



HOME (/) • NEWS ED EVENTI (/?Q=NEWS-ED-EVENTI)

• AL POLICLINICO DI PALERMO L'EVENTO "ROAD MAP CAR-T - PROSPETTIVE ATTUALI E FUTURE DELL'USO DELLE CAR-T IN ITALIA

# Al Policlinico di Palermo l'evento "Road map Car-T - Prospettive attuali e future dell'uso delle Car-T in Italia





La leucemia linfoblastica acuta e il linfoma diffuso a grandi cellule sono patologie che nei pazienti refrattari alle terapie oggi disponibili danno un'aspettativa di vita molto bassa o nulla.

La ricerca in quest'area ha portato a un punto di svolta tale per cui, per questi pazienti con prognosi infausta, si aprono scenari di cambiamento radicale attraverso le terapie cosiddette CAR-T di prossima introduzione.

La gestione organizzativa di questa innovazione va di pari passo con la complessità di produzione e di somministrazione del processo di cura. Se da un lato infatti questi strumenti terapeutici saranno personalizzati al singolo paziente, i processi organizzativi che riguardano l'intero percorso di cura





richiedono una standardizzazione ed una formazione del personale specifica e da costruire in dettaglio.  Ma come in (0) questo caso l'affermazione visionaria del professor Liberati rappresenta la grande sfida da affrontare oggi. 

Questo comporterà per i sistemi di valutazione nazionali un cambio di prospettiva che dovrebbe considerare un percorso di cura dedicato (per esempio attraverso un DRG ad hoc) tale da consentire alle istituzioni regionali un sistema di rendicontazione specifico e semplificato, che non crei problematiche nel normale processo di mobilità tra regioni.

Le Istituzioni regionali a loro volta avranno l'onere di individuare nella loro rete di servizi ospedalieri, i centri con strutture adatte a prestare queste cure, individuando il percorso necessario a formare le persone dedicate, con protocolli organizzativi condivisi tra centri arruolatori e centri gestori dei pazienti.

Le aziende sanitarie Ospedaliere, terminale di prima linea della filiera, saranno chiamate a un cambio di prospettiva nella formazione del personale che dovrà gestire le cure assistenziali, individuando anche team e spazi appositi. Per creare un sistema assistenziale snello, di rapido accesso e soprattutto sicuro per il paziente, lo scambio di informazioni e di idee tra regioni, tra centri ospedalieri in partnership con le aziende produttrici della tecnologia sanitaria diventa un passaggio che si potrebbe dire più che auspicabile, obbligato.


La conseguenza logica potrebbe essere la creazione di una rete interregionale dedicata alla cura di questi pazienti con queste terapie attraverso protocolli condivisi. Una partnership pubblico-privato per affrontare la complessità di questa sfida rappresenta quindi un passaggio obbligato, se davvero si vuole mettere il paziente al centro del sistema assistenziale, dando rapidamente accesso ai pazienti che possono beneficiare di questa vera innovazione.

Per dare risposte concrete a questi punti, di fronte ad un'innovazione di tale livello, sarà fondamentale la discussione attraverso workshop regionali dedicati tra i Key Stakeholders per poter assumere le migliori decisioni operative che rendano il sistema efficace e sostenibile.

Se ne parlerà mercoledì 3 luglio a Palermo in occasione di un seminario organizzato al Policlinico dal titolo "Road map Car-T - Prospettive attuali e future dell'uso delle Car-T in Italia".

All'evento, che si terrà a partire dalle ore 9 nell' aula dell'Accademia delle Scienze Mediche, parteciperà tra gli altri Francesco Fabbiano, direttore Dipartimento di Oncologia e Direttore UOC Ematologia a indirizzo oncologico Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello.

(/#facebook) (/#twitter)

(<https://www.addtoany.com/share?url=https%3A%2F%2Fwww.policlinico-di-palermo-l%25E2%2580%2599ever-delle&title=Al%20Policlinico%20di%20Palermo%20-%20Prospettive%20attuali%20e%20future%20in%20Italia%C2%A0>) 



Palermo, 1 luglio 2019 - Evento “Road map Car-T - Prospettive attuali e future dell'uso delle Car-T in Italia”, in programma a Palermo il 3 Luglio p.v., ore 9.00, al Policlinico “Paolo Giaccone” - Aula dell'Accademia delle Scienze Mediche, Via del Vespro, 129. Parteciperà Francesco Fabbiano, Direttore Dipartimento di Oncologia e Direttore UOC Ematologia a indirizzo oncologico Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello

La leucemia linfoblastica acuta e il linfoma diffuso a grandi cellule sono patologie che nei pazienti refrattari alle terapie oggi disponibili danno un'aspettativa di vita molto bassa o nulla. La ricerca in quest'area ha portato a un punto di svolta tale per cui, per questi pazienti con prognosi infausta, si aprono scenari di cambiamento radicale attraverso le terapie cosiddette CAR-T di prossima introduzione.

La gestione organizzativa di questa innovazione va di pari passo con la complessità di produzione e di somministrazione del processo di cura. Se da un lato infatti questi strumenti terapeutici saranno personalizzati al singolo paziente, i processi organizzativi che riguardano l'intero percorso di cura richiedono una standardizzazione e una formazione del personale specifica e da costruire in dettaglio.

Mai come in questo caso l'affermazione visionaria del prof. Liberati rappresenta la grande sfida da affrontare oggi. Questo comporterà per i sistemi di valutazione nazionali un cambio di prospettiva che dovrebbe considerare un percorso di cura dedicato (per esempio attraverso un DRG ad hoc) tale da consentire alle istituzioni regionali un sistema di rendicontazione specifico e semplificato, che non crei problematiche nel normale processo di mobilità tra regioni.

Le Istituzioni regionali a loro volta avranno l'onere di individuare nella loro rete di servizi ospedalieri, i centri con strutture adatte a prestare queste cure, individuando il percorso necessario a formare le persone dedicate, con protocolli organizzativi condivisi tra centri arruolatori e centri gestori dei pazienti.

Le aziende sanitarie Ospedaliere, terminale di prima linea della filiera, saranno chiamate a un cambio di



prospettiva nella formazione del personale che dovrà gestire le cure assistenziali, individuando anche team e spazi appositi.

Per creare un sistema assistenziale snello, di rapido accesso e soprattutto sicuro per il paziente, lo scambio di informazioni e di idee tra regioni, tra centri ospedalieri in partnership con le aziende produttrici della tecnologia sanitaria diventa un passaggio che si potrebbe dire più che auspicabile, obbligato.

La conseguenza logica potrebbe essere la creazione di una rete interregionale dedicata alla cura di questi pazienti con queste terapie attraverso protocolli condivisi. Una partnership pubblico-privato per affrontare la complessità di questa sfida rappresenta quindi un passaggio obbligato, se davvero si vuole mettere il paziente al centro del sistema assistenziale, dando rapidamente accesso ai pazienti che possono beneficiare di questa vera innovazione.

Per dare risposte concrete a questi punti, di fronte ad un'innovazione di tale livello, sarà fondamentale la discussione attraverso workshop regionali dedicati tra i Key Stakeholders per poter assumere le migliori decisioni operative che rendano il sistema efficace e sostenibile.

## Ragazzini sempre più telefono dipendenti, dall'Asp il progetto "Stop-Phone"

In quattro mesi sono stati coinvolti quasi 2000 studenti e circa 400 docenti di dieci istituti scolastici cittadini. Cinquecento i questionari compilati che serviranno a rilevare i comportamenti a rischio

Redazione

01 luglio 2019 14:57



**F**are in modo che i più giovani, gli under 12 in particolare, usino gli smartphone in modo corretto, consapevole e intelligente. E' l'obiettivo del progetto "Stop-Phone" realizzato dall'Asp che ha coinvolto, in appena 4 mesi, quasi 2000 studenti e circa 400 docenti di dieci istituti scolastici del capoluogo.

