



RASSEGNA STAMPA

29 SETTEMBRE 2010

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025

Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati

Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431

Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

Il Sole24Ore Sanità

Il testo della proposta di Fazio alle Regioni sull'intramoenia

Regolazione della libera professione intramoenia dei medici affidata alle regioni. Ma con tre paletti validi in tutta Italia: il tempo per le prestazioni extra dei dottori del Ssn non dovrà superare il 50% di quello dedicato alle prestazioni istituzionali; non ci dovranno essere spese in più per asl e ospedali né per i camici bianchi verso le aziende sanitarie; le tariffe andranno definite con un accordo parte della contrattazione integrativa. E ancora: controlli serrati per punire davvero i medici che sgarrano e per verificare comportamenti in odore di conflitto d'interessi e/o di concorrenza sleale.

Ferruccio Fazio ci riprova. Dopo una ripetuta serie di stop and go e di rinvii, anche con un provvedimento rinviato dall'aula della Camera a un complicato riesame in commissione, il ministro della Salute ha proposto alle regioni una nuova «bozza di accordo» con l'obiettivo di tentare d'uscire dall'impasse su un terreno scottante.

Una soluzione, quella proposta da Fazio e anticipata dal settimanale «Il Sole-24 Ore Sanità», che in teoria dovrebbe dispiacere meno alle regioni che rivendicano ampia autonomia organizzativa in materia. E che tuttavia potrebbe ancora non bastare ai governatori, tanto più nella complessa fase di transizione verso il federalismo fiscale. Senza dire che sul tappeto resterebbe ancora irrisolto il nodo della cosiddetta «Alpi», la libera professione svolta dai medici nei loro studi, che scade a fine gennaio 2011.

Le modalità d'esercizio della libera professione, spiega (e riconosce) la bozza di accordo proposta dal ministro, «è disciplinata dalle regioni e dalle province autonome». Sulla base però di precisi punti fermi. I piani di attività e di programmazione in ambito regionale e aziendale, infatti, dovranno assicurare un equilibrato rapporto tra attività istituzionale e libera professione intramoenia, garantendo tre condizioni. La prima: il volume di attività intramoenia di ciascun medico non deve superare quello dovuto per l'attività istituzionale, e comunque non potrà richiedere un impegno orario «superiore al 50%». Secondo paletto: la libera professione svolta all'esterno delle strutture aziendali non potrà comportare oneri aggiuntivi per asl e ospedali «né per il professionista» verso l'azienda stessa. Infine, la terza condizione: le tariffe della libera professione intramoenia, da fissare dall'azienda sanitaria di appartenenza con i dirigenti interessati «previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa», dovranno remunerare tutti i costi a carico di asl e ospedali evidenziando tutti i singoli compensi (del professionista, dell'equipe, del «personale di supporto») nonché i «costi pro quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature».

Ultimo punto dell'accordo proposto dal ministro della Salute, riguarda le regole su un altro punto scottante: i controlli sul regolare svolgimento della libera professione intramoenia, fin qui assolutamente carenti, se non a volte inesistenti. Monitoraggio e controllo del corretto svolgimento della libera professione intramoenia spetteranno alle regioni, che dovranno verificare furbate a danno dei cittadini e del servizio pubblico, dal dirottamento dei pazienti all'allungamento delle liste d'attesa. Anche accertando i casi di «insorgenza di un conflitto d'interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale». Va da sé che le regioni dovranno anche «individuare le relative misure sanzionatorie». Chi sbaglia paga, chissà se davvero e una volta per tutte.

