
MERCOLEDÌ 20 LUGLIO 2016



IL DECALOGO. Migliorando l'alimentazione ed eliminando stress e fumo è possibile evitare di esserne colpiti

L'Ictus si può prevenire nel 90 per cento dei casi

WASHINGTON

••• Gli ictus - causa principale di invalidità nel mondo - sono prevenibili nel 90 per cento dei casi, e sulla base di 10 fattori legati allo stile di vita ed alla salute, quasi tutti modificabili.

A sostenerlo un nuovo studio internazionale su 27 mila persone in ogni continente, guidato da Martin O'Donnell della McMaster university di Hamilton in Canada e della HRB-Clinical Research Facility di Galway in Irlanda.

«Anzitutto lo studio conferma che il fattore principale modificabile per ridurre l'incidenza degli ictus è l'ipertensione arteriosa», ha osservato O'Donnell. Pubbli-



Basterebbe seguire pochi consigli per ridurre drasticamente il rischio di ictus

cata su «Lancet», la ricerca è - secondo gli autori - «di misura adeguata e la distribuzione nelle varie zone del globo ha fatto individuare con chiarezza i fattori di rischio».

Gli scienziati hanno così calcolato quanto l'eliminazione di uno specifico fattore ridurrebbe i pericoli di ictus.

Questa la tabella emersa: Eliminazione ipertensione: -48% rischi ictus; inattività fisica: -36%; grassi nel sangue: -27%; cattiva alimentazione: -23%; obesità: -19%; fumo: -12%; cardiopatie: -9%; stress: -6%; alcol: -6%; diabete: -4%.

Il totale di questi fattori di rischio uniti ha raggiunto quota 90,7%.

Sanità nord-sud. Centinaia di morti evitabili da Napoli in giù se solo le rianimazioni funzionassero nella media. Un'indagine fotografa in tutta Italia i super reparti dove si decide se ci sarà il domani. La raccontiamo in esclusiva

Quelle vite salvate ma solo a metà

LA STORIA

Sono bravi fermiamoli

Sullo stesso orizzonte - di scelte guidate dai numeri, dal confronto e dalla necessità di erogare buona sanità tagliando i costi - si sono mossi gli organizzatori del 118 di Bologna che si sono però visti sbarrare la strada dall'ordine dei medici provinciale, dopo la denuncia di un sindacato. Stiamo parlando del "caso" 118 di Bologna. Il direttore, Giovanni Gordini, e la sua squadra, sono stati sospesi a marzo dall'Ordine per sei mesi, accusati di voler delegare agli infermieri, soli, sulle ambulanze, mansioni salva-vita che dovrebbero spettare ai dottori specializzati. Le missioni degli infermieri erano state infatti previste per coprire le carenze. «Applichiamo questi protocolli, usati anche in altre regioni, da dieci anni, ottenendo sempre risultati in linea alle attese o leggeri miglioramenti nella gestione delle emergenze e nella riduzione della mortalità», spiega Gordini. E aggiunge: «Si tratta di interventi che fanno parte delle competenze degli stessi infermieri, su cui possono essere formati». Funziona ed è un risparmio, insomma. Ma l'Ordine crede il contrario, e li vuole fermare. A giugno i medici alla sbarra hanno ricevuto le motivazioni e adesso presenteranno ricorso a una commissione ministeriale. Per difendere Gordini e la sua squadra nel frattempo si sono mobilitati in tanti. L'appello online ha raccolto 5 mila 700 firme. «Penso che sia diventato un caso-simbolo per mettere in discussione che ruolo deve avere oggi il medico - spiega lui - in un sistema che vorrebbe la medicina fondata sull'evidenza».

FRANCESCA SIRONI

È LÌ LA SOGLIA FRA la vita e la morte. È lì che si decide se vincerà l'affanno - dei polmoni, del cuore, dei reni, del sangue - o il futuro. Le terapie intensive non sono «luoghi mistici» ma «reparti ad altissima tecnologia, dove ci sono due infermieri per ogni paziente, e molto costosi». «Per tutto questo», perché lì la vita si trattiene al centimetro finale, perché lì non si può scegliere dove farsi curare, e perché lì il servizio sanitario nazionale spende così tanto «è assolutamente necessario evitare sprechi e poter aumentare la qualità dell'assistenza». A farlo, e a parlare qui, è Guido Bertolini, responsabile del Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva, una squadra di ricerca nata nel 2002 all'Istituto Mario Negri di Milano. Oggi coinvolge 232 reparti di terapie intensive in tutta Italia, per oltre 87 mila pazienti - la più ampia base di dati di questo tipo in Europa. Dai medici che aderiscono, volontariamente, al progetto (ProSafe Margherita), vengono raccolti per tutti i malati le stesse indicazioni cliniche, che vanno dall'ammissione alla degenza, alle infezioni di cui sono vittime durante il ricovero, fino alla dimissione dall'ultimo ospedale.