"Si tratta di un intervento pilota che intercetta nuovi bisogni di salute, puntando sulla prevenzione attraverso un approccio multidisciplinare – ha spiegato il direttore generale dell'Asp Daniela Faraoni - sono molti i partner e gli attori istituzionali coinvolti nel progetto. Ci auguriamo che continuino a crescere ed a favorire le necessarie sinergie, a iniziare dagli Istituti scolastici che, già per l'anno appena conclusosi, hanno dato un grande contributo. Stiamo riscontrando attenzione e interesse per un problema sempre più sentito che la nostra azienda ha messo nel mirino, allargando il campo degli interventi al contesto di vita dei bambini e interessando genitori, docenti e operatori sanitari".

Sono, già, 500 i questionari compilati che serviranno a rilevare i comportamenti a rischio, specie per la fascia di età 0-12 anni. Il progetto si inserisce nell'ambito del piano regionale della prevenzione che prevede l'attuazione di interventi per un corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target in età pediatrica nell'ambito del macro-obiettivo "Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute".

"Il progetto – ha sottolineato il referente scientifico dell'Asp Roberto Gambino – sta coinvolgendo ragazzi e insegnanti delle scuole medie, docenti delle scuole dell'infanzia e primaria, genitori, pediatri e operatori della sanità. Gli interventi sono realizzati in collaborazione con l'associazione Vivi Sano Onlus (partner capofila di una rete inter-istituzionale, ndr), l'Ufficio scolastico regionale (ambito territoriale di Palermo, ndr) e, per gli aspetti legati al rilevamento dei comportamenti a rischio nella popolazione interessata, con la scuola di specializzazione del dipartimento di Promozione della salute, materno-infantile, medicina interna e specialistica di eccellenza, Giuseppe D'Alessandro, dell'Università. A



oggi le azioni di sensibilizzazione e formazione hanno interessato 10 istituti scolastici del distretto sanitario 42 di Palermo e coinvolto quasi 2000 studenti e circa 400 docenti (scuola dell'infanzia, elementare e media). Ringrazio gli operatori dell'associazione Vivi Sano Onlus e tutta la rete inter-istituzionale che hanno permesso in poco tempo di raggiungere questi risultati indispensabili per un corretto approccio nella prevenzione dei rischi fisici e psicologici dovuti a un non corretto utilizzo di questa tecnologia”.

Potrebbe interessarti

Ragazzini sempre più telefono dipendenti, dall'Asp il progetto "Stop-Phone"

---

Tumori del sangue e terapie innovative: gli esperti siciliani si riuniscono a Palermo

---

Proprietà, benefici ed effetti collaterali: quando lo zenzero fa bene e quando fa male

---

I più letti della settimana

Tragedia all'Orfeo, muore nel cinema a luci rosse mentre vede film porno

---

Morto folgorato in piazza Ingastone, polizia arresta titolare polleria: "Allaccio abusivo"

---

Malore in acqua a Mondello, morta una donna

Incidente tra Isola e Capaci, auto "salta" il guardrail e invade la carreggiata opposta

---

Tragedia a Monreale, ragazzo di 19 anni trovato morto in casa

---

Piazza Ingastone, 27enne muore folgorato da una scarica elettrica dentro una polleria

## Ospedale Papardo di Messina, i nuovi direttori sono Munafò e Trimarchi

[insanitas.it/ospedale-papardo-di-messina-i-nuovi-direttori-sono-munafò-e-trimarchi/](https://insanitas.it/ospedale-papardo-di-messina-i-nuovi-direttori-sono-munafò-e-trimarchi/)

di Maria Grazia Elfio

July 1, 2019



MESSINA. Complete anche le nomine dei vertici dell'azienda ospedaliera **Papardo** di Messina. Il direttore generale **Mario Paino**, infatti, ha già firmato le relative delibere.

Il ruolo di direttore amministrativo viene affidato a **Salvatore Munafò**, classe 1955, mentre alla guida della direzione sanitaria va **Giuseppe Ranieri Trimarchi**, classe 1959.

Entrambi provengono da esperienze professionali all'Asp di **Messina**, rispettivamente come direttori del dipartimento amministrativo e del Laboratorio di Sanità Pubblica.



# quotidianosanità.it

Lunedì 01 LUGLIO 2019

## **Pronto soccorso. “Linee guida del Ministero sono insufficienti. Servono migliori condizioni di lavoro, corretta previsione del fabbisogno di personale e gestione adeguata dei codici minori”. Ecco le tre mosse Anaaò per la riforma**

***Proprio nella settimana in cui la Stato-Regioni esaminerà le linee guida del Ministero per la riforma del Pronto soccorso la Commissione Nazionale Emergenza-Urgenza del sindacato della dirigenza medica e sanitaria lancia le sue proposte. “Il miglioramento delle condizioni di lavoro in ogni Pronto Soccorso e delle sempre più drammatiche condizioni dell’intera area emergenza-urgenza, non è più derogabile solo ad iniziative spontanee delle singole ULSS, ma deve diventare una priorità assoluta per le politiche sanitarie”.***

“Condizioni di lavoro, corretta previsione del fabbisogno di personale e gestione adeguata dei codici minori”. Sono queste le tre aree su cui occorre intervenire per migliorare il Pronto soccorso secondo la Commissione Nazionale Emergenza-Urgenza Anaaò Assomed che proprio nella settimana in cui la Stato-Regioni esaminerà le linee guida del Ministero lancia le sue proposte e bolla come “insufficiente” l’iniziativa del tavolo ministeriale.

“Sebbene – si legge in una nota - le recenti nuove linee guida elaborate dal Ministero della Sanità e diffuse alle Regioni sulla riforma di alcuni aspetti del Pronto Soccorso (nonostante l’assenza di rappresentanti degli operatori del settore che sicuramente avrebbero apportato al documento ministeriale un fondamentale contributo), testimoniano l’attenzione a una problematica sempre più accesa e drammatica, esse si rivelano ancora insufficienti per affrontare tutte le criticità fino ad ora riscontrate ed ormai esacerbate”.

In particolare, la Commissione, come già espresso, ritiene prioritario ed indispensabile affrontare tutti i seguenti punti:

1. Le condizioni di lavoro degli operatori, la tutela della salute e l’incentivazione del lavoro dei medici.
2. La riduzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso ed il rispetto dei limiti di permanenza (ricoveri e codici minori) che deve prevedere garanzie assolute sulle attività del personale sanitario.
3. La sicurezza sul luogo di lavoro.
4. L’errata previsione di fabbisogno di personale medico, l’accesso alla formazione e integrazione della rete formativa.
5. Il miglioramento della sicurezza delle cure e dell’organizzazione, la prevenzione e la riduzione del rischio clinico.
6. L’integrazione con l’assistenza territoriale (118, medici di medicina generale, guardia medica).
7. L’informazione all’utenza.

### PROPOSTE

**1. CONDIZIONI DI LAVORO** - Come dimostrato dalla letteratura scientifica più accreditata, lavorare in Pronto Soccorso è usurante. Aumentano sensibilmente per gli operatori le possibilità di patologia cardiopolmonari, aumenta il burnout. Anche per questi motivi, la scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza non è in Italia ancora tra le più ambite, al contrario di quanto avviene negli altri paesi UE. Si propone pertanto:  
- che tutti i medici in pianta organica presso 118, Pronto Soccorso e Medicina d’urgenza collegati, abbiano diritto ogni anno a ulteriori 10 giorni di ferie da godere continuativamente ed obbligatoriamente nei mesi non estivi.