Ap Com

OPPOSIZIONE DENUNCIA: POLVERINI IN LAZIO CHIUDERÀ 17 OSPEDALI

Il piano di rientro della sanità della regione Lazio potrebbe prevedere la chiusura di 17 ospedali e la cancellazione di 3.078 posti letto, di cui 1.623 di riabilitazione e lunga degenza. Il capogruppo del Pd laziale, Esterino Montino, ha 'rivelato' questo pomeriggio quelli che dovrebbero essere i punti chiave del piano messo a punto dalla giunta Polverini. "Siamo entrati in possesso di questi dati che fotografano una situazione diversa da quella dipinta dal governatore", spiega Montino. Ma quali sono gli ospedali destinati alla chiusura secondo i dati del capogruppo del Pd? Subiaco, dove ieri i cittadini hanno bloccato l'autostrada per protesta, ma anche Bracciano, Monterotondo, Amatrice, Rocca Priora, Acquapendente, Montefiascone, Roncigliano, Ceccano, Ceprano Anagni, Ferentino, Itri, Pontecorvo, Aquino e Nuova Regina Margherita. In dubbio la sorte di altri tre: Magliano, Sezze e Gaeta. Un errore di fondo la chiusura di queste strutture, spiegano, poiché non si aggredisce il problema: Roma. Secondo Montino, infatti, è all'interno della città che sono presenti meno posti letto per mille abitanti: "Circa due nelle strutture della Capitale, quando la media dovrebbe assestarsi sui 3,3". Numeri allarmanti per l'opposizione che in chiusura ha lanciato una provocazione al governatore: "La Polverini ha capito solo ora cosa vuol dire fare il presidente e non girare spot elettorali".

Dire

SANITA'. POLVERINI: SMENTISCO CATEGORICAMENTE MONTINO

"Smentisco categoricamente che le notizie emanate poco fa dalla minoranza capeggiata dal capogruppo del Pd, Esterino Montino, siano vere". Lo ha detto il presidente della Regione Lazio, Renata Polverini,

AAROI-EMAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

commentando le informazioni diffuse dal capogruppo del Pd alla Pisana, Esterino Montino, e dai consiglieri di tutta l'opposizione sul piano di riordino della rete ospedaliera. "Lo prego di assumere con grande senso di responsabilità parole diverse- ha aggiunto- perché sta facendo terrorismo psicologico nei confronti delle persone e sta fomentando una situazione che non lo merita, perché stiamo lavorando con serietà, per fare quello che loro in cinque anni non sono stati capaci di fare o non hanno voluto fare perché collusi con tutti quelli che lavoravano in Regione".

Il Gazzettino

E adesso dove vado a partorire?

I recenti episodi di parti drammatici, con esiti gravissimi e irrimediabili, hanno gettato il panico tra le donne e le famiglie italiane in cui si aspetta un bambino. Panico comprensibile, che può essere ridotto da una più pacata analisi di quanto è avvenuto, con tre obiettivi: analizzare la realtà italiana con solidità di dati scientifici e clinici; comprendere la natura del "rischio ostetrico"; e distinguere i problemi gravi che possono insorgere nelle gravidanze obiettivamente ad alto rischio dagli errori evitabili e non difendibili dovuti a negligenza, imperizia e imprudenza del medico. Solo così l'opinione pubblica può maturare una visione equilibrata della nostra realtà ostetrica.

Vediamo oggi il primo punto. La ricerca condotta dal dottor Christopher Murray dell'Institute for Health Metrics and Evaluation, e pubblicata quest'anno sulla rivista The Lancet, la più autorevole in ambito medico, indica che l'Italia è il Paese più sicuro al mondo in cui partorire. Con una percentuale di 3,9 decessi ogni 100 mila nati, è ultima nella classifica della mortalità durante la gravidanza e il parto, con dati valutati fino a 42 giorni dopo il parto.

Perché la donna può morire? Per emorragia massiva con shock emorragico, per crisi ipertensiva, per embolia polmonare, coagulazione intravascolare disseminata, setticemia...

Al secondo posto c'è la Svezia, mentre al terzo si trovano Lussemburgo e Australia. Il dato peggiore è dell'Afghanistan, con 1575 donne morte/100.000 nati e dell'Africa Centrale (1570/100.000).

Il dato obiettivo nazionale è fortunatamente molto diverso dalla percezione che se ne è avuta in questi giorni. Inoltre, l'ultimo rapporto sulle nascite in Italia realizzato dal ministero della Salute rileva la preferenza per le strutture pubbliche, che nell'ostetricia offrono in genere standard di assistenza migliori rispetto alle private: solo poco più di un parto su 10 (l'11,6%) avviene nelle case di cura e lo 0,1% a domicilio.

Ed ecco il problema delle strutture troppo piccole, non adeguate, in caso di parti difficili o di emergenze (diceva un collega: "La sala parto è fatta da ore di noia mortale intervallate da minuti di puro terrore"). Un parto su 10 avviene in luoghi che accolgono meno di 500 nascite l'anno, inferiore al tetto indicato negli standard di sicurezza previsti in un decreto del 2000.

