



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

30 MAGGIO 2018

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

Il caso

Civico: il pronto soccorso c'è, anzi no

L'8 maggio l'inaugurazione della nuova area d'emergenza. Subito dopo, la chiusura: mancano medici e infermieri
Tempestosa audizione del manager Migliore all'Ars. "Tutto è ok", dice. E i grillini attaccano: "Se ne vada subito"

GIUSI SPICA

Era stato inaugurato in pompa magna l'8 maggio scorso, alla presenza dell'assessore regionale alla Salute Ruggero Razza, del sindaco di Palermo Leoluca Orlando e del prefetto Antonella De Miro. Ospite d'onore, il presidente della Regione Nello Musumeci, che parlò di «modello Civico» da esportare negli altri ospedali dell'Isola. Peccato che, poche ore dopo il taglio del nastro, il nuovo pronto soccorso costato quattro milioni di euro è stato chiuso. O meglio, è rimasto aperto solo a metà.

Non ci sono abbastanza medici e infermieri per attivare a pieno regime l'"area critica" con 15 posti letto e gli ambulatori dedicati alle varie patologie. In funzione, al momento, ci sono l'"osservazione breve intensiva" con 18 posti letto e la "sub-intensiva" con 14. E all'appello, oltre al personale sanitario, manca il documento unico della valutazione dei rischi. I pazienti continuano a essere ricevuti nei locali del vecchio pronto soccorso, ristrutturati durante i lavori di ampliamento. Resta off-limits un'intera ala del nuovo reparto, che si estende su una superficie di duemila metri quadrati.

Ieri mattina *Repubblica* è riuscita a introdursi nel pronto soccorso bunker, documentando con video e foto l'assenza di pazienti e personale. La grande sala della "shock room" con 15 posti letto dotati di tecnologie di ultima generazione era vuota. C'era solo un paziente di origini egiziane sorvegliato da due poliziotti, al confine tra la zona vecchia e quella nuova. Al lavoro nella grande stanza vuota c'erano alcuni operai, intenti a controllare il regolare funzionamento delle porte scorrevoli.

«Siamo troppo pochi», allarga le braccia un infermiere che corre lungo il corridoio. Basta guardare al di là della porta a vetri scorrevole per scoprire che i pazienti ci sono, eccome. Sono concentrati nei vecchi locali dell'osservazione breve intensiva e nelle sale visita.

Per mettere in funzione i nuovi spazi, spiegano fonti interne all'azienda, servirebbero ancora dieci medici, dieci infermieri e altrettanti operatori socio-sanitari. I vi-



La cerimonia
Il manager Migliore il presidente Musumeci l'assessore Razza e il sindaco Orlando inaugurano il nuovo pronto soccorso del Civico: è l'8 maggio

Servono ancora trenta unità di personale
I vigili del fuoco hanno ultimato il sopralluogo
Il giallo di un documento

Il processo

Maxirissa davanti al manifesto di Falcone rinvia a giudizio una famiglia di inglesi

Tre inglesi sono stati rinviati a giudizio e finiranno a processo davanti al giudice monocratico per la violenta rissa scoppiata nel novembre 2016 al PalaMangano di via Leonardo da Vinci durante la prima giornata dei campionati del mondo di arti marziali. Una rissa scoppiata, ai piedi di un manifesto di Giovanni Falcone, fra gli atleti della squadra italiana e di quella inglese e tra i loro familiari. I feriti furono quattro, sei i denunciati: due palermitani, padre e figlio, e una coppia britannica con i due figli. Adesso tre inglesi sono a processo, mentre Michele Gasparro, il quarto indagato, è in affidamento in prova ai servizi sociali. Alla sbarra tre parenti: Simone Ann, Richard e Thomas Hopkins, tutti difesi dall'avvocato Salvatore Sanfilippo. Due le posizioni archiviate. Nell'impianto, da poco ripristinato, la violenta rissa scoppiò per una controversia agonistica tra due atleti sedicenni, un inglese e un italiano, che coinvolse poi i rispettivi familiari sugli spalti. Immediato l'intervento delle forze dell'ordine, che riuscirono a sedare la rissa.

— fr. pat.

gili del fuoco hanno eseguito i sopralluoghi per verificare la regolarità dei lavori svolti e l'adeguamento alle norme antincendio. Ma non ci sarebbe ancora il documento unico di valutazione dei rischi che sostituisce la Scia (la segnalazione certificata di inizio attività) e che deve essere prodotto dagli uffici tecnici del Civico. Eppure, nel 2014, lo stesso manager Giovanni Migliore aveva scelto di chiudere il nuovo polo oncologico con 96 posti letto, inaugurato dal suo predecessore Carmelo Pullara proprio per la mancanza di alcune autorizzazioni: la nuova struttura fu riaperta più di un anno dopo.

A parlare di «inaugurazione bluff» sono stati ieri i sindacati dei camici bianchi e i deputati regionali del Movimento 5Stelle Francesco Cappello e Salvatore Siragusa, durante l'audizione in commissione Sanità all'Ars. Erano presenti Migliore, otto direttori di dipartimento dell'ospedale Civico e i direttori generali dell'assessorato Letizia Diliberti e Mario La Rocca. I sindacati hanno messo sul tavolo dei membri dell'organismo parlamentare una relazione dettagliata sulle criticità dell'ospedale Civico e del Di Cristina. «Si va da importanti attrezzature non utilizzate alla farmacia sguarnita, dalla cardiocirurgia pediatrica non ancora attivata, nonostante siano stati spesi più di un milione e 300mila euro, al nuovo pronto soccorso inaugurato in pompa magna, ma con parecchi locali ancora chiusi», attaccano i 5Stelle.

Il manager Giovanni Migliore ha respinto le accuse al mittente e ha smentito che la nuova ala del pronto soccorso inaugurata venti giorni fa sia ancora chiusa. A quel punto i grillini Cappello e Siragusa hanno proposto di fare un sopralluogo al pronto soccorso: «Il commissario Migliore si faccia da parte. Subito», hanno detto alla fine dell'audizione. Nel tardo pomeriggio, il manager Giovanni Migliore è andato in ospedale con il primario del pronto soccorso e il suo staff di fiducia. Una corsa contro il tempo per non farsi trovare impreparati alla visita annunciata dai parlamentari grillini e dalla stessa presidente della commissione Sanità all'Ars Margherita La Rocca Ruvolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VII

la Repubblica

Mercoledì
30 maggio
2018



C
R
O
N
A
C
A

Ospedale Civico di Palermo, bufera sul nuovo Pronto soccorso: «In gran parte è ancora chiuso»

insanitas.it/ospedale-civico-di-palermo-bufera-sul-nuovo-pronto-soccorso-in-gran-parte-e-ancora-chiuso/

May 30, 2018



PALERMO. «Il commissario dell'Arnas e Di Cristina di Palermo Migliore si faccia da parte. Subito». È quanto chiedono i componenti della commissione Sanità del M5S all'Ars dopo l'audizione tenuta ieri all'Ars e che ha visto la partecipazione di sette sigle sindacali.

«I disservizi tecnico-organizzativi e le disfunzioni denunciati praticamente da tutte le sigle sindacali presenti- affermano i deputati Francesco Cappello e Salvatore Siragusa- sono numerosi e gravissimi. Si va da importanti attrezzature non utilizzate, alla gestione sconcertante degli spazi assistenziali, alla farmacia sguarnita, alla cardiocirurgia pediatrica non ancora attivata, nonostante siano stati spesi più di un milione e 300 mila euro, al nuovo pronto soccorso **inaugurato in pompa magna**, ma con parecchi locali ancora chiusi. E questo solo per citare qualche esempio».

«Le dichiarazioni rese oggi – dicono i due deputati – sono la tangibile certificazione di un fallimento. Ne prenda atto il governo regionale, oggi clamorosamente assente e faccia valere una volta per tutte la responsabilità di questo fallimento».

Durante l'audizione il manager Migliore si è difeso, contestando le accuse.

gruppocarena.it

Gourmet DeCo

A CEFALÙ, NUOVE FORME DI GUSTO!

via G. Vazzana, 3
APERTO TUTTI I GIORNI DALLE 8:00 ALLE 22:00

LIVESICILIA

FONDATO DA FRANCESCO FORESTA MERCOLEDÌ 30 MAGGIO 2018 - AGGIORNATO ALLE 09:31

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

CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | CUCINA | FOTO | VIDEO

LIVESICILIA PALERMO

LIVESICILIA CATANIA

LIVESICILIA SPORT

Cerca nel sito



Sfizi e Delizie

Via Imera, 81 - Palermo • Tel. 091.6513992

SEGUICI SU 

PANIFICIO - PIZZERIA - MACELLERIA
SALUMERIA - PASTICCERIA - GELATERIA
MINIMARKET - GASTRONOMIA - BAR





Sforziamo ogni giorno

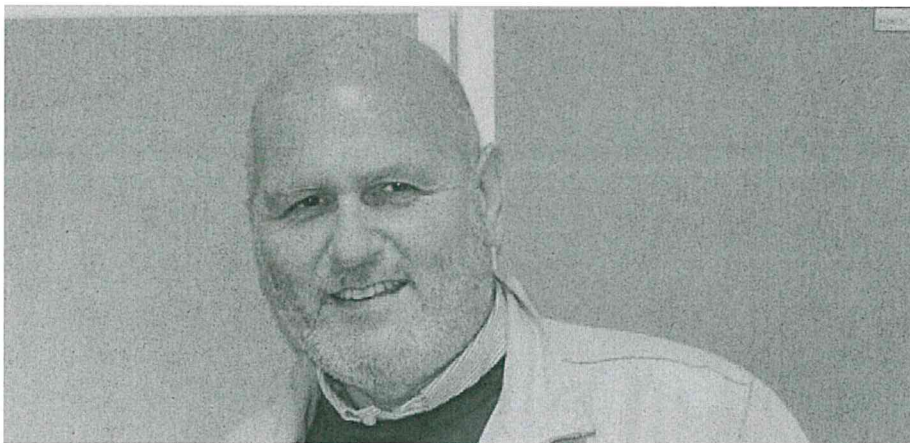
PANE DI MAIS
PANE DI KAMUT
PANE AI CEREALI
PANE NERO DI TUMMINIA
PANE A LIEVITAZIONE NATURALE

Home > Civico, i grillini contro Migliore "Disservizi e disfunzioni, lasci"

PALERMO

Civico, i grillini contro Migliore "Disservizi e disfunzioni, lasci"

share  3    0  0  



La nota dei deputati M5s componenti della commissione Sanità all'Ars.