Questa mole di informazioni fotografa precisamente come funzionano i reparti, che esigenze affrontano e come cambiano nel tempo. Ma soprattutto, ha permesso ai ricercatori di elaborare un "modello prognostico matematico", ovvero un algoritmo che può calcolare, forte di una base statistica così ampia, gli esiti che si dovrebbero attendere per pazienti che hanno le stesse caratteristiche. Il modello verifica, cioè, per ogni malato definito con esattezza dal quadro clinico, come "dovrebbe andare a finire", se con la vita o con la morte, se il reparto funzionasse come funziona la media

delle rianimazioni italiane. Non se fosse eccellente. Ma se fosse semplicemente nella media.

È una cosa enorme per la sanità italiana, dove quasi nulla viene misurato e valutato scientificamente. Mentre è verità conclamata internazionalmente il fatto che una pagella rigorosa mette in condizione di curare i mali della sanità. E Margherita non è da meno. Perché racconta che nelle terapie intensive del Sud Italia, solo nel 2015, e solo fra i 20 ospedali pubblici aderenti al progetto, sono decedute 244 persone che non sarebbero dovute morire. Se i luoghi dove sono state ricoverate d'urgenza cioè fossero stati banalmente "standard" sarebbero a casa, vive. Invece sono morte. Lo stesso nel 2014: 318 decessi in più della media. Nel 2013 erano stati 172, 168 nel 2012.

Non è solo il Sud ad essere in difficoltà. Anche il Piemonte, ad esempio, ha una media regionale inferiore al previsto. Mentre a livello nazionale la qualità dell'assistenza nei reparti che partecipano alla ricerca è in costante miglioramento, solo negli ultimi tre anni, su circa 100 mila pazienti considerati, ci sono stati 1.200 morti in meno: se la qualità fosse rimasta quella del 2012, non ci sarebbero più. Nel 2015 però, nuvole scure: «La linea di miglioramento si è interrotta - nota infatti Bertolini - e quello che è preoccupante è che si sono osservati circa 150 decessi in meno fra i pazienti più gravi, ma circa 110

in più fra quelli meno gravi. Su questo dobbiamo concentrarci per capire cos'è successo».

Alcune analisi permettono di leggere delle costanti. Se un singolo medico deve seguire più di quattro posti letto, ad esempio, la mortalità in terapia intensiva aumenta del sette per cento. O che avere un alto turn over di pazienti gravi (quindi più esperienza) fa diminuire i decessi del 3 per cento. O ancora, e succede

In Italia, ogni giorno: che a prescindere dall'ospedale, dal medico, dai farmaci, la povertà del "dove" uccide più presto. La mortalità aumenta infatti dell'8% ad ogni diminuzione del Pil di 10 punti percentuali, a parità di potere d'acquisto.

Questi sono risultati aggregati, nazionali. In queste settimane invece ogni reparto sta ricevendo le schede che lo riguardano direttamente. «Non è sempre facile, o immediato capire dove si è forti e dove si hanno carenze. Queste elaborazioni ce lo mostrano», spiega Stefano Faenza, ordinario di anestesiologia a Bologna. Che aggiun-

LO PSICOLOGO, SÌ O NO?
Presenza stabile in ospedale



Si **28%**
No **77%**
DI CUI
21% Per i parenti
15% Per i pazienti
10% Per il personale



TRA LA VITA E LA MORTE
La ricerca ha coinvolto reparti di terapia intensiva (TI) e loro pazienti in Italia nel 2015

232 Reparti
87.765 Pazienti

I REPARTI
NUMERO DI LETTI PER MEDICO (in terapia intensiva)

| LA DIMENSIONE NEGLI OSPEDALI | MINIMO | IN MEDIA | MASSIMO |
|------------------------------|--------|----------|---------|
| 45.4% 300-800 letti | 3,4 | 4,6 | 5,8 |
| 11% >800 letti | | | |
| 43.6% <300 letti | | | |

