

L'appello dei medici “I tre ospedali di zona non bastano più”

GIUSEPPE LEGATO

La lettera è firmata dai tre sindacati di categoria - Anaao Assomed, Aaroi Emac e Cimo-Asmd - ed è una nota destinata a fare discutere. Gli attuali tre ospedali dell'Asl To5? Dovrebbero essere accorpati in favore di un nuovo maxi ospedale.

Lo scrivono i sindacati e argomentano le motivazioni di quest'appello che di fatto riguarda il Santa Croce di Moncalieri, il Maggiore di Chieri e il San Lorenzo di Carmagnola: «Questi tre presidi hanno una storia di decenni che li lega al territorio, ma sono stati costruiti quando i tempi di cura, le tecnologie, le stesse modalità di accesso alle strutture, tutte nei centri storici delle città, erano differenti».

Sono ospedali vetusti, in parte rivisti «ma soprattutto - spiega Emanuele Stramignoni dell'Anaao - nessuno dei tre garantisce un'assistenza omogenea in quanto in ognuno di essi mancano alcune specialità». Conseguenza? «Questo porta a inevitabili rallentamenti nel percorso diagnostico e a un aggravio di spese collegato alla necessità di chiedere consulenze specifiche ad altri presidi». Ci vorrebbe dunque un nuovo ospedale.

Se ne parlò già nel 2010. La struttura sarebbe nata tra



Il Santa Croce

L'ospedale di Moncalieri, insieme a quelli di Chieri e Carmagnola, è considerato insufficiente per far fronte alle esigenze del territorio

Moncalieri e Nichelino (zona Carpice) e il progetto era entrato nel piano sanitario regionale. Presto si scoprì che non c'erano i soldi e tutto saltò. E di due anni fa l'ultimo studio sull'ipotesi di una sola struttura.

I tecnici l'hanno immaginata a Santena, a metà strada tra i tre Comuni-traino del bacino dell'AslTo5. Vedrà mai la luce? I sindacati se lo augurano. Anche perchè questo significherebbe a conti fatti «un risparmio annuo che oscillerebbe tra

i 30 e i 50 milioni di euro. Nessun taglio al personale, ma un nuovo nosocomio completo di tutti i reparti in cui i dipendenti possano trovare una collocazione». Non solo: «La somma dei costi degli adeguamenti strutturali di Moncalieri, Chieri e Carmagnola, da sola - aggiunge Stramignoni - coprirebbe il 43% del costo di costruzione del nuovo presidio che dovrebbe avere un Dea di 1° livello e accessi stimati al Pronto superiori ai 90 mila all'anno».

ACQUI, IL SINDACO

“Asl conferma gli impegni riguardanti Punto nascita”

«Abbiamo ricevuto nei tempi stabiliti dal direttore generale dell'Asl, Paolo Marforio, e dal direttore sanitario, Francesco Ricagni, il documento di impegno a tutela dei servizi offerti nel pre e post partum del Punto nascita dell'ospedale. Siamo molto soddisfatti». Lo dice il sindaco di Acqui, Enrico Bertero, che in una nota ieri ha dato notizia dell'arrivo dell'atteso «pezzo di carta». Quello che anche i consiglieri di centrosinistra, Aureliano Galezzo e Gianni Rapetti, nel vertice a Palazzo Levi, avevano chiesto a gran voce, prima di arrivare alla chiusura del reparto a giugno.

«L'Asl ci ha confermato gli impegni - dice Bertero -: dal 13 maggio sono stati implementati di 12 ore i servizi dei consultori del Distretto per 21 ore settimanali complessive; l'attività di ginecologia verrà potenziata con l'acquisto di un ecografo multifunzionale e di una colonna video laparoscopica, quest'ultima grazie a una donazione; la Ginecologia continuerà l'attività di degenza e di assistenza pre e post parto; rimarrà, nido escluso, l'attività pediatrica sia ambulatoriale, sia a supporto Dea, sia nel percorso nascita per la parte neonatale con presenza attiva dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì, ridotta il sabato mattina e con reperibilità notturna prefestiva e festiva». [D. P.]