PALERMO - "Il commissario dell'Arnas e Di Cristina di Palermo Migliore si faccia da parte. Subito". È quanto chiedono i componenti della commissione Sanità del M5S all'Ars dopo l'audizione tenuta oggi all'Ars e che ha visto la partecipazione di sette sigle sindacali. "I disservizi tecnico-organizzativi e le disfunzioni denunciati



Sfizi e Delizie

Via Imera, 81 - Palermo • Tel. 091.6513992

SEGUICI SU 

PANIFICIO - PIZZERIA - MACELLERIA
SALUMERIA - PASTICCERIA - GELATERIA
MINIMARKET - GASTRONOMIA - BAR



praticamente da tutte le sigle sindacali presenti - affermano i deputati Francesco Cappello e Salvatore Siragusa - sono numerosi e gravissimi. Si va da importanti attrezzature non utilizzate, alla

gestione sconcertante degli spazi assistenziali, alla farmacia sguarnita, alla cardiocirurgia pediatrica non ancora attivata, nonostante siano stati spesi più di un milione e 300 mila euro, al nuovo pronto soccorso inaugurato in pompa magna, ma con parecchi locali ancora chiusi. E questo solo per citare qualche esempio". "Le dichiarazioni rese oggi - dicono i due deputati - sono la tangibile certificazione di un fallimento. Ne prenda atto il governo regionale, oggi clamorosamente assente e faccia valere una volta per tutte la responsabilità di questo fallimento".

share f 3 G+ in 0 P 0

Martedì 29 Maggio 2018 - 20:24

SPONSOR

SPONSOR

Che si fa? Trova qui la tua ispirazione e inizia a pianificare le attività all'aria aperta

Arriva la bella stagione!

SPONSOR

Controlla la tua casa, Impianto Video sorveglianza Smart, -400€ entro Maggio, scopri come!

AntifurtoCasa Sicuritalia

SPONSOR

Su Tipo 5Porte, 5.400€ di sconto sul listino. E se sei un'azienda 500€ di extra bonus.

Chiaro e Tondo

Scopri su Unieuro i PC con prestazioni per il presente, il futuro e oltre.

Preparati al cambiamento.

PALERMO: fillea-Cgil, Filca-Cisl e Feneal Uil: "Completare una sola linea certifica il ...

Passante, assemblea ...

SOCIALPOLITIK: il capo del M5s lo aveva citato subito dopo la bocciatura del governo ...

Alfano contro Di Maio ...

IL LEADER DI FI: la dura nota di Silvio ARS: Iantieri vice di Fava. Giovedì la



EDIZIONE STRAORDINARIA

Montante, le agende segrete Mafia, la mappa: 500 nomi

f G+ in P



LA CRISI Dietrofront Di Maio "Mattarella, collaborazione"

f G+ in P



IL CORSIVO Mattarella e le 'ripicche' Travaglio e i siciliani

f G+ in P



PALERMO La mafia e la scatola di biscotti Il presunto boss torna libero

f G+ in P



CASTELLAMMARE DEL GOLFO Si chiude in casa e spara dal balcone Tragico epilogo nella notte: suicidio

f G+ in P



IL CORSIVO L'Ars lavori due mesi l'anno Non c'è bisogno di riforme

f G+ in P



INCHIESTA MONTANTE "Lumia voleva una denuncia falsa" | L'intercettazione dell'imprenditore



Palermo

Province: [PALERMO](#) [AGRIGENTO](#) [CALTANISSETTA](#) [CATANIA](#) [ENNA](#) [MESSINA](#) [RAGUSA](#) [SIRACUSA](#) [TRAPANI](#)

Cerca nel sito

ME

Palermo, promozioni illegittime al dipartimento di Veterinaria: indagati il manager dell'Asp e altri sette

Abuso d'ufficio e omessa denuncia di reato contestati a Candela. Falso ideologico per un veterinario promosso direttore. Sotto inchiesta i membri della commissione di disciplina per la censura censura un dipendente che ha denunciato il caso su carta intestata dell'azienda

di GIUSI SPICA

Stampa



30 maggio 2018



La sede dell'Asp di Palermo, in via Cusmano

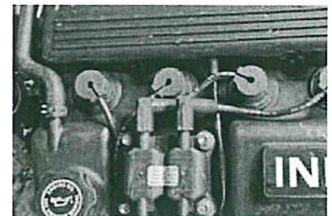
Denuncia alla sua azienda che un collega ha dichiarato il falso per essere nominato a capo di una unità operativa complessa, ma viene sottoposto a procedimento disciplinare e querelato per diffamazione. Il motivo? Ha scritto la denuncia su carta intestata dell'azienda. Dopo essere stato per mesi sotto accusa, il veterinario Paolo Ingrassia in servizio all'Asp di Palermo è stato assolto e il provvedimento disciplinare a suo carico revocato. Adesso, da accusato, diventa parte offesa. La procura di Palermo ha aperto un'inchiesta che vede indagati il manager Antonio Candela, l'ex direttore sanitario Giovanna Volo e altri cinque componenti

dell'ufficio disciplinare per abuso d'ufficio e altri reati. Sotto inchiesta per falsità ideologica anche Angelo Todaro, che ha dichiarato di essere in possesso dei requisiti per fare il direttore dell'unità di Igiene degli alimenti ma è stato smentito dal ministero.

Solo l'ultimo capitolo di una guerra senza esclusione di colpi all'interno del Dipartimento dei veleni che due anni fa è stato «azzerato» in seguito all'inchiesta che ha coinvolto l'ex direttore Paolo Giambruno, poi sospeso dal direttore generale e rinviato a giudizio assieme ad altre 23 persone. Adesso sotto accusa c'è il manager Antonio Candela, indagato per abuso d'ufficio e omessa denuncia di reato. "Non ho ricevuto alcun avviso di garanzia", si limita a dire al momento Candela. Nell'ottobre del 2016, Ingrassia, ex braccio destro di Giambruno uscito indenne dall'inchiesta ma rimosso dall'incarico di direttore di Sanità animale e trasferito a Misilmeri, ha segnalato a Candela e ai suoi uffici su carta intestata dell'azienda le "dichiarazioni fuorvianti" del collega Angelo Todaro, nominato responsabile temporaneo dell'unità di Igiene degli alimenti, sul possesso delle specializzazioni necessarie per svolgere il ruolo. Per tutta risposta, l'Asp ha revocato l'incarico a Todaro, conferendogli quello di direttore di Sanità animale (per cui invece possiede i requisiti).

Dopo appena un mese Todaro viene promosso capo del Dipartimento, mentre Ingrassia

CASE MOTORI LAVORO



Offro - Auto: accessori e ricambi

Motore Mini Cooper 1. 6 Benzina Sigla (W10B16) Vendo MINI COOPER VENDE MOTORE MINI COOPER 1. 6 Benzina A 2004 CODICE MOTORE (W10B16) . Pr

CERCA AUTO O MOTO

Auto Moto

Marca

Qualsiasi

Provincia

Palermo

Pubblica il tuo annuncio

ASTE GIUDIZIARIE



Foto A.S. Inquadramento generale



Appartamenti Torretta Via Dante Alighi - 113249

Vendite giudiziarie in Sicilia

Visita gli immobili de

a Palermo

Scegli una città

Palermo

Scegli un tipo di locale

TUTTI

Inserisci parole chiave (facoltativo)

viene sottoposto a consiglio di disciplina per aver utilizzato la carta intestata dell'Asp. Il 20 dicembre Ingrassia viene "condannato" alla censura da parte dei sei membri dell'ufficio: il direttore sanitario Giovanna Volo (ora indagata per rivelazione di segreti d'ufficio insieme con il segretario Angelo Sorci perché hanno trasmesso a Todaro la denuncia di Ingrassia), l'avvocato Giorgio Li Vigni e i dirigenti Giuseppe Buttafuoco, Luigi Lo Giudice e Maria Tomasino (indagati per abuso d'ufficio).

Il 2 marzo del 2017 il colpo di scena: il ministero alla Salute, rispondendo a una richiesta dell'azienda, conferma che Todaro non aveva i titoli per essere nominato direttore di Igiene degli alimenti, ruolo che ha ricoperto per due mesi e mezzo, percependo anche lo stipendio da direttore. A quel punto anche lui finisce in consiglio di disciplina, ma il suo caso viene archiviato. Todaro, informato dal direttore sanitario della denuncia di Ingrassia, lo querela per diffamazione. Il 9 maggio del 2018 Ingrassia viene assolto con formula piena. Anche il provvedimento disciplinare a suo carico, dopo una nota dell'Anticorruzione nazionale, viene stralciato.