Un solo medico ha difficoltà a seguire tanti pazienti

I LETTI PER MEDICO
Ospedali con più di 4 letti/medico
+7% DI DECESSI che in centri con meno di 4 letti/medico

I PAZIENTI PER ETÀ

| ETÀ | PERCENTUALE |
|-------|-------------|
| 17-45 | 12% |
| 46-65 | 26% |
| 66-75 | 26% |
| >75 | 36% |

INFEZIONI
6% In degenza
69% Nessuna

L'ESPERIENZA SALVA
-3% DI DECESSI
Nei centri con molte dimissioni di pazienti gravi all'anno rispetto a dove ne vengono ammessi pochi

PER SAPERNE DI PIÙ
www.giviti.marionegri.it
www.agenas.it

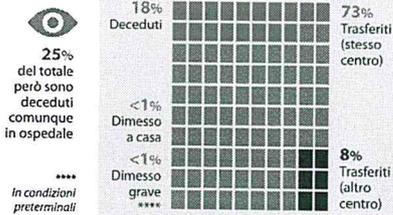
Il caso. Un ospedale dove tutto funziona scopre un aumento della mortalità del 20%. Ecco cosa è successo

Tu quoque... Brianza felice col fiato sul collo

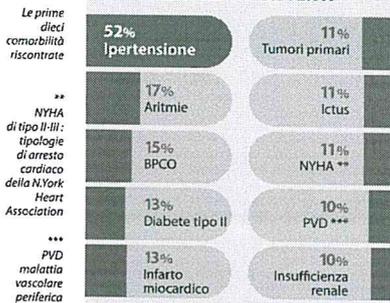
LA PAGELLA

| | Decessi previsti | Decessi verificati | Differenza |
|--|------------------|--------------------|------------|
| Al Nord IN TOTALE 31.971 | 7.563 | 7.384 | 179 |
| Al centro IN TOTALE 9.078 | 2.488 | 2.401 | 87 |
| Al Sud IN TOTALE 3.942 | 1.374 | 1.618 | -244* |

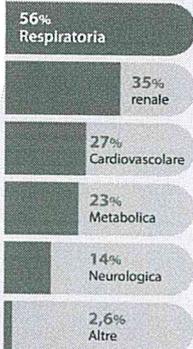
L'ESITO DELLE CURE



MALATTIE COESISTENTI*



INSUFFICIENZE ALL'AMMISSIONE



3% All'ammissione e in degenza

22% Soltanto all'ammissione

9/11 circa ha preso un'infezione nell'ospedale

L'ILLUSTRAZIONE È ISPIRATA DA
"LA DISPOSIZIONE DI CRISTO" DIPINTO A OLIO SU TAVOLA
DI RAFFAELLO SANZIO DATATO 1507,
PRESENTE NELLA GALLERIA BORGHESI A ROMA

* Al Sud cioè ci sono stati 244 decessi di pazienti in più rispetto alla media prevista

L'APPUNTAMENTO È la mattina presto, in un ospedale pubblico della ricca Lombardia. Dentro un reparto di terapia intensiva. In difficoltà. La richiesta del medico è di resta-

re anonimo. Di evitare scandali. Perché quando sono arrivati dal Mario Negri i risultati del 2015 infatti, qui la squadra di anestesisti, rianimatori e infermieri, si è spaventata. Ne emergeva un peggioramento del 20% in un anno. Un abbassamento sotto la media di 20 punti, dopo tanti anni in linea con gli standard. Quei numeri significavano vite perse. Persone che non avrebbero dovuto fare quella fine. «Stiamo cercando di capire se non ci sia stato un errore nel modo in cui indicavamo le condizioni cliniche all'ingresso: ritenendole meno gravi di quanto non fossero realmente», spiega l'anestesista. Certo, nota, «si fanno sempre più pressanti le richieste di efficienza economica da parte della direzione, ma faccio fatica ad imputare a questo il nostro calo».