- L'uscita, su richiesta del singolo medico, al compimento dei 60 anni di età, dai turni notturni, ovvero la possibilità di ridurre il numero.
- La previsione del rispetto di tutti gli istituti contrattuali e normativi previsti al fine di ridurre e contenere il disagio lavorativo in Pronto Soccorso.
- Sul sovraffollamento dei Pronto Soccorsi, con riferimento alle linee di indirizzo del Ministero sui limiti di tempi di permanenza del malato nei locali di Pronto Soccorso, la Commissione propone che si prevedano unitamente norme che impongano alle Regioni di adottare i provvedimenti necessari ad ottenere tale risultato (più posti letto, migliore assistenza territoriale, etc). Il mancato rispetto di questo obiettivo deve portare a sanzioni nei confronti del direttore generale e del direttore sanitario.
- In riferimento alla sicurezza sul luogo di lavoro, è indispensabile che gli organici dei Pronto Soccorsi non siano sottodimensionati al fine di una reale riduzione del rischio per gli operatori (è nozione comune che in caso di persona agitata/violenta il numero minimo di operatori sanitari per l'intervento di contenimento/sedazione non deve essere inferiore a 6 unità, disposizione che dovrebbe essere prevista nel Documento aziendale di Valutazione del Rischio). Inoltre, in tutte le sedi di PS devono essere presenti sistemi di sorveglianza attiva ed in video h 24 ed un canale dedicato per garantire l'accesso diretto delle forze dell'ordine.

## **2. PREVISIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE MEDICO, ACCESSO ALLA FORMAZIONE ED INTEGRAZIONE DELLA RETE FORMATIVA**

- I Pronto Soccorso in Italia sono 844 (513 di base e 331 complessi); lavorano nel sistema di urgenza 12.000 medici; 24 milioni le visite eseguite ogni anno, 2.800 gli accessi ogni ora al Pronto Soccorso. Le postazioni del 118 sono 103 (64 servono un bacino inferiore ai 500.000 abitanti, 28 tra 500000 e 1000000 e 11 un bacino superiore a un milione di abitanti). Appare evidente che aver previsto ogni anno la formazione in Italia di solo 162 medici specializzandi è palesemente insufficiente, tanto da aver generato in questi anni l'impiego di personale non in possesso del titolo di specialista, o quello frettoloso di medici da graduatorie di medicina generale, o peggio di avere appaltato al privato la gestione di alcuni Pronto Soccorsi. Su questo specifico punto la proposta di miglioramento deve prevedere tre fasi:

### *Oggi*

- prevedere che l'accesso all'area avvenga solo per concorso pubblico ed in regime di dipendenza, evitando di passare di sanatoria in sanatoria.
- Strutturazione come medico specialista dipendente nelle AO/ ASL del personale proveniente dalle graduatorie della specialistica ambulatoriale oggi in servizio nei pronto soccorso od al 118, se assunto per un numero di ore di servizio superiore alle 17 ore.
- Strutturazione, con apposito provvedimento legislativo, del personale attualmente in servizio da almeno 4 anni mediante concorsi riservati a tempo determinato, anche in assenza del diploma, prevedendo comunque la successiva iscrizione in sovrannumero alla di scuola di specializzazione e il riconoscimento di crediti formativi universitari.
- Iscrizione in sovrannumero nelle scuole di specializzazione per il restante personale in servizio da meno di 4 anni.
- Possibilità di assumere negli ospedali con contratti a tempo determinato gli specializzandi del IV e V anno.
- Si potrà altresì prevedere di assumere, con contratto a tempo determinato, gli specializzandi anche al III° anno ma limitatamente al lavoro dell'emergenza/urgenza pre-ospedaliera (118)
- Revisione delle tabelle di equipollenza per la Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza.

### *Domani*

- Le aziende potranno assumere personale medico neolaureato e comunque non in possesso dei titoli richiesti, in pronto soccorso o nel 118 solo con contratti di formazione lavoro a tempo determinato finalizzati all'acquisizione del titolo per lavorare in PS o nel 118. Questi medici entreranno automaticamente in sovrannumero nella scuola di specializzazione più vicina al posto di lavoro. I medici della struttura ospedaliera saranno obbligatoriamente nominati quali tutor.
- Al conseguimento del titolo il contratto a tempo determinato sarà convertito in contratto a tempo indeterminato mediante concorso riservato.

### *Dopodomani*

- Integrare la rete formativa, oggi solo universitaria, creando scuole di specializzazione sia universitarie che ospedaliere, tali da permettere di formare il numero di specialisti utili per poter coprire l'intero servizio dell'area.
- Da quella data prevedere che l'accesso all'area ed ai suoi ruoli dirigenziali sia consentito solo a coloro che avranno acquisito il titolo di specializzazione specifico o che abbiano lavorato in quella disciplina da più di 10 anni.

## **3. GESTIONE CODICI "MINORI" IN PRONTO SOCCORSO, SOVRAFFOLLAMENTO ACCESSI E PAZIENTI INVIATI DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**



- Coinvolgimento medici medicina generale, medici liste guardia medica, 118 e Specialisti ambulatoriali, per la gestione dei codici bianchi.
- Implementazione dei Sistemi di Telemedicina.
- Accesso diretto ai servizi interessati per pazienti già valutati in Pronto Soccorso che tornano per completamento diagnostico ("ritorni");
- Pazienti inviati dal medico di medicina generale per valutazione specialistica o radiologica con priorità U: invio diretto agli ambulatori negli orari di competenza/radiologia, indipendentemente dalla tipologia;
- Istituzione di un tavolo di lavoro permanente con i medici di medicina generale sugli accessi in Pronto Soccorso in ogni ULSS e a livello regionale;
- Ambulatori di guardia medica a fianco dei Pronto Soccorsi e prolungamento della loro apertura all'utenza.
- Campagna sulla valorizzazione dell'attività in PS, sul ricorso appropriato al PS, sui percorsi alternativi e contro l'aggressività verso il personale sanitario: spot pubblicitari per Social, TV e Web, pubblicità progresso sulla stampa cartacea e web, pieghevoli e manifesti da distribuire negli ospedali nei Poliambulatori e negli ambulatori dei medici di medicina generale
- Apertura presso ogni Regione di un tavolo tecnico permanente con le OO.SS. per valutare ulteriori proposte e procedure di miglioramento anche in relazione alle singole realtà locali.

Pertanto, secondo l'opinione della Commissione Emergenza Anaa Assomed, il "miglioramento delle condizioni di lavoro in ogni Pronto Soccorso e delle sempre più drammatiche condizioni dell'intera area emergenza-urgenza, non è più derogabile solo ad iniziative spontanee delle singole ULSS, ma deve diventare una priorità assoluta per le politiche sanitarie. Infatti, esso non potrà essere garantito solamente dall'assunzione degli specializzandi degli ultimi anni (in numero comunque assai ridotto rispetto alle esigenze), né dal solo raggiungimento di tempistiche "certe" delle attese, che necessitano comunque di risolvere anche il problema della carenza di posti letto".

## I Fatti

# «Pronto soccorso, pazienti a rischio basta con l'utilizzo dei neolaureati»

**Diffida del sindacato dei medici Anaa contro gli appalti a coop esterne per coprire i turni**

SILVANA LOGOZZO

ROMA. La fotografia dei medici del pronto soccorso italiani è quella di un campo di battaglia. Da Nord a Sud sono rimasti talmente in pochi che le Asl ricorrono agli appalti a cooperative e

società per coprire i turni. Arrivano camici bianchi che le aziende ospedaliere non hanno modo di valutare, spesso senza specializzazione, o che non hanno mai messo piede in un reparto d'emergenza. Il problema sta diventando talmente grave da indurre il maggiore dei sindacati medici italiani, l'Anaa Assomed, a ricorrere alle diffide ad Asl e Regioni di tutto il Paese per fermare i contratti a chiamata.

«La presenza di neolaureati senza pratica clinica in pronto soccorso e sulle ambulanze è un fatto gravissimo, illegale e va impedito perché mette a rischio la vita dei pazienti e riduce la sicurezza delle cure». La forte denuncia arriva dal segretario regionale del Veneto dell'Anaa Assomed, Adriano Benazzato. «A partire è stato il



le di 5 mesi, per un numero di 230 turni di 12 ore ciascuno e per un corrispettivo complessivo di 143.449,50 euro. L'Anaa Lazio intima all'Asl di annullare la delibera poiché «illegittima, in quanto dissimula un contratto di somministrazione di manodopera, la cui stipulazione è consentita esclusivamente alle Agenzie di lavoro iscritte all'albo del ministero, ed in possesso dei requisiti». «Anziché dare 600 euro a turno a un medico preso in cooperativa, della cui preparazione non si sa nulla, i direttori generali potrebbero pensare a dei gettoni per quei camici bianchi con contratto nell'emergenza che guadagnano quattro soldi», dice il segretario regionale Anaa Lazio.