Adesso, in virtù dell'assoluzione, è lui il grande accusatore. L'inchiesta coordinata dal sostituto procuratore Pierangelo Padova nasce da una sua segnalazione. Una nuova grana per l'ufficio anticorruzione dell'Asp che adesso dovrà rinominare tutti i componenti dell'ufficio provvedimenti disciplinari. Da sciogliere c'è anche il nodo degli incarichi ricoperti tutt'ora da Todaro.

Mi piace Piace a te e ad altri 122.231.



GUARDA ANCHE

PROMOSSO DA TABOOLA

Sabot col tacco, pratici, comodi e glamour
Consigli.it

Palermo, bandiere dell'Italia e dell'Europa per dare solidarietà a Mattarella

Milan, Mr Li e gli altri: i misteri della vendita del club nell'inchiesta di Report

Divisione Stampa Nazionale — [GEDi Gruppo Editoriale S.p.A.](#) - P.Iva 00906801006 — Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CIR SpA


NECROLOGIE

Per pubblicare un necrologio chiama il numero



ATTIVO DA LUN
A DOMENICA D
ORE 10 ALLE 18

[Ricerca necrologi.pl](#)



PUBBLICARE UN LIBRO

Sconti sulla stampa e opportunità per gli scrittori

Il cuore ritrova il battito

Iole Natoli
NARRATIVA

[Pubblicare un libro](#)

[Corso di scrittura](#)

PROCESSO AL GINECOLOGO. Il medico di Villa Sofia nel '93 avrebbe palpeggiato una giovane, rimasta turbata da quell'episodio. La denuncia dopo l'arresto per violenza

Un'altra paziente accusa Adile: «Toccò pure me»

••• Dopo la vittima che lo ha trascinato in Tribunale, dagli archivi della memoria di una donna spunta un altro episodio, in sé non punibile ma che sarebbe più che significativo, nel processo per violenza sessuale nei confronti del ginecologo Biagio Adile. Perché si parla di palpeggiamenti - più che datati - dello stesso tipo di quelli subiti dalla «persona offesa» del processo: al seno, ai capezzoli, fatti in maniera definita «lasciva».

A parlare in aula, durante l'udienza, tenuta alla seconda sezione del Tribunale, presieduta da Lorenzo Matassa, è un'avvocata, molto giovane nel 1993, quando avrebbe subito - anche lei - presunte attenzioni parti-

colari da parte del medico di Villa Sofia. Un episodio alla Weinstein, da #metoo, riemerso dopo che Adile era finito nei guai per la presunta violenza usata nei confronti di una paziente migrante e che l'accusa, rappresentata dal pm Giorgia Righi, ha valorizzato nel dibattimento. Con una testimonianza drammatica, perché ha riaperto una ferita dell'anima che sembrava essere svanita e che invece non lo era affatto.

«È passato tanto tempo - ha detto la testimone - sarà stato il '92, forse il '93. Era il mese di maggio, comunque. Durante la visita, a un certo punto il dottore Adile mi toccò i capezzoli in un modo strano. Cioè, io sinceramen-

te sul momento non capii. Lo fece in una maniera che mi sembrò lasciva, insistita. Non so trovare l'aggettivo giusto: *disturbante, confusiva*, ecco, mi diede fastidio, molto fastidio e ne parlai con mio marito. Non riuscimmo a capire se fosse stata un'azione medica, tecnica, ma per me fu una sensazione spiacevole, questo sì. Decidemmo comunque di non fare denuncia».

La memoria si risvegliò però tanto tempo dopo, quando una ventottenne tunisina, arrivata con un barcone e bisognosa di cure ginecologiche, denunciò Adile, accusandolo di averla costretta a subire palpeggiamenti proprio ai capezzoli e successiva-



Biagio Adile

mente un rapporto orale. Il ginecologo fu arrestato, ci fu un grande clamore mediatico e da qui la presentazione spontanea in Procura e l'acquisizione della testimonianza da parte della polizia.

Ieri la deposizione in aula, con le domande del pm Righi, del legale di parte civile, l'avvocato Michele Calantropo, e dei difensori, gli avvocati Nino Agnello e Gioacchino Genchi. Adile, che si trova agli arresti domiciliari, ieri ha partecipato all'udienza, che si è tenuta a porte chiuse.

Le circostanze sono ritenute importanti dall'accusa, mentre la difesa non le ritiene decisive, dato che si tratta di un episodio comunque am-

piamente prescritto e che non si può verificare in alcun modo. Alla Procura serve però per dimostrare la tendenza di Adile a compiere questo tipo di comportamenti. La vittima migrante aveva pure spiegato di essere rimasta «terrorizzata» dall'imputato, «perché lui è un medico, una persona potente e per questo non ho denunciato subito». La denuncia era stata differita, anche se non moltissimo, ma aveva comunque subito un ritardo. Adile era primario di Uroginecologia dell'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello e oggi è in pensione. Anche la ventottenne aveva parlato di palpeggiamento del seno «in un modo brutto» e questo l'avrebbe convinta a presentarsi al controllo successivo pronta a registrare col cellulare. Cosa che fece, memorizzando l'imposizione del rapporto orale. Che, secondo la difesa, sarebbe stato consensuale. **R. AN.**



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

Angiologo a Modica - Dottor Antonino Nigito

Rivolgiti al dr. Antonino Nigito competenza e professionalità centromedicosacrocuore.it



IN SANITAS > NOTIZIE > DAL PALAZZO > Lotta all'epatite C, in Sicilia eliminato il virus in oltre il 93 per cento dei pazienti trattati



DAL PALAZZO ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/NOTIZIE/DAL-PALAZZO/](https://www.insanitas.it/category/notizie/dal-palazzo/))

Lotta all'epatite C, in Sicilia eliminato il virus in oltre il 93 per cento dei pazienti trattati

28 maggio 2018

La rete Hcv si compone di 41 Centri (19 Centri Spoke e 22 Centri Hub) distribuiti in tutto il territorio regionale. L'intervista di Insanitas al coordinatore Fabio Cartabellotta.

di Maria Grazia Elfio (<https://www.insanitas.it/author/maria-grazia-elfio/>)



- 1 **Evitate questi 5 alimenti - Intossicano il fegato** Questi alimenti causano stanchezza e grasso addominale consiglidepurazione.com >
- 2 **Dove e Come Mi Curo** Trova la Struttura Sanitaria che fa per te: cerca l'esame, la visita, l'intervento doveecomemicro.it >
- 3 **Studio Gastroenterologia - Dott. Marcello Maida** Riceve per appuntamento su prenotazione telefonica doevadis.it >

La **rete HCV** (Rete per la cura dell'Epatite e della Cirrosi da Virus C) Sicilia nasce nel 2013 sulla scia di una grande innovazione rappresentata dai farmaci ad azione antivirale diretta e consiste in un network che si compone di **41 Centri** (19 Spoke e 22 Hub) distribuiti in tutto il territorio regionale per garantire la possibilità di accedere ad un Centro vicino alla propria residenza. Tutti i Centri possono ricevere i pazienti e fare una definizione diagnostica della malattia da virus Epatite C.

Si tratta di un **esempio virtuoso** di sinergia, tra Istituzioni, Assessorato alla Salute della Regione Siciliana e Centri specialistici, che ha cambiato la storia della Sicilia e che garantisce equità di accesso ai percorsi terapeutico- assistenziali.

Fino ad oggi, nella nostra Regione sono stati trattati **oltre 10.000 pazienti** e di questi per circa 8.000 il follow-up finale rileva che è stato abbattuto il virus in oltre il 93 per cento dei pazienti.

Il **sistema (ed il suo database) viene aggiornato alla mezzanotte di ogni giorno** e si avvale anche di 4 data monitor per far sì che tutti gli esiti siano inseriti. La rete HCV, inoltre, ad ora ha fidelizzato **600 medici di medicina generale** che inseriscono direttamente i loro pazienti in rete per favorire la possibilità di effettuare rapidamente la terapia. Il sistema garantisce complessivamente valutazioni periodiche della malattia, con conseguente riduzione di complicanze, ricoveri e conseguente contrazione della spesa sanitaria.

Abbiamo intervistato il coordinatore della rete HCV Sicilia, **Fabio Cartabellotta** (nella foto), dirigente medico dell'Unità Operativa Complessa di Medicina dell'ospedale "Buccheri La Ferla" e responsabile dell'Unità di cura dedicata ai pazienti affetti da malattia cronica di fegato da virus C.

Su quali principi si basa il progetto?

«I criteri sono sostanzialmente tre: soddisfare l'esigenza dei medici specialisti che si occupano delle malattie croniche del fegato per poter applicare le migliori scientifiche disponibili e gestire al meglio il processo decisionale clinico e terapeutico; mettere in atto un percorso diagnostico-terapeutico (PDTA) web-based, attraverso il sito www.registrohcvsicilia.it, che garantisce il diritto del paziente di ottenere le migliori cure possibili e risponde alla necessità del Servizio Sanit Regionale di misurare i risultati delle terapie per il bene pubblico. Sul database del 2015/2016 abbiamo costruito gli esiti clinici, monitorando ogni ciclo di terapia in termini di costi. Ciò consente di sapere quanto costa ogni ciclo di terapia differenziando per **schemi terapeutici**: un monitoraggio ormai essenziale ai fini dell'appropriatezza della spesa sanitaria. Il tutto è stato possibile grazie alla leadership scientifica del Prof. **Antonio Craxi**, responsabile scientifico e del Prof. **V Marco**, massimi esperti nazionali ed internazionali della malattia».