I centri più grandi sono presenti soprattutto al nord. In Val d'Aosta, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte oltre l'87% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni, con almeno mille nascite l'anno.

Elevato numero di parti significa avere all'interno dell'ospedale, e quindi immediatamente disponibili per ogni emergenza, il ginecologo, l'anestesista e il neonatologo, oltre a strutture di rianimazione più qualificate per curare tempestivamente mamma e bambino.

Ecco perché è saggio chiudere le piccole unità parto, al di là di campanilismi che non considerano che l'emergenza, in ostetricia, è davvero questione di pochissimi minuti. Perché un medico "reperibile" su chiamata (che non è cioè fisicamente in ospedale, perché nei piccoli ospedali non c'è abbastanza personale per coprire tutti i turni interni) non ha materialmente il tempo di arrivare.

Certo, anche la rete dell'ostetricia in Italia funziona a macchia di leopardo: ed è la qualità dei medici, delle ostetriche, delle infermiere del singolo reparto, che fa la differenza.

Complessivamente, la realtà ostetrica italiana risulta essere tra le migliori del mondo, anche se molto perfezionabile, soprattutto sul fronte della umanizzazione dei punti nascita, e la riduzione della morbidità, ossia delle patologie che non causano la morte ma che possono ledere salute e qualità di vita di mamma e neonato.

In pratica, è quindi molto meglio rivolgersi all'ospedale pubblico, con maggior numero di parti, e farsi seguire da un ginecologo particolarmente dedito all'ostetricia, perché anche la qualità del monitoraggio prima e durante la gravidanza, e durante il parto, fa la differenza (in Francia hanno già separato la carriera del ginecologo da quella dell'ostetrico). Tanto meglio se la qualità è condivisa con ostetriche e infermiere.

Il futuro dovrà essere l'accreditamento, processo in cui periodicamente verrà valutato per ogni ospedale non solo il numero e il tipo dei parti (per via vaginale o con taglio cesareo), ma il livello di assistenza, basato sia su dati obiettivi rigorosi di mortalità e morbidità materna e neonatale, sia sul dato "soggettivo" della soddisfazione che la donna ha avuto o meno rispetto alla qualità dell'assistenza, medica e umana, nel partorire in quell'ospedale. Fino a certificazioni di eccellenza, che consentano alla donna di partorire bene, serena e in salute, e ai medici di lavorare in scienza e coscienza, con soddisfazione e nel pieno rispetto della discrezionalità del proprio agire.

AAROIEMAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail:segreteria@aaroieamac.it
www.aaroieamac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

Tuttavia, in questo ambizioso progetto c'è una vulnerabilità intrinseca: non esistono gravidanze "senza rischi", ma gravidanze a basso, medio e alto rischio ostetrico. E qui c'è il secondo, importantissimo punto: il livello di rischio ostetrico può condizionare l'esito del parto in modo determinante, a parità di assistenza.

Può la donna ridurre il proprio rischio ostetrico? Sì, in parte: ne parliamo mercoledì!

Alessandra Graziottin - www.alessandragraziottin.it

L'Unione Sarda

San Gavino. In un convegno medico i rimedi palliativi per i pazienti terminali di tumore e di Sla Mai più sofferenze per i malati

Nuove frontiere della medicina contro i dolori

I più grandi esperti in campo europeo confrontano le ultime tecniche sperimentate per alleviare i dolori più atroci ai malati gravi. L'obiettivo è quello di annullare la sofferenza di chi non ha più la speranza di guarire.

Quando svanisce la speranza di guarire da una malattia che ormai non risponde più a trattamenti specifici e ha come diretta conseguenza la morte, ci può essere ancora spazio per le cure palliative. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici della malattia consente il raggiungimento di una migliore qualità di vita per i pazienti e le loro famiglie. Nella fase terminale della malattia un team di medici raggiunge a domicilio il paziente per rispondere ai bisogni, alle domande di assistenza e di cura con un atteggiamento improntato sul calore umano.