Particolarmente critica anche la situazione in Piemonte, il segretario regionale Chiara Rivetti racconta: «Come sindacato siamo stati chiamati da alcuni neolaureati (solo abilitati) molto allarmati perché nonostante fossero stati reclutati per urgenze minori (codici bianchi e verdi) si sono ritrovati a dover affrontare emergenze più gravi, anche codici rossi». «Addirittura - continua - in un caso, un collega strutturato ha avuto un passaggio di consegne da un medico, fornito da una cooperativa, che neppure parlava italiano».

Una delle società che partecipa con frequenza agli appalti delle Asl nelle regioni è la Srl romana Medical line consulting: «Abbiamo 500 medici in tutta Italia, quando vinciamo una gara garantiamo i turni che ci chiedono - spiegano dall'azienda - e la qualità del medico. Il professionista deve avere specializzazioni o equipollenze. Come valutiamo i nostri medici? Facciamo un colloquio al telefono».

## «Io, dottoressa non specializzata a gettone ma senza formazione»

ROMA. «Sono un medico a gettone, gli ospedali mi chiamano, quando hanno bisogno. Il mio contratto prevede che mi occupi di urgenze minori in pronto soccorso ma di notte siamo in due, e se il medico strutturato deve uscire per accompagnare un paziente grave in un altro ospedale, io resto da sola ad affrontare anche emergenze gravi. E non sono preparata adeguatamente, non sono specializzata, è pericoloso sia per i pazienti che per me». Anna (nome fittizio), racconta all'Ansa l'angoscia che prova ogni volta che esce di casa per

andare a lavorare in un pronto soccorso del Veneto dove ha avuto un contratto a chiamata: «Con poche richieste al mese guadagno più di un medico con contratto. Mi danno 500 euro lordi per un turno di 12 ore. Ma non ho copertura previdenziale, non sono previsti ferie o malattia e pago da me una polizza assicurativa calibrata sul rischio professionale del mio contratto - racconta -. Ma quando esco per andare in pronto soccorso mi spaventa quello che mi aspetta e sento il peso del rischio che corro».

Veneto nel 2016, ma ora si è diffusa in tutte le regioni la pratica dei camici bianchi con contratti libero professionali - spiega Benazzato - è una pratica incostituzionale, illegale, che le Asl non possono continuare a seguire perché viola la legge dello Stato che obbliga ai concorsi per l'impiego nel pubblico. Il ricorso a quel tipo di contratto è stato dichiarato illegittimo anche dal Consiglio di Stato».

Anche il Lazio non ride e specialmente nei pronto soccorso fuori Roma la situazione è diventata insostenibile. È di ieri la diffida inviata da Anaa Lazio alla direzione amministrativa dell'Asl Roma 5 Tivoli in seguito alla delibera, «al fine di scongiurare l'interruzione di pubblico servizio», per l'appalto di affidamento del servizio di turni di pronto soccorso. La gara è stata vinta dalla Società Heart Life Croce Amica per la durata presumibi-



# quotidianosanità.it

Lunedì 01 LUGLIO 2019

## Il mancato consenso informato è un danno autonomo rispetto al danno al paziente: la Cassazione stabilisce un doppio risarcimento

***Il consenso informato va risarcito in maniera ulteriore e autonoma rispetto al danno da errato trattamento medico se non è stato formulato secondo tutti i canoni e i parametri dei possibili rischi di un intervento. Il caso riguardava il risarcimento chiesto dai genitori per i danni lamentati in conseguenza della nascita della figlia affetta da ectromelia dell'arto superiore sinistro, per la mancata rilevazione "della situazione di aplasia di cui era portatore il feto" in sede di esami ecografici eseguiti dal primo medico presso il proprio studio e poi dal secondo presso l'ospedale. L'ORDINANZA.***

Doppio risarcimento per chi subisce un danno da responsabilità medica e in più non ha avuto un corretto consenso informato.

Questo perché nei giudizi di responsabilità medica, la mancata acquisizione del consenso e l'errore nell'intervento medico costituiscono due prestazioni ben distinte, che non possono essere considerate complessivamente.

La novità arriva dalla Cassazione che con l'ordinanza 16892/2019 ha cassato una sentenza della Corte d'Appello, rinviandola ai giudici di primo grado perché correggessero il tiro, stabilendo che i conti per i rimborsi dovessero essere tutti rivisti alla luce della sua nuova pronuncia.

### Il fatto

**Due genitori chiedevano il risarcimento dei danni lamentati in conseguenza della nascita della figlia affetta da ectromelia dell'arto superiore sinistro**, per la mancata rilevazione "della situazione di aplasia di cui era portatore il feto" in sede di esami ecografici eseguiti dal primo medico presso il proprio studio e poi dal secondo presso l'ospedale.

**La Corte di Appello ha accettato il ricorso e quindi condannato i due medici al risarcimento solo per il danno da "nascita indesiderata"**, che "però ha rappresentato solo una delle richieste risarcitorie formulate dai coniugi" accanto, ma distinti ontologicamente, agli ulteriori danni da invalidità temporanea totale e parziale e da invalidità permanente, nel loro aspetto biologico patrimoniale ed extrapatrimoniale, quale conseguenza dell'omessa diagnosi in utero della malformazione e dell'esposizione dei genitori, a seguito del parto, di una bimba malformata ma che fino a quel momento era stata ritenuta perfettamente sana. Nonché del danno psichico e di quello derivante dalla diminuita vita di relazione dei genitori, patiti sempre in conseguenza di una gravissima negligenza ed imperizia dei medici e della struttura sanitaria che non hanno consentito loro di essere preparati alla nascita di una figlia malformata".

### La sentenza

**Secondo la Cassazione, l'obbligo del consenso informato costituisce legittimazione e fondamento del trattamento sanitario** senza il quale l'intervento del medico è - al di fuori dei casi di trattamento sanitario per legge obbligatorio o in cui ricorra uno stato di necessità- sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente.

**"Trattasi – si legge nell'ordinanza - di obbligo che attiene all'informazione circa le prevedibili conseguenze del trattamento** cui il paziente viene sottoposto, e in particolare al possibile verificarsi, in conseguenza dell'esecuzione del trattamento stesso, di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente, al fine di porre quest'ultimo in condizione di consapevolmente consentire al trattamento sanitario prospettatogli. Il medico ha pertanto il dovere di informare il paziente in ordine alla natura dell'intervento, alla portata dei possibili

**E aggiunge: “Si è al riguardo ulteriormente precisato che l'acquisizione da parte del medico del consenso informato costituisce prestazione altra e diversa** da quella dell'intervento medico richiestogli, assumendo autonoma rilevanza ai fini dell'eventuale responsabilità risarcitoria in caso di mancata prestazione da parte del paziente ( cfr. Cass., 16/05/2013, n. 11950, che ha ritenuto preclusa ex art. 345 c.p.c. la proposizione nel giudizio di appello, per la prima volta, della domanda risarcitoria diretta a far valere la colpa professionale del medico nell'esecuzione di un intervento, in quanto costituente domanda nuova rispetto a quella -proposta in primo grado- basata sulla mancata prestazione del consenso informato, differente essendo il rispettivo fondamento)”.

**Si tratta quindi di due diritti distinti.**

**Il consenso informato attiene al diritto fondamentale della persona all'espressione della consapevole adesione** al trattamento sanitario proposto dal medico e quindi alla libera e consapevole autodeterminazione del paziente.