Complessivamente quanto costa un ciclo?

«In appena due anni il costo degli schemi terapeutici si è abbattuto al 10% del costo iniziale divenendo, pertanto, sostenibile: ad oggi la terapia costa tra 4000 euro».

Qual è il ruolo dei 22 Centri Hub?

«Sono quelli che hanno già una consolidata esperienza in terapia antivirale e possiedono attrezzature diagnostiche, che possono anche mettere a disposizione Centri Spoke. Per questo motivo ogni Azienda Sanitaria Provinciale dispone di almeno un Centro Hub, che può prescrivere e somministrare la **terapia ad alto costo**. Centri dotati di **fibroscan** (indagine che consente di valutare in maniera non invasiva la gravità della fibrosi del fegato) eseguono i test anche per i pazienti inviati ai Centri Spoke. La definizione diagnostica è stata importante nei primi 24 mesi di disponibilità dei nuovi e costosi farmaci, perché l'accesso alla terapia era stabilito su base di sette criteri di priorità definiti da AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), quando sono stati trattati con priorità i pazienti più gravi».

Aprile 2017: una data che segna un passaggio storico importante...

«Rappresenta il momento in cui grazie all'abbattimento dei costi dei farmaci e alla pressione delle associazioni dei pazienti si è potuta estendere a tutti la **cura innovativa**, i cui risultati clinici sono costantemente monitorati e presentati alla comunità scientifica internazionale grazie alla rete HCV Sicilia. La cura guarisce il 90% dei pazienti e, se consideriamo solo i pazienti facili (pazienti che non hanno la Cirrosi), più del 95% dei pazienti».

L'innovazione farmacologica come ha cambiato il futuro dei pazienti affetti da HCV e dalle patologie correlate?

«In modo significativo; per pazienti per i quali in passato i medici allargavano le braccia in assoluta impossibilità di cura, oggi, invece, abbiamo a disposizione terapie ed in particolare due **farmaci pangenotipici** (che agiscono in maniera indifferente su tutti i genotipi del virus, che sono complessivamente 5). La registrazione di tutte le fasi della gestione della terapia permette di valutare l'efficacia dei farmaci e l'esito clinico della terapia, oltre all'epidemiologia di tutti i pazienti registrati».

I numeri dell'epidemiologia dei pazienti con HCV e di quelli con cirrosi per Provincia nella Regione?

«C'è una differenza significativa tra le diverse provincie, ma non è ancora chiaro se sia legata ad una differenza reale della presenza dell'infezione o ad una diversa attenzione sanitaria nel trovare l'infezione».

Un altro obiettivo della rete HCV Sicilia è la valutazione del beneficio a lungo termine della cura. Ovvero?

«Tutti i pazienti con cirrosi epatica, nei quali l'eliminazione del virus non corrisponde ad una guarigione completa, ma solo ad un miglioramento della prognosi, continuano a fare i controlli periodici nei Centri Hub o Spoke per valutare l'andamento della malattia e prevenire o curare le eventuali complicanze: questo riduce i ricoveri, mortalità e, quindi, spesa sanitaria».

Da qualche mese è operativo un team di monitoraggio...

«I pazienti attualmente in terapia, sono più di 10.000. I clinici dei centri registrano on line i dati come una sorta di cartella clinica informatizzata. Talvolta è necessario recuperare dati pregressi e questi operatori registrano i dati nel database».

Da circa un anno anche la medicina del territorio collabora al progetto. Come?

«Il medico di medicina generale (MMG) è direttamente inserito in rete attraverso un'agenda informatizzata e può prenotare, autonomamente, la visita di accesso alla terapia, con il triplice obiettivo di sensibilizzare i medici di base, velocizzare l'accesso alla terapia dei pazienti ed, in ultimo, il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione dell'epatite C, garantendo così l'appropriatezza diagnostica».

I dati epidemiologici rilevati grazie alla fidelizzazione degli MMG ?

«Attraverso la collaborazione tra i MMG e i centri specialistici abbiamo valutato, attraverso studi epidemiologici, che in Sicilia circa l'1% dei pazienti inseriti nei Centri di Medicina Generale è noto avere il virus C. A fronte di pazienti curati, che non superano lo 0.3%, è stimabile che vi siano almeno altri 30.000 pazienti che possono avere a disposizione una cura risolutiva, ma non la fanno».



Epidemiologia dell'infezione da HCV in Sicilia

Provincia	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP
Abitanti	442.049	269.710	1.113.303	168.052	636.652	1.268.217	321.359	402.822	434.476
Abitanti con epatite da HCV	674	681	2034	309	977	3146	1114	1203	470
% di abitanti con epatite da HCV	0.15%	0.25%	0.18%	0.18%	0.15%	0.24%	0.35%	0.30%	0.11%
Pazienti con età > 60 anni	464 (68.3%)	471 (69.1%)	1320 (64.8%)	236 (76.3%)	555 (56.8%)	1997 (63.4%)	828 (74.3%)	790 (65.6%)	253 (53.5%)

(<https://www.insanitas.it/wp-content/uploads/2018/05/Epidemiologia-dellinfezi>

HCV-in-Sicilia.jpg)

Agevolare il cd. "linkage to care" è un punto fondamentale della rete. Cosa vuol dire esattamente?

«Abbiamo intrapreso, attraverso tutti i canali della rete HCV Sicilia, una campagna divulgativa informativa, anche volta a facilitare la terapia, sfruttando il ricorso al **social network** e la distribuzione di locandine negli studi dei MMG. A tale scopo abbiamo anche avviato una serie di iniziative finalizzate alla micro eliminazione della malattia in categorie a rischio che hanno un'elevata prevalenza della malattia (coinfetti HCV- HIV, popolazione carceraria, dializzati)».

I risultati ad oggi?

«La rete ha permesso di divulgare gli esiti alla comunità scientifica internazionale. Essi evidenziano che abbiamo ottenuto **l'eradicazione del virus** in oltre il 93 per cento dei pazienti trattati, grazie ai nuovi farmaci. Questi ultimi sono efficaci e non presentano effetti collaterali significativi. Continuando a gestire in rete la patologia con la collaborazione degli specialisti, con quella dei medici di medicina generale e dei medici che si occupano della popolazione a rischio – ovvero quella più esposta al contagio – nell'arco dei prossimi tre o quattro anni, puntiamo a curare la maggior parte dei pazienti con malattia conclamata».

TAG PER QUESTO ARTICOLO:

ANTONIO CRAXÌ ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/ANTONIO-CRAXI/](https://www.insanitas.it/tag/antonio-craxi/)) BUCCHERI LA FERLA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/BUCCHERI-LA-FERLA/](https://www.insanitas.it/tag/buccheri-la-ferla/))
 CIRROSI EPATICA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/CIRROSI-EPATICA/](https://www.insanitas.it/tag/cirrosi-epatica/)) EPATITE C ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/EPATITE-C/](https://www.insanitas.it/tag/epatite-c/))
 FABIO CARTABELLOTTA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/FABIO-CARTABELLOTTA/](https://www.insanitas.it/tag/fabio-cartabelloTTA/))
 FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI MEDICINA GENERALE ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/FEDERAZIONE-ITALIANA-MEDICI-DI-MEDICINA-GENERALE/](https://www.insanitas.it/tag/federazione-italiana-medici-di-medicina-generale/))
 FIBROSCAN ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/FIBROSCAN/](https://www.insanitas.it/tag/fibroscan/)) OSPEDALE BUCCHERI LA FERLA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/OSPEDALE-BUCCHERI-LA-FERLA/](https://www.insanitas.it/tag/ospedale-buccheri-la-ferla/))
 RETE HCV ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/RETE-HCV/](https://www.insanitas.it/tag/rete-hcv/)) VITO DI MARCO ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/TAG/VITO-DI-MARCO/](https://www.insanitas.it/tag/vito-di-marco/))

Dove e Come Mi Curo

Trova la Struttura Sanitaria che fa per te: cerca l'esame, la visita, l'intervento

POTREBBERO INTERESSARTI ANCHE...



