



RASSEGNA STAMPA

06/02/11

Camera.it**Martedì 8 febbraio**

Commissione AFFARI SOCIALI (ore 15): nuove norme in materia di competenze professionali nei servizi ospedalieri di Anestesia e Rianimazione.

Corriere della Sera**La terapia per limitare le conseguenze di una nascita difficoltosa**

È una complicazione che si può verificare dopo un parto difficoltoso, per esempio per un distacco di placenta o perché il cordone ombelicale si è attorcigliato intorno al collo del nascituro: la carenza di ossigeno o di afflusso di sangue al cervello provoca una sofferenza cerebrale. Nei casi meno gravi con una buona rianimazione si riesce a evitare il peggio, ma se la sofferenza è importante la speranza per il neonato ora si chiama cooling, o ipotermia terapeutica. Introdotta di recente in alcune strutture del Nord Italia, ora l'ipotermia terapeutica è approdata anche all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, primo istituto del Centro Sud a offrirlo. «L'ipotermia terapeutica è l'unico trattamento in grado di prevenire o limitare il danno cerebrale nei neonati a termine che vanno incontro a quella che viene definita encefalopatia ipossico ischemica» spiega Maria Roberta Cilio, neurologa dell'ospedale romano. Il bambino viene posto su un materassino refrigerante, collegato a una macchina che fa in modo di mantenere la temperatura interna del piccolo a 33,5 gradi. «Durante il raffreddamento controllato il neonato è sedato per evitargli i disagi conseguenti alla riduzione della sua temperatura interna puntualizza la dottoressa Cilio. L'obiettivo è quello di ridurre il metabolismo cerebrale e la produzione tossica di radicali liberi, bloccando così il processo di morte neuronale e, di conseguenza, il danno cerebrale. La terapia dura 72 ore, durante le quali i parametri vitali del neonato sono tenuti sotto stretta sorveglianza e viene eseguito un monitoraggio continuo della sua attività cerebrale. Per essere efficace, però, il cooling deve avviato entro le prime sei ore di vita del bambino, cosa che richiede un coordinamento ottimale tra centri nascita, servizio di trasporto neonatale e centro di terapia intensiva neonatale». Questo metodo è attualmente ritenuto a livello internazionale l'unica terapia efficace per contrastare i problemi legati all'asfissia perinatale (che riguarda circa 3-4 bambini ogni mille nati vivi); negli Stati Uniti e in alcuni Paesi del Nord Europa è già considerato standard di cura. Gli studi finora condotti mostrano che la percentuale di neonati trattati che sopravvive senza danni cerebrali permanenti varia tra il 28 e il 44%. «Per ora il cooling si è rivelato utile nei bimbi nati a termine e sono in corso studi che mirano a individuare una strategia per prolungare la finestra d'intervento oltre le sei ore» conclude la dottoressa Cilio.

L'Eco di Bergamo**Stimolazione midollare contro il dolore cronico**

Sabato 12 febbraio, dalle 8.30 alle 13, in Humanitas Gavazzeni, si svolgerà un convegno dal titolo «Spinal Cord Stimulation (SCS): soluzione dei problemi nelle situazioni estreme?». Responsabili scientifici sono Marco Setti, responsabile dell'Unità operativa di Chirurgia vascolare, e Giambattista Villa, dell'Unità operativa di Anestesia e Terapia intensiva, responsabile della Terapia del dolore di Humanitas Gavazzeni. La stimolazione midollare epidurale è un trattamento avanzato per il dolore cronico di tipo neuropatico; questa tecnica è stata impiegata con successo, negli ultimi vent'anni, su migliaia di persone affette da diverse patologie che vanno dall'angina pectoris refrattaria alla failed back syndrome, all'arteriopatia periferica.

«I pazienti che ne hanno beneficiato hanno potuto recuperare uno stile di vita più attivo. Il target ideale è il paziente in trattamento farmacologico antalgico (a volte non sufficiente o non tollerato a causa degli effetti collaterali), oppure nel quale il trattamento farmacologico non è gestibile per scarsa compliance del paziente stesso o l'assenza di attuabilità chirurgica - spiegano Marco Setti e Giambattista Villa -. Il nostro obiettivo è quello di far conoscere ad un pubblico più vasto questa alternativa terapeutica e la sua efficacia su pazienti ben selezionati».

Il convegno si rivolge ai medici di medicina generale, specialisti e infermieri professionali. La partecipazione è gratuita, previa iscrizione. Per informazioni: segreteria organizzativa Formazione ECM - Humanitas Gavazzeni, tel. 035.4204798 - Fax 035.4204381 - e mail: formazione.ecm@gavazzeni.it

La Nuova Sardegna**Paziente morto al pronto soccorso l'asl: non c'è relazione con la visita**

In una nota l'Asl evidenzia che l'uomo si è recato al pronto soccorso per richiedere una prescrizione di un farmaco che stava assumendo da alcuni giorni e di cui aveva esaurito le dosi, prescrizione obbligatoriamente subordinata alla visita medica. «Dopo alcuni minuti di attesa - si legge - l'uomo ha accusato un malore ed è stato immediatamente soccorso da un medico di pronto soccorso, da un anestesista e un rianimatore. La direzione sanitaria precisa che il personale medico e paramedico ha seguito le procedure previste per il caso e che il decesso del paziente non è in alcun modo correlato con il

trattamento ricevuto in pronto soccorso. Non ci sono indagini in corso e l'autopsia è stata disposta, come prevede la prassi, solo per accertare le cause del decesso. Nel caso del paziente di Narbolia citato nell'articolo, l'autopsia ha stabilito che il decesso è avvenuto per cause cardiovascolari e non è ricollegabile alla patologia per la quale il paziente è stato ricoverato e operato».