**Il trattamento medico terapeutico ha viceversa riguardo alla tutela del (diverso) diritto fondamentale alla salute.**

**Quindi in termini pratici secondo la Cassazione la distinzione comporta** “che il risarcimento spettante al paziente che non abbia rilasciato il proprio consenso a un intervento che, poi, non sia neanche stato eseguito correttamente è doppio: uno per l'errata esecuzione della prestazione del sanitario e un altro, ulteriore e autonomo, per l'omesso consenso informato”.

**Se doppia è la lesione, quindi, anche il risarcimento è doppio.**



# quotidianosanità.it

Sabato 29 GIUGNO 2019

## Aggressioni in sanità. Datore di lavoro colpevole se non attiva evento formativo dopo l'episodio

***In una sentenza di qualche settimana fa la Corte di Cassazione ha infatti condannato per omessa formazione un datore di lavoro che a seguito di infortunio subito da un prestatore d'opera, si era limitato soltanto a "correggere" il piano di lavoro e a rendere sicura una scala. E questo vale anche quando ci troviamo di fronte ad un infortunio sul lavoro quando un operatore sanitario viene aggredito durante lo svolgimento della propria attività professionale.***

Un reato permanente ([QS 28.6.2019](#)) rischia anche il Datore di Lavoro in Sanità se a seguito aggressioni o violenze subite sul lavoro da un operatore del comparto non attiva un evento formativo ed informativo ai sensi degli articoli 36 e 37 del D.Lg.vo 81/08 in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro per il dipendente oggetto dell'aggressione e per i suoi colleghi per quel determinato rischio lavorativo. In una sentenza di qualche settimana fa la Corte di Cassazione ha infatti condannato per omessa formazione un datore di lavoro che a seguito di infortunio subito da un prestatore d'opera, si era limitato soltanto a "correggere" il piano di lavoro e a rendere sicura una scala.

Precisiamolo una volta per tutte. Ci troviamo di fronte ad un infortunio sul lavoro quando un operatore sanitario viene aggredito durante lo svolgimento della propria attività professionale. Così dice l'INAIL sul sito istituzionale: "L'assicurazione obbligatoria Inail copre ogni incidente avvenuto per "causa violenta in occasione di lavoro" dal quale derivi la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni.

Si differenzia dalla malattia professionale poiché l'evento scatenante è improvviso e violento, mentre nel primo caso le cause sono lente e diluite nel tempo. La causa violenta è un fattore che opera dall'esterno nell'ambiente di lavoro, con azione intensa e concentrata nel tempo, e presenta le seguenti caratteristiche: efficienza, rapidità ed esterioresità. Può essere provocata da sostanze tossiche, sforzi muscolari, microrganismi, virus o parassiti e da condizioni climatiche e microclimatiche. In sintesi, una causa violenta è ogni aggressione che dall'esterno danneggia l'integrità psico-fisica del lavoratore.

L'occasione di lavoro è un concetto diverso rispetto alle comuni categorie spazio temporali riassumibili nelle espressioni "sul posto di lavoro" o "durante l'orario di lavoro". Si tratta di tutte le situazioni, comprese quelle ambientali, nelle quali si svolge l'attività lavorativa e nelle quali è imminente il rischio per il lavoratore. A provocare l'eventuale danno possono essere: elementi dell'apparato produttivo, situazioni e fattori propri del lavoratore situazioni ricollegabili all'attività lavorativa. Non è sufficiente, quindi, che l'evento avvenga durante il lavoro ma che si verifichi per il lavoro, così come appurato dal cosiddetto esame eziologico, ossia l'esame delle cause dell'infortunio.

Deve esistere, in sostanza, un rapporto, anche indiretto di causa-effetto tra l'attività lavorativa svolta dall'infortunato e l'incidente che causa l'infortunio." Ecco perché il Datore di Lavoro, anche di fronte ad un'aggressione in sanità deve inoltrare la "Denuncia/comunicazione di infortunio" all'Inail in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori, dipendenti o assimilati, che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni escluso quello dell'evento. Per gli infortuni con prognosi di almeno un giorno, escluso quello dell'evento, è necessario inoltrare la "Comunicazione di infortunio" (area prevenzione). Si è avuto dalla recente sentenza della Cassazione, una ulteriore conferma dell'importanza e validità della formazione e informazione nel campo della prevenzione sul posto di lavoro. Sarebbe estremamente riduttivo e semplicistico considerare questi momenti, come qualcosa di marginale e trascurabile o più semplicemente solo estemporaneo.

Peraltro sul nostro giornale ([QS 12.1.2019](#)) abbiamo ampiamente documentato i danni delle aggressioni in sanità quale causa diretta di infortunio: "Decremento della produttività del personale, Aumento dell'assenteismo, Incremento di congedi per motivi di salute, Elevato turnover sono le prime conseguenze di tipo organizzativo,

sociale ed economiche, cui vanno incontro gli operatori sanitari vittime di aggressioni e violenze in sanità. I danni legati a questo fenomeno, indubbiamente in costante crescita nel nostro Paese, sono dovuti a disturbi post-traumatico da stress, disturbo d'ansia generalizzato e depressione che danno luogo ad una ridotta attenzione sul lavoro, una sottovalutazione del rischio con distrazione e mancata osservanza degli obblighi per la salute e sicurezza sul lavoro.”

***Domenico Della Porta***



# quotidianosanità.it

Lunedì 01 LUGLIO 2019

## **Rischio procedura infrazione UE. Tra le somme per scongiurarla anche 800 milioni del pay back farmaceutico? Regioni in rivolta: “Quei soldi sono della sanità”. Nuovi tagli al Fondo?**

***Secondo l'assessore alla sanità del Lazio Alessio D'Amato nella nota che il Governo si appresterebbe ad inviare a Bruxelles per scongiurare la procedura d'infrazione nella voce "maggiori entrate" comparirebbero anche gli 800 mln pagati dalle aziende dopo l'accordo sul payback e che il Mef non ha ancora stornato alle Regioni. “Su questo tema serve chiarezza”, dice l'assessore alla sanità del Lazio che teme una riduzione dello stesso importo del Fondo sanitario 2020.***

“Se fosse confermato che nella nota del Governo in risposta a Bruxelles per la procedura di infrazione in relazione alle maggiori entrate compare anche la voce del cosiddetto Payback farmaceutico, ossia la compartecipazione delle industrie farmaceutiche al superamento dei tetti di spesa, staremmo parlando di risorse che ammontano a circa 800 mln di euro. Risorse delle Regioni che sono state già contabilizzate nei bilanci regionali e non risorse dello Stato. Se il MEF oggi inserisce queste somme come maggiori entrate vuol dire che di conseguenza si apprestano a ridurre dello stesso importo il Fondo sanitario nazionale? Su questo tema serve chiarezza”.

A dichiararlo è l'assessore alla sanità e l'Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, **Alessio D'Amato** alla vigilia della riunione del Consiglio di Ministri che proprio oggi dovrebbe varare l'assestamento di bilancio anche in relazione al rischio dell'apertura della procedura di infrazione europea.

Ricordiamo che il totale dell'accordo sul payback 2013-2017 è di 2,37 mld, di questi 1,5 mld erano già stati pagati negli anni precedenti dalle aziende mentre 800 mln sono le risorse 'fresche' arrivate in seguito all'intesa tra aziende, Governo e Regioni e che però il Mef non ha ancora stornato alle Regioni.

“Si vuole sterilizzare il payback – spiega D'Amato a Qs - e ridurre di pari importo il fondo sanitario. Ma il payback non è una maggiore entrata dello Stato, sono risorse già spese e messe a bilancio dalle Regioni. Il Ministro Grillo ha detto in più occasioni che non ci saranno tagli ma del Mef ancora non ha parlato nessuno. Serve chiarezza, qui si sta tentando di tagliare il Fondo sanitario”.

Sempre D'Amato il 31 maggio scorso aveva lanciato un primo allarme sulla destinazione d'uso delle somme del pay back farmaceutico diffidando il Governo a usarle per "sterilizzare" gli aumenti del Fsn.