([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/STATISTICHE-DEI-TUMORI-IN-SICILIA-CORSO-TEORICO-PRATICO-A-CURA-DELLASP-DI-TRAPANI/](https://www.insanitas.it/statistiche-dei-tumori-in-sicilia-corso-teorico-pratico-a-cura-dellasp-di-trapani/)) SICILIA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/PROVINCIA/SICILIA/?CAT=304](https://www.insanitas.it/category/provincia/sicilia/?cat=304))

Sull'utilizzo dei software ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/STATISTICHE-DEI-TUMORI-IN-SICILIA-CORSO-TEORICO-PRATICO-A-CURA-DELLASP-DI-TRAPANI/](https://www.insanitas.it/statistiche-dei-tumori-in-sicilia-corso-teorico-pratico-a-cura-dellasp-di-trapani/))

Statistiche dei tumori in Sicilia, corso teorico-pratico a cura dell'Asp di Trapani ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/STATISTICHE-DEI-TUMORI-IN-SICILIA-TEORICO-PRATICO-A-CURA-DELLASP-DI-TRAPANI/](https://www.insanitas.it/statistiche-dei-tumori-in-sicilia-teorico-pratico-a-cura-dellasp-di-trapani/))

di Redazione ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/AUTHOR/REDAZIONE/](https://www.insanitas.it/author/redazione/))



([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/LA-ALTRA-FACCIA-DELLA-TANTO-BISTRATTATA-SANITA-QUELLA-CHE-FUNZIONA-ED-E-CONTROCORRENTE/](https://www.insanitas.it/la-altra-faccia-della-tanto-bistrattata-sanita-quella-che-funziona-ed-e-controcorrente/)) PA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/PROVINCIA/PA/?CAT=304](https://www.insanitas.it/category/provincia/pa/?cat=304))

L'iniziativa a Palermo ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/LA-ALTRA-FACCIA-DELLA-TANTO-BISTRATTATA-SANITA-QUELLA-CHE-FUNZIONA-ED-E-CONTROCORRENTE/](https://www.insanitas.it/la-altra-faccia-della-tanto-bistrattata-sanita-quella-che-funziona-ed-e-controcorrente/))

L'altra faccia della tanto bistrattata Sanità: quella che funziona ed è "controcorrente" ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/LA-ALTRA-FACCIA-DELLA-TANTO-BISTRATTATA-SANITA-QUELLA-CHE-FUNZIONA-ED-E-CONTROCORRENTE/](https://www.insanitas.it/la-altra-faccia-della-tanto-bistrattata-sanita-quella-che-funziona-ed-e-controcorrente/))

di Valentina Grasso ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/AUTHOR/VALENTINA-GRASSO/](https://www.insanitas.it/author/valentina-grasso/))

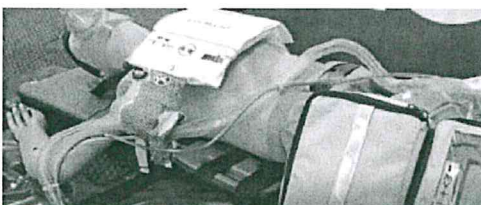


([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CASE-DI-CURA/](https://www.insanitas.it/case-di-cura/)) SICILIA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/PROVINCIA/SICILIA/?CAT=9](https://www.insanitas.it/category/provincia/sicilia/?cat=9))

Una siciliana al vertice dell'ospitalità privat ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/BARBARA-CITTADINI-ELETTA-PRESIDENTE-AIOP/](https://www.insanitas.it/barbara-cittadini-eletta-presidente-nazionale-aiop/))

Ospedalità privata, Barbara Cittadini eletta presidente nazionale Aiop ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/BARBARA-CITTADINI-ELETTA-PRESIDENTE-AIOP/](https://www.insanitas.it/barbara-cittadini-eletta-presidente-nazionale-aiop/))

di Redazione ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/AUTHOR/REDAZIONE/](https://www.insanitas.it/author/redazione/))



([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/EMERGENZA-URGENTA/](https://www.insanitas.it/emergenza-urgenta/)) SICILIA ([HTTPS://WWW.INSANITAS.IT/CATEGORY/PROVINCIA/SICILIA/?CAT=4](https://www.insanitas.it/category/provincia/sicilia/?cat=4))



L'INTERVISTA. Studiosi di tutto il mondo a Erice a un corso tenuto dall'ordinario del Policlinico: «La genetica ha fatto tanti passi in avanti»

Ciaccio: «I biomarcatori sono l'avanguardia della medicina»

Carmelo Nicolosi
PALERMO

«Da domani a sabato, studiosi di tutto il mondo, per la prima volta, si riuniscono al Centro Ettore Majorana di Erice, per discutere e presentare i risultati più all'avanguardia della medicina di laboratorio, quella branca della scienza che, oggi, assume un ruolo di grande interesse in molti campi medici: dalla cardiologia, all'oncologia, alla diagnosi prenatale, alle patologie neurodegenerative.

Il corso, diretto dal professore Marcello Ciaccio, ordinario di medicina di laboratorio all'università di Palermo e direttore del dipartimento di Diagnostica di Laboratorio del Policlinico palermitano, e dal professore Francesco Salvatore, emerito di medicina di laboratorio all'università Federico II di Napoli, gode del patrocinio di società scientifiche nazionali e internazionali.

«Nell'ambito delle scienze mediche», spiega Ciaccio, «il ruolo della medicina di laboratorio, attraverso l'utilizzo di biomarcatori, è oggi ben delineato, vista la rilevanza che riveste tra le discipline mediche: dallo screening, alla diagnosi, al monitoraggio della te-

rapia, alla definizione della prognosi».

Per rendere semplice il concetto, nel circolo sanguigno, circolano delle sostanze che nel linguaggio scientifico vengono chiamati "biomarcatori", molecole che permettono di individuare, tra l'altro, una malattia ancor prima che questa abbia dato una sintomatologia clinica.

••• Professore Ciaccio, in quali patologie può essere utile applicare la medicina di laboratorio nelle sue conquiste più recenti?

«Nella ricerca di problemi cardiaci, nei carcinomi, nelle malattie rare, nelle alterazioni fetali, per una diagnosi differenziale delle patologie neurodegenerative, per giungere a terapie personalizzate...».

••• Per il cuore?

«Biomarcatori permettono di riscontrare un danno nel sistema cardiovascolare quando ancora questo non è riscontrabile con un elettrocardiogramma o con un ecocardiogramma. Una conquista di grande rilevanza se pensiamo agli sportivi professionisti o a chi fa esercizio fisico, anche a li-

vello amatoriale. Alcune di queste molecole possono svelare alterazioni che, nel tempo, esiteranno in malattia cardiaca. I biomarcatori sono anche importanti per evidenziare la cardiotoxicità di certi chemioterapici».

••• In questo caso, come agiscono?

«Segnalano, in un paziente oncologico in chemioterapia, se il farmaco che assume si dimostra tossico per il suo cuore. L'oncologo potrà così cambiare terapia ed evitare l'insorgere della malattia cardiaca».

••• Oggi si parla sempre più di biopsia liquida nel campo oncologico.

«Offre il modo di evidenziare, nel sangue, il dna delle cellule tumorali. Il che significa avere la certezza che nell'organismo della persona studiata circolano cellule neoplastiche, cosa che non solo permette una diagnosi estremamente precoce, ma anche di individuare la sede e il tipo di tumore. In più, per fare un esempio, nel tumore del polmone non a piccole cellule è possibile mettere in luce mutazioni geniche e praticare una terapia personalizzata. Anche nel carcinoma della mammella esistono mutazioni di geni.



Marcello Ciaccio

I biomarcatori permettono di individuare quelle a maggior rischio».

••• Con la biopsia liquida si può determinare, dopo le cure, un residuo di malattia oncologica?

«Certamente. Si può identificare la cosiddetta malattia minima residua, dopo un intervento chirurgico, una chemio o una radioterapia, cosa che non si può fare con mezzi come la risonanza magnetica, la tac o l'ecografia. Un grande passo nella gestione dei tumori».

••• Le malattie fetali?

«Su un semplice prelievo di sangue materno è possibile fare diagnosi prenatale, alla ricerca di possibili malattie del feto, senza i rischi, anche se minimi, del ricorso all'amniocentesi o alla villocentesi».

••• Ha parlato di patologie rare.

«La genetica permette di diagnosticare sia le forme sia le cause delle malattie rare, le cosiddette orfane, e studiare potenziali terapie, se non per la guarigione, almeno per l'alleggerimento dei sintomi che, spesso, sono fortemente invalidanti».

••• La medicina di laboratorio utilizza anche biomarcatori adatti alle malattie neurodegenerative.

«Con un prelievo dal liquor cefalorachidiano è possibile individuare un Alzheimer in fase iniziale e anche operare una diagnosi differenziale tra Alzheimer, demenza senile, aterosclerotica, vascolare. La diagnosi mediante risonanza magnetica è possibile solo quando la malattia è in fase avanzata. Da Roma in giù, questa tecnica viene utilizzata solo nel nostro dipartimento». (CN)

● Edilizia

L'Ance protesta: «Gare d'appalto ferme all'Urega»

... Gare d'appalto che restano per anni ferme all'Urega senza che se ne comprenda il motivo, causando la paralisi di fondi e lavori pubblici. A lanciare l'allarme, l'ennesimo sul funzionamento a rilento dell'Ufficio regionale per l'espletamento di gare per l'appalto di lavori pubblici, è il vice presidente dei costruttori palermitani con delega ai lavori pubblici, Massimiliano Miconi. «L'ultimo esempio che ci racconta la cronaca - dice il vice presidente di Ance Palermo - è quello di Palazzo delle Aquile, sede del Comune, che necessita di una serie di interventi strutturali e di restauro per otto milioni di euro, che non possono essere compiuti perché le procedure si sono bloccate all'Urega. Il Palazzo di Città rischia, dunque, di cadere a pezzi perché la gara non viene espletata. Continua quindi la paralisi da noi più volte evidenzia-



Massimiliano Miconi dell'Ance

ta - afferma il vicepresidente dell'Ance Miconi - nonostante la modifica prevista dalla legge regionale sugli appalti che avrebbe dovuto portare ad uno snellimento dei tempi delle varie procedure che, di fatto, non c'è stato. Nei prossimi giorni chiederemo un incontro all'Assessorato regionale per fare chiarezza sui motivi di tale lentezza che si traduce in un grave danno economico per l'intera cittadinanza».