IL CONVEGNO Alleviare la sofferenza fisica e psichica e accompagnare il malato ad una morte dolce è il tema del terzo congresso internazionale "Incontro sardo europeo di terapia del dolore e cure palliative" in programma da domani a sabato nel teatro comunale di San Gavino. L'iniziativa promossa dalla Asl di Sanluri, dalla Provincia del Medio Campidano, dal Comune di San Gavino e dall'Associazione Europea di Cure palliative (Eapc), in collaborazione con Tonio Sollai, direttore del servizio di anestesia e rianimazione dell'ospedale Nostra Signora Bonaria, si propone di promuovere la formazione continua degli operatori sanitari e socio sanitari sulle cure palliative rivolte ai malati cronici o ai pazienti in una fase terminale più o meno lunga della malattia.

I MALATI Cure introdotte per assistere i malati di cancro nella fase terminale poi estese ad altre gravi malattie come disturbi neoplastici, bronco pneumopatici cronici, cardiopatici cronici, malattie neurologiche e nefrologiche e non ultima la Sclerosi laterale amiotrofica. Secondo l'ultimo dato ufficiale sono 179 casi di Sla accertati in Sardegna, ma per l'Aisla, Associazione Italiana Sla, oggi si contano 215 malati, dei quali 48 residenti nel Medio Campidano. «Abbiamo maturato grande esperienza nella cura dei malati affetti da Sla», sottolinea Tonio Sollai, «nel nostro territorio assistiamo 16 malati in ventilazione meccanica e 3-4 in ventilazione invasiva che seguiamo a domicilio dando i presidi necessari per la malattia anche prima che si presenti l'insufficienza respiratoria».

LA SLA Il numero dei pazienti in cura è quasi triplicato negli ultimi sei anni. «Si è creata una buona sinergia tra ospedale e territorio e in aggiunta il Comune mette a disposizione per alcune ore gli operatori sociali», aggiunge Maurizio Locci, direttore degli uffici di staff dell'Asl di Sanluri, «tutto ciò consente di dare riposo, per alcune ore al giorno, ai parenti impegnati nell'assistenza continua del malato. Il nostro è un modello di assistenza guardato con attenzione dalle altre Asl e dalle Commissioni Sla».

LE FAMIGLIE Anche per i familiari è necessaria la formazione, soprattutto, nel caso dei malati di Sla in cui bisogna provvedere all'aspirazione 20-30 volte al giorno, in inverno persino 50 volte al giorno. Nel Medio Campidano da oltre 6 anni i malati terminali possono usufruire del servizio domiciliare secondo la priorità data ai casi più gravi. «Quasi mai il paziente chiede di essere lasciato morire, se questo accade spesso anche gli specialisti non sono riusciti ad aiutarlo», sottolinea Sollai, «In ogni caso non si tratta di imporre qualcosa ma di rispettare la sensibilità del paziente, altrimenti rischiamo l'accanimento terapeutico e assistenziale».

Al congresso internazionale di cure palliative per la prima volta in Sardegna, parleranno del delicato tema ospiti stranieri, la maggior parte dei quali membri del consiglio direttivo europeo dell'associazione Europea di cure palliative (Eapc) e altri relatori appartenenti al direttivo nazionale della società italiana di cure palliative.

Panorama Sanità

Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena: attivati nuovi servizi per la continuità assistenziale nella cura del dolore

Si moltiplicano i percorsi per combattere il dolore grazie alle strategie messe a punto dalla Uoc di Anestesia e Terapia del Dolore del policlinico "Santa Maria" alle Scotte di Siena. Per garantire la continuità delle cure dei pazienti affetti da dolore "inutile" sono stati attivati due tipologie di intervento: una rivolta ai pazienti che soffrono di dolore acuto postoperatorio e una per chi soffre di dolore cronico riacutizzato.

«Abbiamo attivato l'Acute Pain Service – spiega l'anestesista Pasquale D'Onofrio, referente del reparto - il servizio che si occupa della cura e del controllo del dolore postoperatorio. Chirurghi, anestesisti ed infermieri