“Nessuno deve toccare il nostro elisoccorso”

— GIUSEPPE ORRÙ
BORGOSIESA

«L'elisoccorso a Biella? Mi pare solo propaganda, ma non appena si analizzano gli aspetti tecnici, emerge chiaramente che l'elicottero deve stare a Borgosesia». Al momento non ci sono ancora stati contatti ufficiali, ma l'assessore provinciale alla Montagna, Angelo Dago, è tra quegli amministratori che mettono le mani avanti dopo aver sentito che la società che gestisce l'aeroporto di Cerrione vorrebbe portarsi a casa la base dell'elisoccorso, «scippandola» di fatto all'ospedale valesiano di Cascine Agnona. Una richiesta, pare, per rilanciare l'aeroporto biellese.

«Sono proposte - dice

l'assessore Dago - che a livello politico e di propaganda ci possono stare, perché specie sotto elezioni l'elisoccorso fa gola. Ma che a livello tecnico sono difficili da realizzare e da sostenere. Basta guardare la posizione più baricentrica e le giornate di nebbia che si ripetono ogni anno. La Regione, inoltre, ha speso un sacco di soldi per costruire il nuovo eliporto dell'ospedale di Borgosesia (abilitato anche all'atterraggio notturno, ndr) e non penso che voglia rivedere la sua posizione dopo pochi anni dall'investimento. La posizione mia e degli altri amministratori vercellesi è chiara: l'elisoccorso non si tocca».

Mentre la Regione stava riorganizzando la rete ospedaliera, ci fu il rischio che l'eli-

soccorso venisse spostato a Novara. Ma bastò il conto dei giorni di nebbia (quando il velivolo non sarebbe potuto quindi decollare) per confermare la sede valesiana.

«Ovviamente qui c'è meno nebbia - dice Dago - e poi l'elicottero serve anche il comprensorio del Monte Rosa e la base di Borgosesia è adiacente all'ospedale, mentre in altri casi sarebbe necessario un trasferimento più lungo. Esaminando la vicenda in modo oggettivo e tecnico, tutti i punti sono dalla nostra parte».

A rafforzare la permanenza dell'elisoccorso sarà anche l'arrivo del mini reparto di Rianimazione all'ospedale di Cascina Agnona: la novità verrà presentata domani mattina.

SANITÀ Luminari a confronto per progettare il futuro

«Ortopedia, serve una rete regionale»

L'appello al congresso degli specialisti piemontesi: «C'è bisogno di un sistema integrato ed efficiente»

Marco Traverso

■ L'obiettivo è chiaro: organizzare, in Piemonte, un sistema integrato ed efficiente di rete traumatologica, già previsto nel nuovo Piano Sanitario Regionale e dalla Rete Oncologica regionale. Al di là delle previsioni programmatiche, occorre infatti lavorare ancora molto su aspetti clinici e organizzativi che attualmente presentano molteplici criticità: accade spesso nell'esperienza quotidiana che un paziente ortopedico complesso venga preso in carico dalla singola struttura specialistica senza un percorso di intervento sufficientemente codificato e che soprattutto tenga conto del tipo di struttura a cui occorre far confluire il paziente stesso tenendo conto delle disponibilità ospedaliere in Ortopedia nell'area territoriale per una corretta presa in carico. Invece occorre creare un sistema, una rete che deve necessariamente prevedere la concentrazione dei casi più complessi in un numero limitato di centri fortemente specializzati e coordinati con le strutture ospedaliere periferiche anche per la fase

di riabilitazione. Un sistema che deve essere organizzato, codificato in modo condiviso e reso noto a tutti gli attori del percorso assistenziale dal sistema: dai medici di famiglia al 118. Se ne è discusso ieri, ad Avigliana, al congresso scientifico della Società Piemontese di Ortopedia e Traumatologia: quest'anno l'organizzazione e la conduzione dell'evento è stata affidata al primario di Ortopedia dell'ospedale di Rivoli e Susa Sergio Marini con il coinvolgimento come segreteria scientifica degli ortopedici Aniello Arlucci e Manuela Montesi e del personale infermieristico. «Occorre sottolineare Marini - fare il punto sulla realtà attuale assicurando agli specialisti le informazioni necessarie ed attivando la messa a punto di programmi clinico-organizzativi a rete al fine di rendere più sicura, tutelata e coordinata la gestione del paziente ortopedico, specie quello più complesso». Tra gli argomenti approfonditi, il paziente politraumatizzato, la microchirurgia e la rete oncologica relativa all'Ortopedia. Si è parlato anche del sistema 118 nel trasporto del paziente politraumatizzato, di riferimenti