La Nuova Ferrara

Con quattro sale operatorie la funzionalità sarà ottima

Dunque, chi meglio del dottor Malagù sa che cosa è stato messo all'interno di questa nuova realtà, utile davvero per quel salto di qualità dell'ospedale argentano.

«Prima di tutto debbo dire - ha detto l'anestesista alla Nuova - sono pienamente soddisfatto di ciò che è stato messo in questo blocco operatorio. Le tecnologie sono nuove e di ultima generazione. Gli ambienti sono all'avanguardia sia come dimensioni che dal punto di vista della logistica. Abbiamo quattro sale operatorie - dice ancora il medico - quindi aumentiamo di una rispetto all'attuale, il tutto in un'ottica di funzionalità altissima per uno sviluppo futuro più ampio. Una nuova struttura - precisa ancora - che è collegata in modo ottimale con le degenze e con le terapie post operatorie e un day surgery, quest'ultimo necessario per snellire quegli interventi di minore entità chirurgica. Il day surgery quando aprirà? «Penso dopo l'estate - ha detto ancora il primario di anestesia - ma ciò che è davvero importante in questo investimento tra l'altro molto corposo, è la sicurezza. Sicurezza sia per il personale che può muoversi liberamente, ma anche per il paziente per ciò che riguarda le complicanze prevedibili e mi riferisco ad esempio alle infezioni. Quindi - conclude - ciò che abbiamo a disposizione ci permette di affrontare senza problemi l'esistente, e cioè ciò che stiamo facendo tuttora, ma - conclude il primario - soprattutto guardare al futuro e a nuovi e moderni ed importanti sviluppi con serenità e ottimismo».

Corriere Adriatico

Ospedale, tagli anche in sala operatoria

Da un lato la voglia dei maceratesi di far osservare come la qualità della vita sia alta, dall'altra il desiderio di arroccarsi e contestare il nuovo. Quando però il nuovo assume le vesti del piano che informalmente si sta discutendo all'interno dell'Asur per la zona territoriale di Macerata allora non ci sono dubbi sulla legittimità della rabbia degli operatori, non ancora espressa ma forte. C'è anche qualche maligno che osserva come ora sia chiaro il motivo per il quale l'asse anconetano-pesarese che da sempre governa la sanità nelle Marche abbia lasciato correre quasi senza intoppi la nomina di una terna maceratese ai vertici dell'Asur, vale a dire il direttore generale Piero Ciccarelli, il direttore sanitario Giorgio Caraffa e il direttore amministrativo. Persone dai curricula indiscutibili ed anche inattaccabili. Ed è certo che il piano di razionalizzazione di Ciccarelli sia a fin di bene nel contesto regionale ma non si capisce perché il primo banco di prova per le sperimentazioni, la prima zona che si va a toccare ormai da un decennio sia Macerata. Benissimo tutto, la ricerca dell'efficienza, l'ottimizzazione delle risorse, il taglio degli sprechi ma a Macerata i conti sono in ordine eppure si continua a tagliare mentre altrove non solo non si taglia con bilanci che meriterebbero - se si trattasse di una normale azienda - di portare i libri in tribunale ma addirittura si fanno consistenti investimenti con tanto di nuovi ospedali.

Ed ecco la cura che si prospetta per Macerata al centro di una sollevazione. "Temporaneamente" il reparto di urologia sarà accorpato a quello di ortopedia mentre a regime l'accorpamento dovrebbe riguardare chirurgia, urologia e ginecologia con ortopedia in forse.

Altra operazione di taglia e scuci (nel senso di rottura del costruito) è quella che riguarda l'accorpamento di geriatria con la lungodegenza e la nefrologia. In questo caso non occorre fare sforzi di memoria per ricordare l'inaugurazione di poco più di un mese fa di geriatria dopo anni di precariato e di provvisorietà pur in presenza di numeri positivi per il reparto guidato dal dottor Mancini.

Altro accorpamento sarà quello di dermatologia e di malattie infettive.

Poi la "rottamazione" di alcuni dirigenti che hanno 40 anni di contributi e sono stati mandati o andranno autonomamente in pensione. Un provvedimento non generalista, nel senso che qualcuno sarebbe rimasto fuori.

Un altro passaggio non influente è il taglio delle sedute di camera operatoria che passerebbero dalle attuali 30-32 a una ventina. Il che accade anche per un problema di anestesisti, carenza di organici. Alla fine gli unici a non subire tagli sono i pazienti che però, appunto per il fatto di essere nelle liste, necessitano di interventi.

Accorpando si ottiene il risultato di ridurre i posti letto e il personale con buona pace del turnover e delle speranze di assunzione. Se prima - per fare un esempio teorico - urologia e ortopedia avevano un proprio turno di infermieri una volta accorpati le esigenze diminuiranno e le eccedenze andranno verosimilmente a risolvere emergenze in altri reparti o a coprire i pensionamenti. Che sarebbe anche un percorso logico se ad essere tagliati non fossero anche i servizi visto che è difficile pensare che riducendo da 32 a 20 le sedute operatorie si risponda compiutamente alle esigenze e non si dirottino altrove i pazienti.