AAROIE-MAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail:segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

lavorano in sinergia condividendo informazione al paziente, formazione ed informazione reciproca, applicazione di protocolli standardizzati sulla base della intensità del dolore atteso, con spirito di grande collaborazione». Ogni paziente chirurgico quindi può lasciare il comparto operatorio con un'accurata prescrizione antalgica e, in ogni reparto, viene garantito un attento monitoraggio postoperatorio dell'efficacia della terapia prescritta e degli eventuali effetti collaterali ad essa correlati. «Per quanto riguarda la lotta al dolore cronico riacutizzato – aggiunge l'anestesista Stefano Lippi - abbiamo cercato di dare una risposta alla continuità assistenziale nei giorni festivi. Il nostro reparto è centro di riferimento del dolore oncologico per l'utenza senese e, a tutti i pazienti oncologici, è garantito un canale preferenziale di accesso che consente la visita in un arco temporale di 24 ore. I pazienti affetti da dolore benigno accedono al servizio attraverso l'agenda Cup». Allo scopo di fornire un'adeguata continuità assistenziale a pazienti particolarmente esposti a gravi disturbi del dolore, è stato istituito un numero telefonico aziendale che consente di reperire, anche nei giorni festivi, l'Anestesista della Terapia Antalgica. «Il nostro obiettivo – conclude il direttore generale del policlinico, Paolo Morello Marchese – è la presa in carico e la continuità assistenziale di pazienti deboli e particolarmente esposti ed è il requisito essenziale di un sistema pubblico efficiente». Il servizio è attivo dalle ore 9 alle 16 dei giorni prefestivi e festivi chiamando il numero 366/ 649.04.73 oppure lo 0577/585.628.

Repubblica Palermo

In clinica per un intervento al naso finisce in coma dopo l'anestesia

Giallo a San Cataldo: in rianimazione un ex calciatore

SERGIO NIGRELLI

CALTANISSETTA - Un ex calciatore lotta con la morte in un letto di rianimazione dopo un intervento chirurgico neppure cominciato. Era solo arrivato ai preliminari, quelli dell'anestesia. È accaduto alla casa di cura privata Regina Pacis di San Cataldo, gettonatissima in provincia, dove un omonimo alto, uno sportivo di lungo corso, si era fatto ricoverare per un problema al setto nasale: non un'esigenza estetica ma funzionale. Andava spesso in apnea notturna. Il 21 settembre Giuseppe Donzella, 42 anni, sposato e padre di due figli, è entrato in clinica per un intervento che il suo chirurgo, il dottor Marella, considerava di routine. Ma lui, secondo la ricostruzione dei parenti, su quel naso non ci ha mai messo il bisturi. È in fase di anestesia che è sorto il problema che ha portato in coma l'ex calciatore di Nissa e Sancataldese. Che sia stato intubato male? Che abbia avuto uno shock anafilattico per un'allergia non dichiarata? Sono queste per ora le ipotesi più accreditate.

Adesso Donzella è in Rianimazione all'ospedale di Gela. Le sue condizioni, dicono i medici, «sono gravi e stazionarie». I carabinieri di San Cataldo hanno già avviato un'indagine e sequestrato le cartelle cliniche del paziente. A occuparsi del caso sarà la Procura di Caltanissetta.

«Le condizioni di mio fratello - dice Debora, la sorella di Giuseppe Donzella - sono gravissime perché pare che anche la sua situazione neurologica e cerebrale sia andata in tilt al momento dell'anestesia. Ai miei genitori e a mia cognata che attendevano impazienti dietro la sala operatoria non è stato detto nulla per tre ore. Poi è uscito un medico agganciato per caso, e ha detto che c'era stato un piccolo problema».

Il «piccolo problema» ha costretto a portare Giuseppe Donzella in rianimazione. L'unico posto disponibile era a Gela, ma sull'elicottero del 118 lui, grande e grosso, non ci poteva salire. Il massimo sopportabile sono 110 chili. Allora a Gela, 75 chilometri di curve, l'ex calciatore, terzino forte come una roccia, c'è andato in ambulanza. «Mio fratello - dice Debora Donzella - è entrato in sala operatoria alle 12,15 ed è arrivato a Gela dopo le 17. Alle 20 siamo stati accolti dal primario donna di quel reparto. Lei, per la prima volta, ci ha detto delle gravissime condizioni di Giuseppe». Mentre in corsia si aggiravano i carabinieri, il padre dell'ex calciatore ha consegnato al comandante della stazione una sua prima denuncia verbale.