Il medico parla per esperienza: anni fa, infatti, grazie a un report ProSafe specifico sul problema delle infezioni ospedaliere, i sanitari avevano individuato un'anomalia nel numero di contaminazioni alle basse vie urinarie per i pazienti del reparto. «Tutti dicevamo: "non è possibile, non abbiamo mai avuto problemi del genere"», spiega. Quando però l'anomalia è stata riscontrata anche l'anno successivo, si sono messi a controllare, a verificare con più attenzione. Apparentemente era tutto in regola. Solo approfondendo ulteriormente sono riusciti a vedere cosa sbagliavano, rispetto alle linee guida, quando mettevano un catetere: una cosa piccolissima ma fondamentale. Un piccolo buco nella prassi. «Per fortuna parliamo di conseguenze non gravi, e che forse anche per questo non erano mai state rilevate - spiega - però evitarle significa lavorare sul serio sulla qualità dell'assistenza». Dopo aver notato il danno, e cambiato la pratica di conseguenza, la percentuale di infezioni urinarie si è ridotta drasticamente, riportando il reparto nella media positiva della regione. «Questi modelli ti permettono di vedere come stai andando, con la certezza di un dato che è valido statisticamente». Ora, bisogna capire su dove intervenire di nuovo.

Oggi, il mondo di domani

Oggi il mondo di domani è impegno ad agire per un presente responsabile ed un futuro sostenibile. Per Bristol-Myers Squibb significa scoprire, sviluppare e offrire terapie innovative per aiutare i pazienti a sconfiggere malattie gravi. Ma significa anche avere la piena consapevolezza degli obblighi verso la comunità locale e globale, tramandandoli in impegno concreto. Il nostro impegno guarda al futuro e alle realtà più lontane ma inizia nel presente e dai luoghi a noi più vicini. **Oggi per il domani.**

www.bms.it

FONTE
RAPPORTO
MARCHETTA
PROSAFE
SULL'ANNO 2015 -
GIVITI ISTITUTO
MARIO NEGRI
DI MILANO

ELABORAZIONE DATI
FRANCESCA SIRONI

INFOGRAFICA
PAULA SIRONETTI

Bristol-Myers Squibb

Carpale. Formicolio. Dita bloccate. Mobilità ridotta. E dolore. La soluzione finale è l'intervento. Ma uno studio scopre che a volte bastano tutore e stimolazione

Che strano ho un tunnel nella mano

CHE FARE

Cinque pezzi facili

Poche, ma necessarie. Ci vogliono infatti un paio di sedute di fisioterapia dopo aver fatto l'intervento per la sindrome del tunnel carpale. Innanzitutto, durante gli incontri il terapista verifica come si muove la mano operata sotto lo stimolo della tecnica fisioterapica. Costata la motilità, lo specialista passa ad insegnare al paziente alcuni esercizi che dovrà fare a casa, con costanza. Si tratta di movimenti che vanno ripetuti quattro, cinque volte nell'arco della giornata, per quindici giorni. E che sono indispensabili per aiutare la mano a riacquistare la corretta mobilità e per prevenire la cosiddetta sindrome del dito a scatto che spesso resta come conseguenza dell'intervento. Per eseguire gli esercizi insegnati dal fisioterapista è meglio sedersi al tavolo e appoggiare il braccio sul piano di lavoro. Tra un esercizio e l'altro è utile massaggiare delicatamente la mano con una pomata antinfiammatoria. Ecco qualcuno degli esercizi consigliati: movimenti che possono essere utili anche per la prevenzione. Far toccare la punta del pollice con quella dell'indice. Unirle lentamente e con altrettanta lentezza distaccarle. Ripetere lo stesso movimento con le altre dita della mano. Aprire e chiudere la mano per dieci volte come se si stringesse e rilasciasse una pallina antistress. Immaginare nell'aria una tastiera e mimare gli stessi movimenti che farebbe un pianista con le mani per suonare, andando da destra verso sinistra e viceversa. Ripetere la sequenza per tre volte, rilasciare le braccia ed eseguire il tutto altre tre volte.