# quotidianosanità.it

Lunedì 01 LUGLIO 2019

## 'Legge Gelli' ancora "monca". Mancano tre decreti sulle assicurazioni in capo allo Sviluppo Economico. I ginecologi dell'Aogoi scrivono al ministro Di Maio

***All'appello per la definitiva attuazione della legge sulla responsabilità professionale mancano infatti ancora tre decreti: sulle forme di copertura; le modalità e i termini per la comunicazione all'Osservatorio Nazionale dei dati; sui criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle polizze. "In assenza di questi provvedimenti – sottolinea l'Aogoi - la legge resta monca, a discapito della tutela dei professionisti sanitari e dei pazienti danneggiati"***

"Riteniamo doveroso, urgente e indifferibile l'intervento del Ministro Di Maio, affinché il Dicastero dello Sviluppo Economico adempia agli obblighi previsti dalla Legge 24/2017 (legge Gelli) sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure, obblighi chiari che non possono più essere disattesi. Tutti i protagonisti del mondo sanitario attendono, ormai da tempo, la piena attuazione della legge Gelli, che ha introdotto, tra le novità più rilevanti, un sistema atto a consentire un maggior controllo del rischio e una più effettiva tutela della persona danneggiata e del personale sanitario". Così **Elsa Viora**, Presidente Aogoi, Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani.

La legge Gelli prevede, in capo ad ogni azienda sanitaria e sociosanitaria, pubblica e privata, l'obbligo di dotarsi di un'adeguata copertura assicurativa per danni derivanti da responsabilità civile verso terzi, o, in alternativa, l'adozione di "altre analoghe misure". Tale obbligo – spiega l'Aogoi in una nota - riguarda anche gli esercenti le professioni sanitarie che vengano chiamati in proprio a rispondere dell'errore medico.

La legge (art. 10) demanda a tre specifici provvedimenti successivi, che il Ministero dello Sviluppo Economico avrebbe dovuto emanare entro il 31 luglio 2017, la definizione di alcuni aspetti sostanziali senza i quali la volontà del legislatore è destinata a rimanere priva di effetti:

- i caratteri essenziali delle possibili forme di copertura;
- le modalità e i termini per la comunicazione all'Osservatorio Nazionale dei dati relativi alle polizze stipulate dalle strutture e dai singoli professionisti;
- i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture sanitarie e con gli esercenti la professione sanitaria.

"La tempestiva regolamentazione di questi profili è, quindi, di fondamentale importanza per dare effettività e concretezza al disposto dell'atto legislativo. Al contrario, il perseverare della situazione di stallo in cui ci troviamo comporta evidenti e ingiustificati rischi a carico di tutti gli esercenti la professione sanitaria e dei pazienti, rischi la legge Gelli, già in vigore da due anni, mira esplicitamente a evitare", aggiunge **Antonio Chiantera**, Segretario Nazionale Aogoi.



# quotidianosanità.it

Lunedì 01 LUGLIO 2019

## Leucemia mieloide acuta, negli ultimi due anni boom di trattamenti

***Negli ultimi 24 mesi negli Usa sono state approvate 10 molecole. A giugno di quest'anno l'Aifa ha inserito la combinazione di daunorubicina e citarabina nel fondo per i farmaci innovativi. Per gli esperti adesso serve una diagnostica molecolare raffinata che permetta di identificare il sottotipo di malattia e personalizzare la terapia. Questi temi sono stati affrontati in un convegno a Milano venerdì 27 giugno.***

È la leucemia più diffusa e ogni anno colpisce in Italia circa 2.500 persone, soprattutto over 60. Ha un tasso di sopravvivenza molto basso e ne esistono diversi sottotipi. La leucemia mieloide acuta secondaria (Lma) è un tumore aggressivo causato dalla moltiplicazione incontrollata di una delle cellule immature presenti nel midollo osseo. Ha un'incidenza di circa 4,2 persone ogni 100.000 abitanti e per questo è considerata una malattia rara (che per definizione colpisce fino a 5 pazienti ogni 10.000 abitanti).

Più che in altre malattie, è fondamentale una diagnosi accurata per individuare le opzioni di trattamento più adeguate. Proprio di questi temi si è discusso venerdì 27 giugno a Milano, all'interno del convegno "Leucemia mieloide acuta: nuove prospettive terapeutiche", promosso da Jazz Pharmaceuticals e con il patrocinio della Regione Lombardia.

### **Negli ultimi due anni molti passi avanti**

"Fino a due anni fa i trattamenti a nostra disposizione non erano molti – ha ricordato **Roberto Cairoli**, direttore Sc Ematologia all'Asst Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano – Oggi, grazie alla caratterizzazione biologica della Lam, i nostri pazienti hanno a disposizione una serie di molecole che possono migliorare la loro storia clinica e la qualità della loro vita". E Giuseppe Rossi, direttore della Struttura complessa di Ematologia e del Dipartimento di Oncologia Clinica all'Asst Spedali Civili di Brescia, ha aggiunto: "Negli ultimi 24 mesi negli Stati Uniti sono stati approvati 10 farmaci per questa patologia. Adesso abbiamo bisogno di una diagnostica molecolare estremamente fine per prescrivere le molecole più appropriate al sottotipo di patologia del paziente".

Siccome la maggior parte di chi ha la leucemia mieloide acuta ha oltre 60 anni, è difficile il trapianto allogenico, che rappresenta la vera possibilità di guarigione evitando la recidiva di malattia. Per questo le speranze oggi si orientano alla terapia farmacologica, sempre più cucita su misura.

**Paolo Corradini**, presidente della Società Italiana Ematologia, ha ricordato gli ambiti di ricerca più interessanti, quelli che "esploderanno" nei prossimi anni: "In primis quelli che forniranno gli strumenti per scoprire le lesioni genetiche precise di una malattia – ha ricordato Corradini, che è anche direttore della Sc di Ematologia presso la Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano– Questo consentirà di somministrare trattamenti specifici. Poi vi è la branca dell'immunoterapia, con gli anticorpi bispecifici e le car-T cells, un modo per colpire la malattia molto diverso dalla chemioterapia o dal trapianto di midollo, che sono le terapie che abbiamo avuto a disposizione in questi anni. Infine, con la Crispr technology (una sorta di taglia-e-cuci molecolare, ndr) la terapia genica sta di fatto diventando realtà. Culturalmente tutto questo avrà impatti organizzativi sugli aspetti sanitari – ha ricordato lo specialista – La politica si sta interessando a questi impatti? Forse si potrebbe fare di più per capire come dovrebbe cambiare l'organizzazione di alcuni ospedali. Il costo della terapia non è tutto".

### **Garantire l'accessibilità all'innovazione**

Il 18 giugno Aifa ha inserito la combinazione di daunorubicina e citarabina nel fondo per i farmaci innovativi.

**Giovanni Martinelli**, direttore scientifico dell'Irccs Istituto Tumori della Romagna, ha affermato: «Finalmente abbiamo a disposizione una medicina che agisce sul meccanismo del cariotipo complesso, cioè le multiple alterazioni complesse con cui si manifesta la Lma. Queste molecole riescono a penetrare in modo selettivo



all'interno delle cellule del midollo, là dove è avvenuto lo sbaglio e le inibisce portando a morte prevalentemente quelle tumorali. Questa è una bella notizia, soprattutto per le persone fragili e anziane».

«Oggi ci sono dei farmaci innovativi, quelli biotecnologici per esempio, che soprattutto in oncologia hanno un'attività mirata su alcune proteine mirate – ha ricordato **Giorgio Racagni**, presidente eletto della Società Italiana di Farmacologia – Questo permette la personalizzazione della terapia e la precisione farmacologica. L'importante è che oltre a introdurre i farmaci, questi siano poi disponibili e accessibili ai pazienti. Oggi a volte si registra una disomogeneità nell'accesso ai farmaci a livello regionale».