clinici e percorsi di presa in carico dei pazienti con fratture di femore specie nell'anziano, fratture di bacino, di trauma microchirurgico, di interventi nel caso di lesioni metastatiche, di tumori nei tessuti molli. L'Ortopedia e Traumatologia di Rivoli e Susa è considerata struttura complessa di eccellenza regionale con una casistica di oltre 1.500 interventi ogni anno, in particolare nell'ambito della chirurgia protesica di primo impianto di anca, ginocchio e spalla; rappresenta un modello efficiente di integrazione clinica fra due diversi Ospedali: a Rivoli viene effettuata la traumatologia, anche complessa, mentre a Susa si predilige la chirurgia artroscopia di ginocchio, spalla e chirurgia protesica semplice. Di fondamentale importanza l'integrazione fra le équipes chirurgiche fra le due sedi, circostanza che assicura sempre l'opportunità per gli ortopedici di lavorare con una rotazione continua di contatti e di scambio di metodiche, con un continuo aggiornamento a 360 gradi sulle tecniche applicate.

Twitter: @marcotraverso75

CONGRESSO

Cure in carcere, da Torino i nuovi protocolli

Gli esperti elaboreranno proposte che, se approvate, saranno recepite da tutti i penitenziari

■ Sielaborano a Torino i primi protocolli operativi nazionali da sperimentare e proporre al ministero della Sanità, per rendere omogenea l'offerta assistenziale nelle carceri italiane. L'iniziativa, unica nell'universo complesso e difforme degli Istituti Penitenziari, si deve ai massimi esperti della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria riuniti dal 18 al 20 maggio a Torino, nell'ambito del XV Congresso Nazionale. Che avrà come tema «Dalla teoria alla pratica: protocolli operativi in ambito penitenziario». A presiedere il congresso sarà Guido Leo, infettivologo, referente regionale per le Malattie Infettive e la salute dei migranti in ambito penitenziario e responsabile Day Hospital dell'Amedeo di Savoia. «Attraverso gruppi di lavoro interprofessionali progetteremo linee operative comuni, affrontando gli argomenti individuati, che riguardano il controllo delle malattie trasmissibili a livello di scree-

ning, sorveglianza e isolamento - spiega Leo - l'integrazione documentale e operativa tra ministero di Grazia e Giustizia e servizio sanitario nazionale, quanto a cartelle cliniche, movimento detenuti, documentazione comune e segreto professionale, il percorso del farmaco all'interno dell'Istituto Penitenziario in termini di approvvigionamento, conservazione, somministrazione e il rilievo delle lesioni su soggetti detenuti e arrestati».

Il passaggio della Sanità Penitenziaria dal ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Regionale ha comportato un enorme cambiamento nell'assistenza ai pazienti detenuti, non sempre e non uniformemente recepito, soprattutto per carenza di fondi e per la frammentazione dei sistemi sanitari regionali. «Lo sforzo per fornire alla popolazione detenuta la migliore assistenza possibile, in coerenza con quanto offerto al cittadino non detenuto, passa dalla conoscenza delle

principali problematiche di salute, all'intesa con gli operatori penitenziari, all'integrazione con la società civile - prosegue Leo - Come nell'agorà, la piazza dove gli antichi greci, maestri di cultura e democrazia, si incontravano per confrontarsi e discutere dei problemi della "polis", così nel Congresso gli operatori penitenziari delle più varie professionalità, medici, infermieri, psicologi, farmacisti, educatori, operatori della Polizia Penitenziaria, magistrati, discuteranno delle principali patologie presenti nelle carceri: malattie infettive, psicopatologie, tossicodipendenza, malattie croniche come diabete, ipertensione e cardiopatie, ma anche di medicina legale, di organizzazione, dei rapporti tra Sanità e Giustizia, di disagio, dai migranti in carcere alla prevenzione del suicidio, di giustizia minorile e di farmaco-economia».

Twitter: @marcotraverso75