CINZIA TESTA

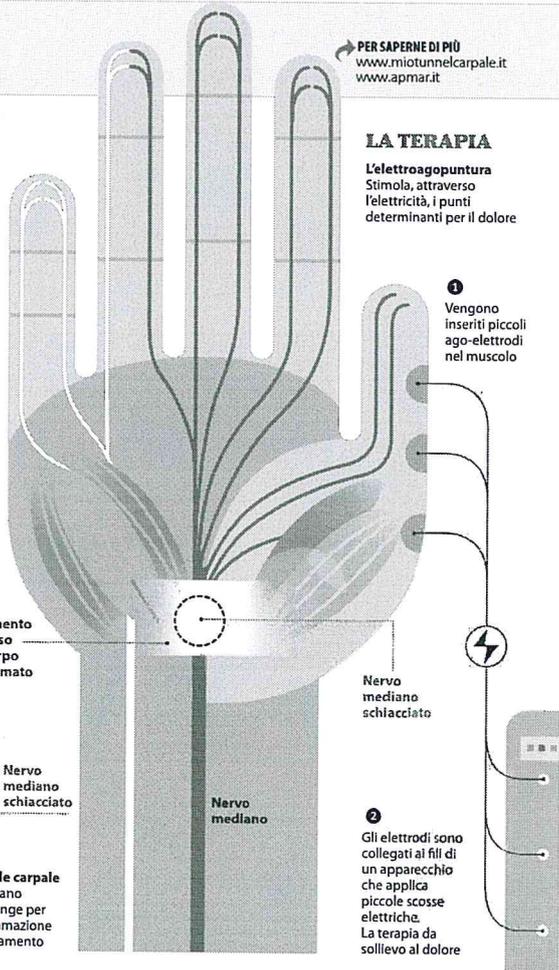
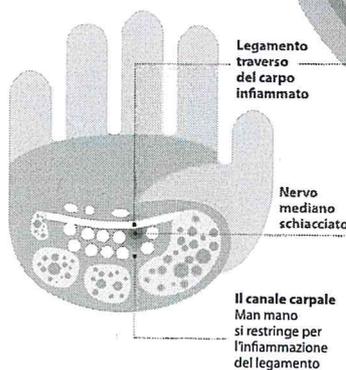
ELETTROAGOPUNTURA E TUTORE notturno contro il dolore da sindrome del tunnel carpale. A proporo è un gruppo di ricercatori cinesi che ha condotto uno studio sull'associazione delle due tecniche, pubblicato sul *Canadian medical association journal*. Mettere insieme le due terapie, scrivono gli autori, potrebbe dare sollievo dal dolore. E sarebbero in tanti a beneficiarne. I dati ufficiali dicono che il 3% della popolazione soffre di sindrome del tunnel carpale, con sintomi che rovinano la qualità della vita e del sonno. È soprattutto di notte, infatti, che cominciano a formicolare le dita, tre o quattro contemporaneamente, e che si ha più acuta la sensazione di avere la mano di legno. Sintomi che si ripetono e si acuiscono col tempo, senza che chi ne soffre prenda provvedimenti.

«Il grande problema per questa malattia è il ritardo nella diagnosi - interviene Giorgio Pajardi, direttore del Centro di chirurgia della mano dell'ospedale San Giuseppe Ircs Multimedica di Milano - e purtroppo la colpa è del paziente. Dopo la prima crisi, impara da sé come farsi passare i sintomi alzando il braccio e muovendo le dita della mano. Così, si rivolge al medico solo quando comincia ad avvertire il dolore. Vale a dire, tra i tre e i cinque anni dalle prime manifestazioni della sindrome». Tutto ciò ha un costo sociale non indifferente. Dati italiani non esistono ancora, ma secondo il Bureau of Labor Statistics, una sezione del dipartimento americano del lavoro, chi soffre di tunnel carpale accumula in media 25 giorni di assenza dal lavoro nell'arco di un anno.

La sindrome del tunnel carpale prende il nome da una specie di micro-galleria che abbiamo nel polso, all'interno del quale scorre il nervo mediano che contribuisce a dare la forza e la sensibilità alla mano. Per ragioni che non sono ben note, con il tempo si può verificare un restringimento del tunnel: così, il nervo rimane in un certo senso "intrappolato", si infiamma ed ecco i disturbi. A soffrirne sono soprattutto le donne, il 4% contro lo 0,6 degli uomini. Gli esperti spiegano che la causa possibile sono i cambiamenti ormonali che avvengono in certi fasi della vita della donna; cosa che potrebbe dare conto al fatto che la sindrome si manifesta più spesso nel periodo della gravidanza e in menopausa. È anche stato dimostrato un legame con la sindrome metabolica, cioè il tris obesità, ipercolesterolemia e diabete e con la depressione. Le ragioni sono ancora da chiarire, ma l'associazione è stata evidenziata in parecchi studi, ultimo in ordine di tempo quello condotto al Dipartimento di neurologia del Mayo Hospital di Lahore nel Pakistan e pubblicato a maggio scorso sul *Journal of the college of physicians and surgeons*.