### **Dalla parte del paziente**

Al congresso milanese non si è parlato solo di farmaci, ma anche dei bisogni del paziente ematologico, al di là della terapia. «Come AIL da 50 anni aiutiamo i pazienti a soddisfare i loro bisogni materiali. Per esempio, le 36 case AIL presenti sul territorio nazionale forniscono alloggio gratuito a pazienti e familiari costretti a cambiare città per avere l'accesso alle terapie – ha affermato durante il suo intervento **Felice Bombaci**, volontario dell'Associazione italiana contro leucemie-linfomi e mieloma Onlus e coordinatore nazionale Gruppi AIL Pazienti Malattie Ematologiche – Dal 2009, poi, facciamo anche attività di advocacy, per permettere a chi ha avuto una leucemia di tornare alla vita senza subire lo stigma da parte della società». Oggi in Italia, infatti, manca una legge che tuteli il diritto all'oblio in ambito sanitario: «Oggi, se un bambino viene curato da una leucemia, quando a 20 anni si affaccia al mondo del lavoro rischia di trovarsi di fronte a un blocco, perché è stato un paziente ematologico, nonostante sia guarito. In Francia, dopo 10 anni dalla guarigione, la persona torna ad avere gli stessi diritti di chiunque altro. Come AIL puntiamo a renderlo possibile anche in Italia».

Sono poi state affrontate le reti ematologiche, che rappresentano un esempio di eccellente gestione del paziente ematologico che ha bisogno di punti di riferimento per affrontare l'intero percorso di cura. In alcune Regioni italiane, come Lombardia, Veneto Emilia Romagna e Puglia, sono già presenti reti in grado di intercettare, in una visione olistica, tutti i bisogni di cura del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) del paziente emato-oncologico. «Da qualche anno lavoriamo con le reti di patologia costruendo un modello che coinvolge i migliori professionisti – ha ricordato l'assessore regionale al Welfare **Giulio Gallera** – Adesso vogliamo fare un passo in più, passando dalle reti di patologia alle reti clinico-assistenziali, nella logica che al di là della valutazione clinica della patologia vi è la fase di diagnosi precoce, con il coinvolgimento dei Mmg e poi il decorso post-operatorio o post-ospedaliero e qui è fondamentale il ruolo delle strutture territoriali. Vogliamo migliorare la qualità della presa in carico del paziente migliorando anche le risorse da destinare».

Il consigliere regionale e membro della Commissione Sanità **Marco Mariani** ha ricordato che «in Lombardia abbiamo una rete ematologica d'eccellenza, ma per poter evolvere ancora abbiamo bisogno di grandi investimenti in ricerca. Da questo di vista siamo purtroppo carenti: una politica sanitaria a livello nazionale dovrebbe investire il più possibile in ricerca, che rappresenta il futuro per qualsiasi specializzazione al giorno d'oggi».

**Michela Perrone**



Milano, 1 luglio 2019 - L'Istituto Europeo di Oncologia è per il quarto anno consecutivo il centro italiano con il maggior numero di interventi di Prostatectomia radicale per tumore maligno della prostata. Il dato è confermato dal Piano Nazionale Esiti (PNE) dell'Agencia Nazionale per i Servizi Regionali (AGENAS) del Ministero della Salute che riporta 523 interventi nell'ultimo anno misurato (PNE 2018 con dati attività 2017).

“Per la prostatectomia robot-assistita il numero di interventi è un indicatore di qualità fondamentale - spiega il prof. Ottavio De Cobelli, Direttore del Programma Prostata e chirurgia mininvasiva in IEO - perché significa non solo esperienza e competenza del chirurgo, che è la prima cosa che cercano i pazienti, ma anche capacità dell'ospedale di gestire il percorso post-operatorio per accompagnare il paziente nella ripresa, la più rapida e completa possibile, della sua quotidianità. Infatti proprio per migliorare la qualità di vita a parità di efficacia oncologica, in IEO siamo stati tra i primi in Europa a credere nella potenzialità della chirurgia robotica per il tumore della prostata. già nel 2006, e oggi, con più di 4.800 interventi di prostatectomia radicale, siamo il primo centro in Italia, e fra i primi in Europa per casistica e risultati”.

“La letteratura mondiale ha dimostrato in modo chiaro che il robot in sala operatoria permette di ottenere lo stesso risultato oncologico, con effetti collaterali post-intervento molto minori - continua il prof. De Cobelli - Per ottenere questi risultati tuttavia acquistare delle macchine non basta: bisogna investire in tecnologia. Da tempo la Risonanza Magnetica multiparametrica ed oggi anche la ricostruzione tridimensionale delle immagini della prostata, associata ad un esame istologico microscopico intraoperatorio delle strutture nervose che stanno intorno alla prostata, permettono una migliore e più sicura salvaguardia della rete nervosa deputata all'attività sessuale. Per il paziente questo si traduce in un aumento della capacità di recupero della potenza sessuale. Nell'ottica di una chirurgia personalizzata, è nato un concetto nuovo di “prostatectomia su misura”.

IEO è dal novembre 2017 per Intuitive Surgical (la casa statunitense produttrice del robot chirurgico Da Vinci, utilizzato in tutti i centri oncologici avanzati del mondo) il primo Epicenter in Italia, vale a dire l'unico centro nazionale che ha raggiunto gli alti livelli di esperienza e di dotazione tecnologica necessari per insegnare chirurgia robotica a livello internazionale.

I robot da Vinci sono più di 4100 nel mondo: 2703 negli USA, 538 in Asia e 698 in Europa, di cui 96 in Italia. Intuitive Surgical ha scelto fino ad oggi come Epicenter 22 prestigiosi istituti europei (fra cui



l'Hopital La Pitie – Salpetriere in Francia, il Karolinska in Svezia e il Guy's Hospital in Gran Bretagna) a cui si affianca da due anni lo IEO.

Negli ultimi anni l'applicazione della chirurgia robotica si è estesa anche ad altre patologie oncologiche urologiche: in IEO ad oggi sono stati eseguiti più di 1.100 interventi sul rene con tecnica robotica e interventi di chirurgia maggiore sulla vescica, come la cistectomia, o sui linfonodi, vengono ormai routinariamente eseguiti con il Robot Da Vinci, raggiungendo un totale di più di 6.000 interventi robotici.



# Sicilia

Contatto | provme@gazzettadelsud.it



**Piccoli miglioramenti** Gli investimenti complessivi e le spese fisse hanno beneficiato di un consistente piano di rientro che ha già dato qualche risultato

**Palermo, i costi del personale e dei servizi hanno beneficiato di un buon piano di rientro**

## Sanità, diminuisce la spesa totale ma cresce il ritardo nei pagamenti

Fanalino di coda le Asp di Messina e di Palermo. In costante aumento gli oneri dovuti per i versamenti oltre i termini ai fornitori

### PALERMO

La sanità siciliana costa meno ma paga i fornitori in ritardo. Le spese per il personale e i servizi hanno beneficiato di un consistente piano di rientro, ma soffrono i fornitori costretti ad aspettare tempi lunghi: il 30% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti. I ritardi maggiori a Messina e Palermo.

Il referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali relativa all'esercizio 2017 presentato dalla Corte dei Conti, scrive il Centro Pio La Torre, afferma in estrema sintesi che calano i debiti verso i fornitori, anche se gli oneri per interessi per ritardati pagamenti restano elevati, diminuisce il ricorso alle anticipazioni di tesoreria, ma aumentano le disponibilità liquide a fine esercizio, segno di una limitata fluidità nelle procedure di pagamento.



**Franco Garufi** Economista: «La Sicilia nel 2018 ha avuto finanziati 9 mld»

«La Regione siciliana che è stata oggetto di un piano di rientro di risanamento - sottolinea l'economista Franco Garufi -, ha acquisito nel 2018 un finanziamento di poco più di 9 miliardi di euro con un incremento dello 0,69% sul 2017 e con un'aliquota di compartecipazione fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario».

Il costo del personale in Sicilia è inoltre diminuito del 3,09% tra il 2013 e il 2017, passando da 2.780.697 milioni di euro a 2.694.720. Il rapporto percentuale tra costo del personale

e spesa totale è pari al 50,07% collocando l'isola grosso modo nella media nazionale. L'incidenza della spesa pro-capite sul Pil regionale è pari al 10,3% a fronte della media italiana del 6,6%. Diminuisce del 3,7% il valore nazionale del ticket fisso per ricetta pagato dagli assistiti.