S 29 mag 2018 à24

SEGNALIBRO | ☆

S
24

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

Cronicità, il Piano e i nuovi Lea ci sono, ma non si vedono. Aceti: «Ridurre gap tra norme e realtà. Pazienti entrino in tutte le cabine di regia»

di Barbara Gobbi

[PDF](#) **Il Rapporto in sintesi**[PDF](#) **I costi**[PDF](#) **Le richieste**[PDF](#) **Le difficoltà**

Fino a 6omila euro spesi di tasca propria per adattare l'abitazione a una disabilità. Il costo per il personale badante che arriva a 25mila euro, o in alternativa la retta per strutture residenziali o semiresidenziali, che raggiunge i 36mila euro. Poi, c'è la spesa per i farmaci di fascia C, o ancora i seimila euro per i viaggi di cura. Ma i disagi non si fermano certo ai maxi-esborsi finanziari, che cadono tra capo e collo di famiglie anche a basso reddito: in cima alla lista delle mancanze che un paziente - cronico, anziano o disabile o con malattia rara - constata tutti i giorni, svettano l'allarmante mancanza di prevenzione,



l'insufficiente integrazione tra assistenza primaria e specialistica, la mancata continuità di cura tra ospedale e territorio, l'assistenza domiciliare col contagocce e le lunghe liste d'attesa. Di interventi personalizzati sul territorio, l'assistenza domiciliare col contagocce e le lunghe liste d'attesa. Di interventi personalizzati sul territorio, l'assistenza domiciliare col contagocce e le lunghe liste d'attesa.

29 mag
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

derazione per il suo punto di vista, manco a parlarne. ne sull'assenza di una presa in carico effettiva ed efficiente ci e con malattie rare arriva dal XVI Rapporto nazionale la cronicità, presentato a Roma dal coordinamento associazioni di malati cronici (Cnamc) di Cittadinanzattiva e sostegno non condizionato di MSD. cronicità e Lea al palo. "Molti atti, pochi fatti", è lo slogan di o: a venti mesi dall'approvazione del Piano nazionale cronicità e a quattordici dal varo dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), quegli atti che avrebbero dovuto rivoluzionare la presa in carico e l'assistenza ai pazienti, in buona parte restano lettera morta. Lasciando ampio spazio a burocrazia, scarsa attenzione ai bisogni, difficoltà di accesso a strutture e terapie farmacologiche.

Piano cronicità e nuovi Lea: chi li ha visti? Il Piano cronicità è stato recepito formalmente solo da cinque Regioni: Umbria, Puglia, Lazio, Emilia Romagna e Marche. Il Piemonte non ha ancora concluso l'iter, mentre la Provincia autonoma di Bolzano potrebbe chiudere entro luglio. Idem per i nuovi Lea: «Per buona parte – attacca il responsabile Cnamc, Tonino Aceti – i "Livelli" sono ancora bloccati dalla mancata erogazione dei due decreti per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e per i dispositivi protesici». E ancora, di nuovo sul Piano: «Per quanto la bozza di decreto sul nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria segni un passo avanti, chiediamo con forza che tra gli indicatori sia inserita l'attuazione sostanziale del Piano cronicità, oggi assente», dice Aceti. Impasse che si riflettono sul monitoraggio condotto dalle cinquanta associazioni di pazienti cronici (52%) e rari (48%) e presentato nel Rapporto: l'emanazione dei nuovi Lea, per oltre il 55% degli intervistati non ha prodotto cambiamenti di sostanza per la propria patologia, perché in oltre un quarto dei casi (il 26,6%), di fatto è rimasta lettera morta. «La priorità – afferma ancora il responsabile Cnamc – diventa quindi abbattere il gap imbarazzante, che va ampliandosi, tra la produzione normativa e la capacità di implementare azioni concrete. Ma quello che serve è anche un maggiore coinvolgimento delle associazioni dei cittadini, che malgrado le nostre richieste, restano escluse dalla commissione nazionale Lea».

I dati. L'integrazione tra assistenza primaria e specialistica – tra gli obiettivi principali del Piano cronicità - manca ancora per il 95,8% delle associazioni. Oltre il 73% di queste ha riscontrato un ritardo nella diagnosi, l'80,5% vorrebbe essere più ascoltato dal personale sanitario, mentre il 75,6% denuncia liste d'attesa troppo lunghe. Sul territorio i tempi di attesa sono

segnalati dal 90% delle associazioni e, quando si approda a una Rsa, la mancanza di équipe multiprofessionali e i costi eccessivi per la retta sono denunciati rispettivamente nel 55% e nel 50% dei casi. Elementi che

29 mag
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

la solitudine delle famiglie, che nel 65% dei casi sono in
ica. I registri di patologia, ancora, sono diffusi in tutte le
l 19,3% del campione, e dove presenti fotografano
su farmaci e dispositivi usati dal paziente, ignorando i
omici e sociosanitari. Insufficiente l'assistenza domiciliare
mancano l'assistenza psicologica e quella sociale (57%). In
di psicosociali non vengono presi in considerazione (81,5%
) e per il 73,8% il paziente, il familiare e il caregiver non
sono coinvolti né sostenuti.

I bisogni per fasce d'età. Ci sono bisogni specifici, legati alle varie fasi della vita, che vengono altrettanto ignorati: secondo il Report, per il 70% dei bambini o ragazzi affetto da una malattia cronica o rara, la prima difficoltà sta nel comunicare la propria patologia e i due terzi lamentano difficoltà a partecipare alle attività scolastiche ed extrascolastiche. Gli adulti segnalano problemi nel riconoscimento dell'invalidità civile ed handicap (64,8%), mancanza di orientamento dei servizi (59,4%), mancanza di tutele sul posto di lavoro (51,3%). Le difficoltà degli anziani con malattia cronica sono, invece, per lo più legate agli spostamenti per curarsi (84,3%), problemi di isolamento sociale (75%) e difficoltà economiche (71,8).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianosanità.it

Martedì 29 MAGGIO 2018

XVI Rapporto nazionale Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità. "Molti atti e pochi fatti, in futuro Governo e Regioni cambino passo"

Difficoltà di accesso ai servizi e disagi economici e psicologici restano senza risposta. L'appello delle associazioni: "Passare dagli atti ai fatti sulle politiche per la presa in carico della cronicità in ogni angolo del Paese. E se c'è una Cabina di Regia per il Piano cronicità, i Lea restano autoreferenziali, bisogna quindi aprire alle organizzazioni civiche la Commissione Nazionale Lea" IL RAPPORTO IN SINTESI

Tante riforme, atti e provvedimenti, ma per beneficiare dei frutti ce ne vuole. La pensano così le persone con patologie croniche e rare che, nonostante molto sia stato fatto, dal Piano nazionale cronicità ai nuovi Lea, ancora non vedono grandi risultati e non si sentono al centro del percorso di cura. Oltre il 70% vorrebbe che si tenessero in maggiore considerazione le difficoltà economiche e il disagio psicologico connessi alla loro patologia. Chiedono quindi cure più umane: circa otto su dieci vorrebbero essere maggiormente ascoltati dal personale sanitario (80,5%), e poco meno di otto su dieci vorrebbero liste d'attese meno lunghe (75,6%), ma anche più aiuti alla famiglia per gestire la malattia (70,7%) e meno burocrazia (68,2%). Anche sul fronte del "già fatto" ci sono difficoltà: il recepimento del Piano cronicità procede a differenti velocità con cinque regioni (Umbria, Puglia, Lazio, Emilia Romagna e Marche) che lo hanno recepito formalmente, e una, il Piemonte, dove è in itinere. I nuovi Lea? Sono ancora bloccati dalla mancata emanazione dei due decreti per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e quello dei dispositivi protesici. E ancora, mancano gli accordi di Stato e Regioni sui criteri per uniformare l'erogazione delle prestazioni demandate alle regioni che, se approvati, potrebbero ridurre iniquità e oneri inutili per i cittadini.

È questo il quadro che emerge dal **XVI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità "Cittadini con cronicità: molti atti, pochi fatti"**, presentato oggi a Roma dal Coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva, con il sostegno non condizionato di Msd. Un Rapporto al quale hanno partecipato 50 associazioni di pazienti con patologie croniche (52%) e rare (48%), con l'obiettivo di verificare quanto il Piano nazionale delle cronicità, varato di recente, sia ad oggi rispettato nelle sue diverse fasi.

"È sempre più insostenibile lo scarto tra la mole di norme e atti di programmazione prodotti negli ultimi anni e la loro effettiva capacità di apportare cambiamenti reali nella vita quotidiana delle persone con malattie croniche e rare e delle loro famiglie – ha dichiarato **Tonino Aceti**, responsabile del Coordinamento nazionale della Associazioni dei Malati Cronici – per questo al futuro Governo e alle Regioni chiediamo di passare dagli atti ai fatti sulle politiche per la presa in carico della cronicità in ogni angolo del Paese".

Gli esempi più macroscopici sono il Piano nazionale Cronicità, approvato ormai 20 mesi fa, e i nuovi Lea, in vigore da 14 mesi. Ebbene il recepimento del Piano procede a rilento e a macchia di leopardo: ad oggi solo Umbria, Puglia, Lazio, Emilia Romagna e Marche lo hanno recepito formalmente, mentre il Piemonte ha l'iter di recepimento ancora in corso. "I nuovi Lea che riconoscono nuovi diritti per i cittadini – ha aggiunto Aceti – per una buona parte invece sono ancora totalmente bloccati dalla mancata emanazione dei due decreti per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e quello dei dispositivi protesici. E ancora, mancano gli accordi di Stato e Regioni sui criteri per uniformare l'erogazione delle prestazioni demandate alle regioni che, se approvati, potrebbero ridurre iniquità e oneri inutili per i cittadini. E se nel Piano cronicità le Associazioni hanno avuto e continuano ad avere un ruolo da protagonisti e hanno un luogo, la Cabina di Regia, in cui concorrere all'implementazione e al monitoraggio, altrettanto non si può dire per i Lea che restano autoreferenziali. L'appello che lanciamo oggi – ha concluso – è quello di aprire la Commissione Nazionale Lea alle organizzazioni civiche".