Ma come si cura oggi la sindrome del tunnel carpale? «La regola è di prescrivere subito il tutore su misura per la notte - aggiunge il professor Pajardi - che deve comprendere tutte le dita e bloccare sia il pollice sia il polso in modo che la mano sia in completo riposo. In questo modo si riesce ad attutire l'infiammazione del nervo. Se oltre ai sintomi del formicolio e della mano di legno, il paziente lamenta è dolore, segnale di uno stato infiammatorio avanzato, associano un ciclo di tre, quattro sedute di elettrostimolazione». Queste però non sono soluzioni definitive, ma «compagni di viaggio» che possono allontanare l'intervento ma raramente evitarlo. «I sintomi migliorano, certo, ma il restringimento del tunnel avanza comunque», spiega lo specialista. Il mix antalgico pre-operatorio è consigliato alle donne in gravidanza perché non ha effetti collaterali e a chi deve organizzarsi per l'intervento perché la sindrome riguarda ambedue le mani. «Succede in sette casi su dieci - dice Pajardi - e oggi riusciamo a operare tutte e due le mani nella stessa giornata grazie all'endoscopia. Tecnica che permette anche un recupero più rapido». L'intervento è sempre in day hospital e per un paio di settimane bisogna evitare di sollevare pesi e di fare movimenti ripetitivi. Si può invece scrivere al computer. Lo ha dimostrato uno studio della Mayo Clinic già qualche anno fa, ma «c'erano molte resistenze - conclude Pajardi - al contrario di quanto si supponesse, invece, è un vero e proprio esercizio di fisioterapia che accelera i tempi di recupero».

COME COLPISCE



PER SAPERNE DI PIÙ
www.miotunnelcarpale.it
www.apmar.it

LA TERAPIA

L'elettroagopuntura
Stimola, attraverso l'elettricità, i punti determinanti per il dolore

GLI ESERCIZI



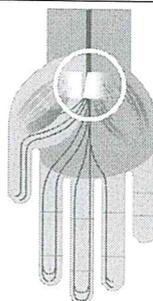
FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE/ CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

INFORGRAFICA PAULA SIVONETTI

CHIRURGIA & RISCHI

Guarda come scatta qui ci vuole un cerotto

L'INTERVENTO
Si esegue un'incisione nel legamento trasverso per tutta la sua lunghezza

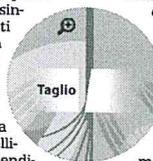


DUE PERSONE su dieci dopo l'intervento chirurgico per guarire il tunnel carpale cominciano a soffrire di tenovaginite stenotomica dei flessori, il dito a scatto. È più frequente tra i malati che arrivano all'operazione per il tunnel carpale con sintomi così avanzati da non muovere le mani. La rigidità forzata infatti può creare uno stato di infiammazione alla guaina, cioè a quella specie di pellicola che avvolge i tendini. La conseguenza di questa infiammazione è che la zona si irrita, si gonfia e questo impedisce al tendine di muoversi bene e al dito di piegarsi con la solita fluidità.

Per quanto possa essere intollerabile per chi ha già dovuto sottoporsi a un intervento chirurgico, in nove casi su dieci è sufficiente una cura di due mesi. Ci vogliono i tutori, preparati su misura: uno si indossa di notte per tenere a riposo il dito, l'altro di giorno per evitare movimenti dolorosi. Così, man ma-

no il tendine si disinfiamma, torna alle dimensioni fisiologiche e riprende a scorrere nel suo canale senza incontrare difficoltà.

Se c'è dolore si associa al massimo per sette giorni la cura farmacologica con i cerotti antidolorifici che sono a base di principi attivi capaci di ridurre il dolore grazie al loro effetto antinfiammatorio. Il cerotto però non si utilizza interamente. Bisogna ritagliarne una strisciolina larga mezzo centimetro e applicarla sul lato interno del dito malato. Il momento migliore è la sera: così, ha tempo di agire tutta la notte. A volte però tutto questo non basta e ci vuole l'intervento chirurgico. Come per la sindrome del tunnel carpale, anche in questo caso l'operazione viene eseguita per via endoscopica, e non lascia cicatrici. Ancora una volta, però, saranno necessari per un breve periodo il tutore da indossare di notte e qualche seduta di riabilitazione.