Il Tempo

Mannaia sul San Raffaele della famiglia Angelucci

Non è solo la sanità pubblica a essere colpita dalla mannaia regionale. Anche privati e ospedali religiosi non vengono risparmiati. Qualche esempio: il Policlinico Gemelli perde 172 posti letto, il Cristo Re 31, il San Carlo 4, il Vannini 25. E i privati? Anche loro non se la passano bene, se è vero che l'Aurelia Hospital del Gruppo Garofalo, ad esempio, perderà dal primo gennaio 72 letti. Per non parlare della riabilitazione e la lungodegenza dei San Raffaele della famiglia Angelucci: -23 degenze alla Pisana, -21 letti a Velletri, addirittura -122 a Cassino. Eppure, tanto per i classificati quanto per i privati, si tratta di strutture fondamentali per il territorio. San Raffaele Pisana Nel Dipartimento di Neuroriabilitazione dell'Ircc San Raffaele di Roma, diretto dal professor Marco Franceschini, è stato acquisito di recente un robot all'avanguardia nella riabilitazione dell'arto superiore colpito da ictus cerebrale, una delle maggiori cause di mortalità e disabilità nel mondo. Ogni anno in Italia si verificano circa 200 casi di ictus ogni 100 mila abitanti. La riabilitazione degli arti nella cura post-ictus diventa fondamentale. Il robot del San Raffaele, il «Mit Manus» viluppato negli Usa, può essere utilizzato sia in ambito riabilitativo che come dispositivo di ricerca

AAROIE-MAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

nel movimento di spalla e gomito. San Raffaele Velletri Una delle ultime sfide è rappresentata dalla creazione di un percorso articolato per la presa in carico di pazienti con malattie oncologiche che sviluppano in seguito alla chemioterapia malattie nei nervi periferici che possono provocare disabilità. L'equipée del San Raffaele ha elaborato con l'Istituto di Oncologia di Tor Vergata procedure per la presa in carico in riabilitazione di tali pazienti, oltre a svolgere normalmente l'attività di riabilitazione intensiva post-acuzie. San Raffaele Cassino Il reparto di riabilitazione ad alta intensità è specializzato nel trattamento di pazienti con gravi lesioni cerebrali in fase di stabilizzazione dei parametri vitali. Si tratta di una realtà assistenziale che prende in carico pazienti provenienti dai reparti di rianimazione di Lazio, Campania, Abruzzo e Molise, spesso affetti da disturbi della coscienza o con la sindrome «dell'uomo chiuso dentro». Tutte realtà all'avanguardia, con posti letto occupati al 100% e che danno lavoro a migliaia di operatori. Il fatto che tali realtà rischino il ridimensionamento o la chiusura rappresenta uno dei paradossi della sanità laziale.

Corriere della Sera Milano

Sant'Anna «modello Toyota» Ecco il nuovo ospedale di Como

Il direttore generale Mentasti: struttura d'avanguardia

COMO Meno ventiquattro ore all'ingresso del primo paziente nel nuovo Sant'Anna, il presidio destinato a sostituire la storica struttura di via Napoleona. Da domani a domenica, oltre 300 malati saranno trasferiti dal vecchio al nuovo ospedale. Per consentire il transito delle carovane di ambulanze è previsto il blocco parziale della Varesina, la principale via di accesso alla città.

Alla vigilia del trasloco, ieri i dirigenti dell'azienda ospedaliera hanno presentato ufficialmente il nuovo ospedale di Como, in realtà costruito interamente in territorio di San Fermo della Battaglia. Realizzato su cinque livelli, due dei quali interrati, il nuovo Sant'Anna metterà a disposizione dei malati 589 posti letto per le degenze ordinarie, i day hospital e la day surgery e 62 letti «tecnici» destinati alla rianimazione, alla dialisi e alla terapia intensiva.

Le sale operatorie passano dalle 9 del vecchio presidio alle attuali 13, cui si aggiunge il blocco parto, distinto dal comparto chirurgico generale. Le camere di degenza sono concentrate nei due piani più alti e sono organizzate non più con la classica divisione in reparti, ma secondo un modello sperimentale organizzato in base all'intensità di cura, ovvero alla gravità del quadro clinico del paziente. Il cosiddetto «modello Toyota» con gli specialisti che «fanno squadra attorno» al paziente e l'assegnazione dei letti flessibile e senza confini di reparto. Realizzato in 1.110 giorni, il nuovo Sant'Anna è costato oltre 260 milioni di euro. Della somma totale, circa 200 milioni sono stati erogati dagli enti pubblici, 30 sono stati anticipati dalla Regione in attesa della vendita del patrimonio immobiliare dell'azienda ospedaliera e i restanti 30 sono garantiti dai privati con la formula del project financing.