Ma quali sono i dati emersi dal rapporto?

Secondo il 35,7% delle associazioni non si fa prevenzione e solo per il 19% questa riguarda bambini e ragazzi. A promuovere programmi di prevenzione sono le stesse associazioni nel 98% dei casi. Oltre il 73% denuncia ritardi nella diagnosi, imputabili alla scarsa conoscenza della patologia da parte di medici e pediatri di famiglia (83,7%), sottovalutazione dei sintomi (67,4%), mancanza di personale specializzato e di centri sul territorio (58%).

Del tutto carente l'integrazione tra assistenza primaria e specialistica (lo denuncia il 95,8%), così come la continuità tra ospedale e territorio (65,1%) e l'assistenza domiciliare (45,8%). L'integrazione sociosanitaria e i Percorsi diagnostico-terapeutici sono attuati solo in alcune realtà (rispettivamente per il 52,2% e il 43,9%). Laddove esistono i PDTA, solo la metà delle persone si sente realmente inserita in un percorso di cura. Ma quando il PDTA si traduce in azioni concrete, gli effetti positivi non mancano: prenotazione automatica di visite ed esami (50%), meno costi diretti (28,5%), diminuzione delle complicanze (21,4%). Per i soggetti più complessi, portatori di più patologie, è previsto, invece, il così detto PAI (Piano di cura personalizzato), anche questo poco presente solo in alcune realtà (23%). L'aspetto, poi, più paradossale è che il piano dovrebbe essere, appunto, personalizzato, ma nella metà dei casi il paziente e/o il caregiver non viene coinvolto.

I registri sono diffusi in tutte le Regioni solo per il 19,3% del campione e il 37,5% segnala che non esiste un registro della propria patologia. Laddove presenti, questi registrano soprattutto dati relativi a farmaci e dispositivi utilizzati dai pazienti, mentre vengono per lo più ignorati i bisogni socioeconomici e sociosanitari.

L'emanazione dei nuovi Lea, per oltre il 55%, non ha prodotto cambiamenti rilevanti per la propria patologia, perché, in oltre un quarto dei casi (26,2%), di fatto non è stato attuato quanto previsto dalla legge.

In tema di assistenza ospedaliera, la metà denuncia lunghe liste di attesa per essere ricoverato, la distanza dal luogo di cura, la mancata predisposizione della dimissione protetta. Sul territorio, le carenze sono evidenti: al primo posto i tempi di attesa, segnalati dal 90%, per accedere alle strutture riabilitative, alle lungodegenze o RSA, alle strutture semiresidenziali.

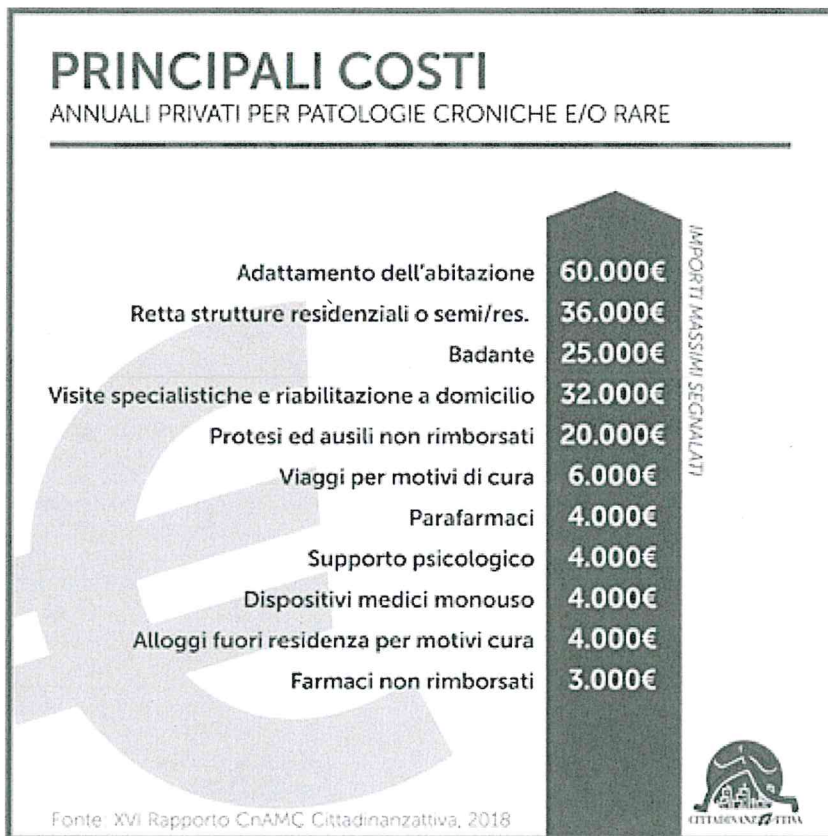
Nel caso delle RSA e lungodegenze, si segnala la mancanza di équipe multiprofessionali (55%), i costi eccessivi per la retta (50%), la necessità di pagare una persona per assistere il malato (45%); nei centri diurni per attività terapeutico-riabilitative, spesso la riabilitazione è a totale carico del cittadino (44,4%) ed i tempi di permanenza sono troppo brevi per raggiungere il grado di riabilitazione necessario (44,4%). **Non va meglio per l'assistenza domiciliare:** in questo caso, infatti, il numero di ore di assistenza erogate risulta insufficiente (61,9%), manca l'assistenza psicologica e quella di tipo sociale (57,1%) è di difficile attivazione e spesso viene negata (52,3%).

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, in cima ai problemi si trova la spesa economica per farmaci in fascia C (62%), seguita dalla limitazione di prescrizione da parte del medico di medicina generale (58,6%) e la difficoltà nel rilascio del piano terapeutico (48,2%).

Permane un problema di differenze regionali, sia nella quantità (70,8%) che nella qualità (58,3%) dei presidi per l'assistenza protesica ed integrativa erogati, seguito dai tempi di autorizzazione e rinnovo troppo lunghi (54,1%). A detta dell'81,5% delle associazioni, i bisogni psicosociali non vengono presi in considerazione e per il 73,8% la persona, il familiare e il caregiver non vengono coinvolti né sostenuti dal punto di vista educativo e formativo.

Disagi psicologici sottovalutati o ignorati. I disagi psicologici accomunano tutti e, come abbiamo sottolineato in precedenza, sono spesso sottovalutati o del tutto ignorati. Ma ci sono bisogni specifici, legati alle varie fasi della vita, che vengono altrettanto ignorati: per il 70% dei bambini o ragazzi affetto da una malattia cronica o rara, la prima difficoltà sta nel comunicare la propria patologia e i due terzi lamentano difficoltà a partecipare alle attività scolastiche ed extrascolastiche. Gli adulti segnalano problemi nel riconoscimento dell'invalidità civile ed handicap (64,8%), mancanza di orientamento dei servizi (59,4%), mancanza di tutele sul posto di lavoro (51,3%). Le difficoltà degli anziani con malattia cronica sono, invece, per lo più legate agli spostamenti per curarsi (84,3%), problemi di isolamento sociale (75%) e difficoltà economiche (71,8%).

I costi. Fra i principali costi sostenuti privatamente dai pazienti e dalle loro famiglie, ci sono quelli per l'adattamento dell'abitazione (fino a 60mila euro in un anno), la retta per le strutture residenziali o semiresidenziali (fino a 36mila euro), il costo per la badante (fino a 25mila euro).



Cinque proposte per le istituzioni. Alla luce dei dati emersi Cittadinanzattiva – Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici raccomanda alle Istituzioni di mettere in atto 5 attività semplici e prioritarie per aggredire le principali difficoltà che oggi incontrano le persone affette da patologia cronica e rara e le relative famiglie.

1. Passare dalle parole ai fatti, attraverso un'attuazione sostanziale di quanto già previsto nelle norme, in particolare attraverso:

- l'emanazione dei decreti per definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e quello dei dispositivi medici, che rendano realmente esigibili i nuovi Lea;
- l'inserimento all'interno della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea siano inclusi anche i rappresentanti delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute
- il riordino dell'assistenza territoriale;
- l'introduzione di Pdta che partano dai reali bisogni delle persone affette da patologie croniche e rare e non siano puri atti formali;
- il riordino delle liste d'attesa con percorsi personalizzati per chi è affetto da patologie croniche.

2. Garantire il recepimento e l'attuazione uniforme tanto al livello regionale, quanto a quello aziendale, del Piano nazionale delle cronicità. In particolare si chiede:

- il recepimento non solo formale, del Piano Nazionale Cronicità da parte di tutte le Regioni;
- attivare le Commissioni Regionali, che prevedono la partecipazione delle associazioni di tutela dei malati cronici, per garantire l'attuazione e la valutazione delle azioni e degli obiettivi previsti dal Piano.