© FOTOGRAFIA/REPERATA

quotidianosanità.it

Martedì 19 LUGLIO 2016

Anticorruzione in sanità. Al via fase ispettiva. Lorenzin e Cantone stipulano l'atto integrativo del Protocollo d'intesa

Con il provvedimento si attua il piano di attività di verifica, controllo e valutazione, anche sul campo, delle misure previste per la trasparenza e la prevenzione della corruzione nelle aziende sanitarie. Lorenzin: "Un piano che interagisce con il Patto per la Salute". Cantone: "Un progetto pilota importante per la prevenzione della corruzione". IL DOCUMENTO

Istituzione del registro del personale ispettivo e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Definizione dei requisiti personali e professionali per iscriversi. Composizione e funzionamento dei team deputati alle ispezioni. Indicazioni sulla formazione specifica del personale iscritto al registro. Definizione delle incompatibilità, conflitti di interesse e obblighi di riservatezza.

Sono questi i punti cardine dell'atto integrativo del Protocollo d'Intesa, siglato il 21 aprile scorso, 7 articoli in tutto, firmato oggi dal ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, dal presidente dell'Anac, **Raffaele Cantone** e illustrato dal Direttore dell'Agenas **Francesco Bevere**.

Una firma che cade nel giorno dell'anniversario della morte di **Paolo Borsellino**, ricordato dal Ministro e dal presidente dell'Anac.

È soddisfatta il ministro Lorenzin: "Sono entusiasta – ha detto – si stanno rispettando i tempi, un aspetto che mi angustiava. Abbiamo dato degli step operativi che stiamo rispettando e credo che alla fine di questo percorso, ma già ora, avremo la possibilità di interagire in tutte le aziende italiane per avere anche un'idea di come lavorano. Dobbiamo mettere in campo quegli enzimi che ci permettono di prevenire comportamenti illegittimi o illeciti. Questo è un piano che interagisce perfettamente con il Patto per la Salute, con le centrali di acquisti, con i diversi modelli di controllo e monitoraggio e con tutte le misure organizzative che abbiamo individuato".

"Questo per noi è un esperimento particolarmente importante – ha sottolineato Raffaele Cantone – perché i piani di prevenzione hanno fin qui funzionato poco, forse perché visti come uno strumento burocratico calato dall'alto. In questo caso, abbiamo agito in una logica meno autoreferenziale preferendo lavorare con chi ci consentisse di capire quali sono gli atti sostanziali e non formali. Questo è quindi un piano diverso, offre indicazioni precise quindi uno strumento per le aziende che vogliono operare nella legalità. Un progetto pilota che non potevamo non fare con il ministero della Salute e nella sanità, un settore a rischio per la corruzione, ma anche molto importante per la società".

Come ha spiegato Bevere, con l'atto integrativo si entra nel merito dei processi di organizzazione delle Asl, nei quali avranno un ruolo importante i team. "Per la massimizzazione dei risultati della complessa attività di contrasto ai fattori distorsivi che possono favorire anche fenomeni di corruzione – ha spiegato Bevere – l'Anac il Ministero della Salute e l'Agenas hanno previsto il più ampio coinvolgimento e partecipazione dei responsabili della prevenzione della corruzione, per il ruolo decisivo nell'articolazione e l'attuazione delle misure di prevenzione e di rafforzamento dell'integrità dell'organizzazione sanitaria. L'obiettivo è istituire una rete culturale che parta dal basso, per questo ci incontreremo entro il mese di settembre, insieme ad Anac e al Ministero della Salute, con tutti i responsabili delle aziende sanitarie per un primo confronto operativo sull'impatto delle importanti innovazioni introdotte dalla Determina Anac e dal nuovo Pna, proprio nella prospettiva di "fare rete" dall'interno del sistema".

L'Atto in sintesi

Registro del personale ispettivo. Il registro, organizzato presso Anac, sarà uno strumento, organizzato presso Anac a supporto delle attività di verifica e monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, previste nel Piano nazionale anticorruzione sezione sanità. L'iscrizione al Registro ha una durata di tre anni e sarà sottoposta ad aggiornamento periodico. Per iscriversi al registro bisognerà essere in possesso di laurea, avere un'esperienza biennale nella sanità in particolare sulla prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità e avere una fedina penale pulita. Possono iscriversi al registro ispettori e personale in servizio presso il Ministero della Salute presso l'Agenas.

Team ispettivi. All'interno dell'Atto integrativo sono poi previste disposizioni per regolare la costituzione dei team ispettivi. I team compiranno le verifiche secondo gli indirizzi e le direttive approvate dal Consiglio dell'Anac su proposta del NuOC e redigeranno apposite relazioni da trasmettere al NuOC per l'inoltro al Consiglio dell'Autorità.