L'operazione trasloco scatterà domani mattina alle 8.30. I primi malati a entrare nel nuovo Sant'Anna saranno quelli di geriatria e terapia semintensiva. Per l'intera durata del trasferimento, la via Varesina, da piazza Camerlata all'accesso all'ospedale, a San Fermo, sarà riservata alle ambulanze e agli autobus di linea. La limitazione al traffico rimarrà in vigore fino al primo pomeriggio di domenica, quando sarà completato lo smantellamento del vecchio presidio di via Napoleona.

«Alle 6 del mattino di domenica 3 ottobre spiega il direttore generale dell'azienda ospedaliera, Andrea Mentasti apriremo le porte del pronto soccorso: quello generale, quello pediatrico e quello ostetrico. Contemporaneamente finirà l'era del vecchio ospedale. D'ora in avanti, i comaschi e non solo potranno contare su una struttura d'avanguardia, con un modello organizzativo mai sperimentato in Lombardia. La presenza di macchinari di ultimissima generazione attirerà pazienti anche da altre zone della regione e non solo».

La Nazione Grosseto

Nove primari in pensione, via al valzer delle nomine

Ospedali cambiano i vertici, tra gli altri, anche dei reparti di neurologia, malattie infettive, psichiatria

SE NON E' una rivoluzione, poco ci manca. La sanità grossetana si troverà infatti, a fine 2010, con nuovi vertici in ben nove reparti, e non soltanto nel capoluogo grossetano ma anche in provincia. Tanti sono infatti i primari che, per raggiunti limiti di età, sono andati e in parte andranno in pensione nei prossimi mesi, comunque entro il 31 dicembre di quest'anno. Volti nuovi dunque in arrivo nelle strutture maremmane dell'Azienda sanitaria locale. Un profondo cambiamento che interessa non soltanto l'ospedale «Misericordia» del capoluogo, che di fatto vedrà cambiare sette primari in un colpo solo, ma anche l'ospedale di Massa Marittima e il reparto di Salute mentale adulti delle Colline Metallifere. Il contro è presto fatto. NEI MESI SCORSI sono andati in pensione, tra i primari, i dottori Achille Panella (Anestesia e rianimazione dell'ospedale di Massa Marittima) e Giovanni Cutolo (che è il responsabile della Salute mentale adulti delle Colline metallifere). Insieme a loro, hanno già lasciato il loro incarico e sono già in pensione il dottor Marcello Cipriani, (medicina interna del «Misericordia» di Grosseto e David Corsi (che invece ha gestito lo strategico

AARO-EMAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail:segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044

servizio dell'emergenza territoriale 118). Una grande rivoluzione si diceva, che giocoforza cambierà profondamente gli ospedali maremmani, che verranno infarciti di nuove professionalità. A QUESTO proposito l'Azienda sanitaria locale ha già avviato le procedure per i concorsi che porteranno alla scelta dei nuovi vertici nei vari reparti. Ben tredici, in tutto, i bandi, alcuni in corso ed alcuni ancora da avviare. Tre dei concorsi riguardano l'ospedale «Sant'Andrea» di Massa Marittima: sono il reparto di medicina interna, quello di ortopedia, oltre ad anestesia e rianimazione, lasciato appunto vacante dopo il pensionamento del dottor Achille Panella. IN PARTICOLARE sono da rifare anche i vertici della Salute mentale adulti, sia quelli del distretto Colline Metallifere che quelli del distretto Colline dell'Albegna. Infine, gli otto bandi, alcuni già avviati altri in fase di espletamento, che riguardano l'ospedale «Misericordia» di Grosseto: si tratta di medicina interna, dell'emergenza territoriale 118, di neurologia, di diabetologia, di malattie infettive, di ginecologia ed ostetricia, di urologia e di chirurgia generale. Tanti volti nuovi dunque per i reparti, per una piccola grande rivoluzione che la sanità maremmana si appresta ad affrontare.

AAROI-EMAC

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail:segreteria@aaroiemac.it
www.aaroiemac.it

Relazioni con i media

Giuliana Tinti – giuliana.tinti@studiotinti.net - 335 7622025
Ufficio Stampa - Koalastudio Giornalisti Associati
Rossella Pressi – rossella.pressi@koalastudio.it - 338 3391431
Veronica de Capoa – veronica.decapoa@koalastudio.it - 3498110044