Piangono i fornitori: il 30% dei pagamenti è stato effettuato oltre i termini previsti dalla legge. A livello di singole aziende spiccano il Policlinico di Messina (65%) e il "Papardo" (62%). Riguardo all'indicatore di tempestività dei pagamenti al trimestre 2018 è stato registrato, a livello regionale, un ritardo di 25 giorni medi. Si evidenziano ritardi particolarmente elevati per l'Aoup "Martino" di Messina (+141 giorni) e l'Aoup di Palermo (+131 giorni). Inoltre, i tempi di pagamento medi regionali non sembrano migliorare nel 2018 rispetto agli anni 2016 e 2017.

**Al primo posto tra gli enti "morosi" l'Azienda ospedaliera "Gaetano Martino" con 141 giorni di ritardo**

**Alti i casi di patologie tra la popolazione**

## Rapporto "Sentieri" Aree industriali sempre più pericolose

Monitorati i siti di Priolo, Augusta, Melilli, Siracusa, Milazzo e dell' hinterland

**Alessandro Ricupero**

### PRIOLO

«Visto il perdurare di eccessi di patologie già evidenziati per periodi precedenti, si raccomandano interventi di bonifica ambientale e di sanità pubblica».

Il quinto rapporto "Sentieri" (Studio epidemiologico nazionale territori e insediamenti esposti a rischio da inquinamento), consegna le sue raccomandazioni. L'analisi, coordinata dall'Istituto superiore di Sanità, rappresenta uno strumento di ricerca e sorveglianza efficace per valutare l'impatto sanitario dei siti contaminati. Sul sito di interesse nazionale di Priolo Gargallo, che comprende anche i comuni di Augusta, Melilli e Siracusa, che comprende anche i comuni di Augusta, Melilli e Siracusa, le conclusioni purtroppo evidenziano eccessi di patologie e necessari interventi di bonifica, soprattutto in relazione alla presenza di amianto. Nel territorio si segnalano la presenza di impianti chimici, portuali, amianto e discariche.

«L'incidenza dei mesoteliomi tra il 2000 e il 2011 nel sito di Priolo risulta in eccesso sia tra gli uomini che tra le donne rispetto alla popolazione delle regioni di Sud e Isole. I dati confermano nell'area di Priolo un attuale carico di patologie asbesto correlate, indice di esposizione d'amianto sia in ambito occupazionale sia ambientale. La presenza dell'ex fabbrica di manufatti in cemento amianto richiede un'attenzione quale potenziale fonte espositiva sia per i lavoratori sia per le popolazioni. Uno studio sulla distribuzione dell'incidenza delle patologie oncologiche nel sito, che ha considerato i dati del Registro tumori della provincia di Siracusa, ha evidenziato che gli eccessi a carico di varie sedi neoplastiche sono concentrati nelle città di Siracusa e Augusta».

Come evidenziato nel precedente rapporto «resta elevato il livello di ospedalizzazioni sia tra gli uomini, sia tra le donne, ma a destare preoccupazione è l'eccesso

di ricoverati per le malattie respiratorie acute in età pediatrica, pediatrico-adolescenziale e giovanile. In età pediatrica si osserva anche un eccesso nel numero di ricoverati per asma, che sono invece in difetto tra i giovani adulti (20-29 anni). Tra le patologie segnalate dalla più recente letteratura come associate con inquinanti atmosferici emessi da impianti presenti nel sito, sono da segnalare gli eccessi dei ricoveri in entrambi i generi per malattie del sistema circolatorio e dell'apparato respiratorio, tra quest'ultime, l'asma».

Lo studio ha rilevato anche eccessi nell'incidenza del tumore della mammella in entrambi i generi, così come il melanoma della pelle che risulta in eccesso nell'analisi dell'incidenza negli uomini. Sono stati osservati in eccesso tumori in altre sedi, prostata e i testicoli. Per quanto riguarda le malformazioni congenite l'analisi osserva un eccesso nel sistema nervoso: «Il numero di nati da madri residenti tra il 2010 e il 2015 è stato pari a 9.811: nello stesso periodo sono stati osservati 283 casi di malformazione congenita. In eccesso la mortalità per tumore del polmone tra le donne».

Per quanto riguarda il sito di Milazzo, che comprende anche i Pace di Mela e San Filippo del Mela, si segnala la presenza di impianti per la produzione di apparecchiature elettriche, una raffineria, un impianto siderurgico e una centrale elettrica. La mortalità generale e per le principali cause di decesso non si discosta dalla media regionale tranne che per le malattie dell'apparato urinario in eccesso in entrambi i generi. Sono stati osservati eccessi di incidenza dei mesoteliomi tra gli uomini e dei tumori del polmone dell'ovario tra le donne. Gli eccessi dei tumori tiroidei erano già stati evidenziati nel 2014. «Si ritiene opportuno che venga proposto un programma di stima dell'esposizione di inquinanti in atmosfera come gli idrocarburi policiclici aromatici I metalli pesanti i composti organici volatili per individuare le fasce di popolazione particolarmente esposte».

**Approvata dall' "International federation business professional women" di Zurigo**

## La Sicilia adotta la "Carta dei diritti della bambina"

### PALERMO

La Regione Siciliana ha nei giorni scorsi aderito, adottandola, alla "Nuova carta dei diritti della bambina" totalmente dedicata alla tutela delle donne fin dalla nascita.

La decisione del governo Musumeci vede l'amministrazione regionale ricevere il documento approvato il 30 settembre 2016 durante il meeting delle presidenti europee dell' "International federation business professional women" tenutosi a Zurigo.

La Carta favorisce le politiche e le buone pratiche volte a garantire aiuto e protezione alle bambine, in modo che possano cre-

scere nella piena consapevolezza dei loro diritti e dei loro doveri contro ogni forma di discriminazione.

Il progetto è promosso dall'Associazione nazionale femminile e movimento d'opinione "Fidapa Bpw Italy" e prevede l'avvio di percorsi educativi ispirati al rispetto e all'uguaglianza tra i generi.

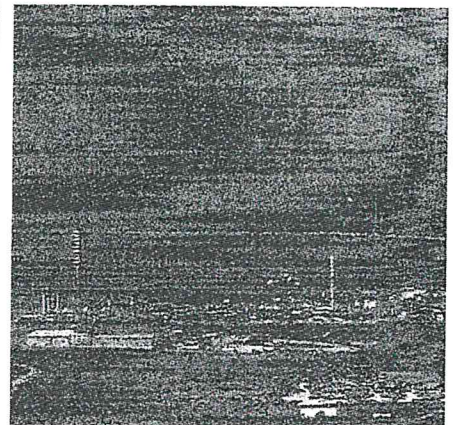
«Migliorare le condizioni e tutelare i diritti delle donne e delle bambine, all'interno delle famiglie, nel mondo della scuola e del lavoro - sottolinea il presidente della Regione Siciliana, Nello Musumeci - rientra nelle pratiche imprescindibili di ogni buona amministrazione. Questa deci-



**Nello Musumeci** il presidente si è detto fiero dell'iniziativa

sione testimonia, ancora una volta, la sensibilità del mio governo nei confronti di tutte quelle iniziative che promuovano sempre di più la cultura dell'integrazione e del rispetto delle donne».

Secondo quanto sancito dalla Carta ogni bambina ha il diritto di essere protetta e trattata con giustizia dalla famiglia, dalla scuola, dai servizi sociali, sanitari e dalla comunità; beneficiare di una giusta condivisione di tutte le risorse sociali; poter accedere, in presenza di disabilità, a forme di sostegno specifiche; ricevere un'adeguata istruzione in materia di economia e di politica che le consenta di crescere come cittadina consapevole.



**Il Polo petrolchimico di Augusta** Territorio sotto osservazione