3. Semplificare e rendere più omogenee su tutto il territorio le procedure burocratiche, come nel caso di: rilascio del piano terapeutico; richiesta di protesi ed ausili; riconoscimento di invalidità ed handicap; individuazione dei servizi presenti sul territorio; accesso ad agevolazioni fiscali e di altro genere, accesso ai servizi sociali.

4. Maggiore attenzione verso le condizioni di fragilità: di tipo sociale, di tipo economico e di tipo psicologico, in considerazione anche della fascia di età della persona. Sviluppando politiche che favoriscano l'integrazione del bambino/ragazzo con una patologia cronica o rara e la transizione nella delicata fase della presa in carico dall'età infantile all'età adulta;

politiche del lavoro che siano di supporto a chi si trova in età adulta ed ha difficoltà a gestire la patologia; e politiche di assistenza non solo sanitaria, ma anche sociale e psicologica dell'anziano, che evitino il suo progressivo isolamento dalla società.

5. Mettere a punto un provvedimento nazionale di riordino del settore farmaceutico e del conseguente

accesso alle terapie farmacologiche, con cui si chiariscano con esattezza ruoli, funzioni, tempistiche, responsabilità, partecipazione delle associazioni di cittadini e pazienti nel processo, aspetti regolatori che mettano a sistema sia il ruolo di Ema, sia quello nazionale, regionale e aziendale, al fine di garantire trasparenza delle decisioni.

Ester Maragò

quotidianosanità.it

Mercoledì 30 MAGGIO 2018

Responsabilità sanitaria. In un'équipe la "colpa" è di tutti perché ognuno deve assicurarsi che l'altro svolga bene il suo dovere

Il singolo professionista che fa parte di un'équipe non può mai essere considerato unico responsabile di un danno al paziente (in questo caso deceduto), ma ogni componente deve controllare che gli altri svolgano bene i propri compiti. Ha chiarito la Cassazione (IV sezione penale, sentenza 22007/2018) che ha annullato una sentenza della Corte di Appello con cui si sono condannati solo alcuni componenti dell'équipe per omicidio colposo. LA SENTENZA.

In una équipe medica non è mai responsabile il singolo professionista, ma ogni componente deve controllare che gli altri stiano eseguendo correttamente la propria attività.

Ha chiarito la Cassazione (IV sezione penale, sentenza 22007/2018) che ha annullato una sentenza della Corte di Appello con cui si sono condannati solo alcuni componenti dell'équipe per omicidio colposo.

Il fatto

A più sanitari (tre ginecologi, un chirurgo e due anestesisti-rianimatori) è stato contestato dal Pubblico ministero l'aver, in cooperazione colposa tra di loro, causato la morte di una paziente sottoposta a taglio cesareo e successiva isterectomia, in particolare per avere omesso, pur in presenza di shock emorragico conseguente a parto cesareo con placenta accreta, cioè patologicamente aderente all'utero, di trasfondere plasma fresco per correggere il difetto di coagulazione e per avere ritardato il ricovero della donna in ospedale dotato di reparto di rianimazione, con decesso della donna avvenuto il giorno seguente.

In primo grado sono state giudicate solo le posizioni di un solo ginecologo, del chirurgo e di un solo rianimatore con giudizio abbreviato e il G.u.p. ha condannato l'anestesista, assolvendo gli altri due imputati (il chirurgo e il ginecologo), con la formula "per non avere commesso il fatto". Nei confronti degli altri sanitari si è invece proceduto con il giudizio ordinario; non risulta l'esito di tale processo.

Questo perché subito dopo l'esecuzione del parto cesareo e la nascita di un bambino, iniziò un'emorragia massiva, che si manifestò al momento dell'effettuazione del taglio cesareo, dovuta sia a una lesione vescicale, sia alle manovre meccaniche poste in essere per il necessario distacco della placenta, evenienze entrambe valutate dai periti possibili nel contesto dato. Tale emorragia in concreto fu inarrestabile, a nulla valendo né la sutura della lesione vescicale né la isterectomia parziale né la trasfusione con l'unica sacca di plasma che era disponibile nella struttura sanitaria.

In questa situazione di emergenza e con la situazione della paziente che stava degenerando, pur essendo già presente in sala operatoria un'équipe completa composta da ginecologo e da anestesista, vennero chiamati in ausilio dai colleghi, tramite le infermiere, e reperiti siccome presenti in ospedale, l'ulteriore ginecologo poi accusato e il chirurgo, i quali, essendosi resi disponibili, collaborarono con i colleghi già presenti in sala operatoria in una situazione imprevista, nella quale erano stati coinvolti all'ultimo momento e senza avere svolto nessuna attività in precedenza: né diagnosi né proposizione del trattamento.

Erano stati chiamati, all'improvviso, in soccorso tecnico dei colleghi, per portare a termine un intervento chirurgico delicato e complesso, l'isterectomia, già concretamente iniziato, non per scelta dei due ricorrenti, siccome l'intervento era stato valutato dai colleghi ginecologi che già erano in sala operatoria e che avevano in carico la donna indispensabile per salvarle la vita, peraltro senza assumere funzione di direzione dell'intervento.

La sentenza

Secondo la Cassazione i giudici di merito hanno trascurato alcuni principi fondamentali in tema di responsabilità dei sanitari a proposito:

- a) dell'assunzione della posizione di garanzia;
- b) della responsabilità di équipe, con particolare riferimento al peculiare settore dell'intervento sanitario diacronico;
- c) dello scioglimento della équipe.

La Cassazione nella sentenza sottolinea che oltre all'attività sincronizzata dei sanitari ovvero per gli ausiliari dei sanitari per un intervento, le azioni si integrano reciprocamente in virtù di un intervento il cui esito deve essere positivo.

E' il principio dell'affidamento che si concretizza nel vigilare le singole azioni dei singoli sanitari e allo stesso tempo vige il principio alla luce del quale ogni singolo sanitario ovvero ausiliario ha l'onere di prestare la propria diligenza sull'azione affidatagli.

La Cassazione inoltre stabilisce che il principio dell'affidamento non può essere invocato nel caso in cui la condotta colposa del singolo sanitario si espliciti nella inosservanza della legge che regola la sua attività, con la conseguente prevedibilità nonché rilevanza dell'errore del singolo sanitario.

"In tema di colpa professionale – specifica la sentenza - in caso di intervento chirurgico in équipe, il principio per cui ogni sanitario è tenuto a vigilare sulla correttezza dell'attività altrui, se del caso ponendo rimedio ad errori che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio, non opera in relazione alle fasi dell'intervento in cui i ruoli e i compiti di ciascun operatore sono nettamente distinti, dovendo trovare applicazione il diverso principio dell'affidamento per cui può rispondere dell'errore o dell'omissione solo colui che abbia in quel momento la direzione dell'intervento o che abbia commesso un errore riferibile alla sua specifica competenza medica, non potendosi trasformare l'onere di vigilanza in un obbligo generalizzato di costante raccomandazione al rispetto delle regole cautelari e di invasione negli spazi di competenza altrui".

La Cassazione ricorda a questo proposito il disposto di un'altra sentenza: "La responsabilità penale di ciascun componente di una équipe medica non può essere affermata sulla base dell'accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito alla équipe nel suo complesso, ma va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente, nella prospettiva di verifica, in concreto, dei limiti oltre che del suo operato, anche di quello degli altri. Occorre cioè accertare se e a quali condizioni ciascuno dei componenti dell'équipe, oltre ad essere tenuto per la propria parte al rispetto delle regole di cautela e delle *leges artis* previste con riferimento alle sue specifiche mansioni, debba essere tenuto anche a farsi carico delle manchevolezze dell'altro componente dell'équipe o possa viceversa fare affidamento sulla corretta esecuzione dei compiti altrui: accertamento che deve essere compiuto tenendo conto del principio secondo cui ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio".

Secondo la Corte questo principio va apprezzato e coniugato per “non configurare ipotesi di responsabilità oggettiva o di posizione, con l'altro fondamentale principio che è quello "di affidamento", in base al quale ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, ma potrà sempre fare affidamento, appunto, sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie. Per l'effetto, per tutte le fasi dell'intervento chirurgico in cui l'attività di équipe è corale, riguardando quelle fasi dell'intervento chirurgico in cui ognuno esercita e deve esercitare il controllo sul buon andamento dello stesso.

“Semmai, diverso discorso – sottolineano i giudici - dovrebbe farsi solo per quelle fasi in cui, distinti nettamente, nell'ambito di un'operazione chirurgica, i ruoli e i compiti di ciascun elemento dell'équipe, dell'errore o dell'omissione ne può rispondere solo il singolo operatore che abbia in quel momento la direzione dell'intervento o che abbia commesso un errore riferibile alla sua specifica competenza medica”.

“In conclusione – si legge nella sentenza che annulla la decisione della Corte d'Appello a cui rinvia il giudizio - discende da tutte le considerazioni svolte l'annullamento della sentenza impugnata, con rinvio alla Corte di Appello, che, muovendo dal presupposto dell'effettiva assunzione di garanzia da parte degli imputati nel

caso di specie, approfondirà nuovamente funditus la vicenda, eventualmente riaprendo l'istruttoria, e farà applicazione dei principi di diritto surrichiamati anche a proposito dello scioglimento, se giustificato o meno nel caso di specie, della equipe chirurgica".

“Terrà conto, in ogni caso – chiarisce la Cassazione riferendosi al compito della Corte d'Appello e ricordando ulteriori sentenze in merito - che 'in tema di responsabilità medica, l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio”.