Ci dovrà essere almeno un rappresentante dell'Anac che sarà coadiuvato dal personale iscritto al Registro del personale ispettivo. I componenti del team dovranno essere scelti sulla base di principi di imparzialità, trasparenza e rotazione, nonché sulla base di specifiche competenze ed esperienze, con riguardo anche alla tipologia di azienda sanitaria oggetto dell'attività di verifica e delle specifiche criticità rilevate. Ferma restando per ciascun componente l'assenza di motivi di conflitto di interesse, anche solo potenziale, e l'obbligo di riservatezza.

I team ispettivi potranno avvalersi della collaborazione dei Nas e/o di altri Corpi dello Stato.

Al termine di ogni procedimento di verifica, che dovrà concludersi nel termine massimo di sessanta giorni, a seconda dei livelli di complessità, i team ispettivi dovranno redigere una relazione finale, contenente l'illustrazione dell'attività svolta, informazioni acquisite, deduzioni, descrizione degli elementi di anomalia e non conformità rilevati.

Saranno formulate proposte mirate a specifiche azioni di miglioramento e/o di interventi correttivi e relativa tempistica. La relazione, da redigere entro 30 giorni dalla conclusione delle operazioni di verifica, sarà trasmessa al NuOC che la inoltrerà al Consiglio dell'Autorità per le deliberazioni di competenza.

Formazione. Dovranno essere previste specifiche attività formative per l'addestramento del personale preposto a questa attività allo scopo di uniformare sul piano metodologico la conduzione delle attività ispettive all'interno dei team. Per questo il NuOC individuerà i bisogni formativi e i relativi strumenti per favorire l'acquisizione della metodologia.

Sanità24

IN PARLAMENTO

Decreto manager, sì dalle commissioni. Ma con condizioni. Ed è scontro con il M5S

di L.Va.

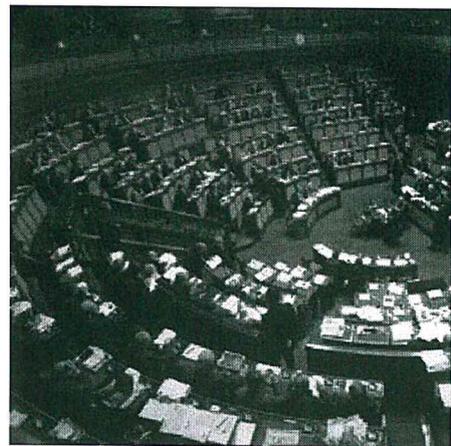
PDF [Il parere approvato dalla Affari Sociali](#)



PDF [Senato, il parere della 12^a Commissione](#)

19 lug
2016

lei manager: arriva il sì ma
SEGNALIBRO | ☆ onditioni» dalle
FACEBOOK | f ri sociali e Igiene e sanità di
TWITTER | t Lo schema di decreto
 legislativo, attuativo dell'art. 11, comma 1,
 lettera P, della riforma Madia sulla Pubblica
 amministrazione, punta a cambiare per
 sempre (in direzione meritocratica), è
 l'ambizione, il balletto delle poltrone. Il testo
 dopo aver incassato il sì della Conferenza
 Stato-Regioni e il parere del Consiglio di Stato era stato trasmesso al
 Parlamento per ricevere anche il via libera delle Commissioni sanitarie. Il
 Dlgs attuativo è formato da 9 articoli: cambieranno le modalità per il
 conferimento degli incarichi di: direttore generale, direttore amministrativo,
 direttore sanitario e, nelle strutture che lo prevedono, del direttore socio-
 sanitario. Scontro con il Movimento 5 Stelle alla Camera sulla pubblicità dei
 punteggi assegnati. Su questo elemento di trasparenza si era pronunciato
 anche il Consiglio di Stato che chiedeva il rafforzamento della fiducia dei



cittadini proprio attraverso la possibilità di riscontrare i titoli di chi andava a dirigere le strutture sanitarie. In allegato i pareri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

IN PARLAMENTO

05 Agosto 2015

Chiamanti (Fimp): La legge atto di civiltà, ma non resti un contenitore vuoto

AZIENDE E REGIONI

05 Agosto 2015

Più territorio, meno attese e penalizzazioni per i Dg. Il Piemonte approva i nuovi obiettivi



Via libera alla prima legge sull'autismo, svolta per pazienti e famiglie. Soddisfatta la Lorenzin, polemico il M5S

19 lug
2016

SEGNALIBRO | ☆

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

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