



**Informazione on line · a cura dell'Ufficio stampa
dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello"**

1 Agosto 2019

**L'Addetto stampa
Massimo Bellomo Ugdulena**

Aggressioni ai medici, Amato (Omceo Palermo): «Serve l'arresto immediato»

 insanitas.it/aggressioni-ai-medici-amato-omceo-palermo-serve-arresto-immediato/

di Redazione

July 31, 2019



PALERMO. «Serve **l'arresto** immediato. Basta indignarsi o esprimere solidarietà ai medici aggrediti. Il ministro Grillo acceleri l'iter legislativo del disegno di legge anti-violenza contro tutti i professionisti sanitari che non ha ancora visto la luce ed è ancora incardinato in Commissione Igiene e Sanità del Senato».

Così il presidente dell'Ordine dei medici di Palermo **Toti Amato** (nella foto) commenta l'escalation di questi mesi, culminata con **l'aggressione subita da due medici** all'ospedale Ingrassia di Palermo, nel reparto di Ostetricia e Ginecologia.

«Il testo riconosce ai medici lo status di **pubblico ufficiale**. In questo modo, i reati commessi da chi aggredisce il professionista nell'esercizio delle sue funzioni- spiega il presidente- sono puniti con pene aggravate e possano essere perseguiti d'ufficio, senza il bisogno di sporgere una querela di parte».

Quest'anno, ricorda Amato «un medico su due è stato aggredito verbalmente e quattro su dieci hanno subito violenze fisiche. Un numero incredibile, sempre in crescita, reso possibile anche per l'assenza di pene. L'Ordine dei medici continuerà a fare la sua parte con gli unici strumenti a sua disposizione, **supporto legale e costituzione civile**. Ma la gravità è tale che servono supporti straordinari».

Avevano bloccato l'ingresso ai parenti

Visite fuori orario, aggrediti medici all'Ingrassia

Minacciato e poi picchiato semplicemente perché avrebbe chiesto ai parenti di una degente, che pretendevano di farle visita fuori dall'orario consentito, di andarsene. È così che martedì sera un ginecologo del reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale Ingrassia ha rimediato 10 giorni di prognosi, mentre 5 sono quelli stimati per una collega intervenuta per difenderlo. Ancora un'aggressione, dunque, in una struttura sanitaria, che solo l'intervento della sicurezza e poi della polizia ha consentito di fermare.

La direzione dell'Asp ha condannato il comportamento dei familiari della paziente ed espresso la sua solidarietà «ai due medici che non

scrupolo e professionalità assolvono il proprio lavoro», sottolineando che «non faremo mancare il supporto ed il sostegno in tutte le sedi opportune costituendoci parte civile in un eventuale giudizio a carico di chi con la violenza e la vile sopraffazione vuole prevaricare suoli e regole».

Episodi ormai sempre più diffusi, come rimarca il presidente dell'Ordine dei medici Toti Amato: «Quest'anno un medico su due è stato aggredito verbalmente e 4 su 10 hanno subito violenze fisiche, numeri incredibili, sempre in crescita». E sollecita il governo: «Serve l'arresto immediato, basta indignarsi o esprimere solidarietà. Il ministro acceleri l'iter del disegno di legge anti violenza contro tutti i professionisti sanitari che non



Presidente dell'Ordine, Toti Amato

ha ancora visto al luce ed è incardinato in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Il resto riconosce ai medici lo status di pubblico ufficiale e così i reati commessi in loro danno sono puniti con pene aggravate e possono essere perseguiti d'ufficio».

Anche il Codacons ha lanciato una campagna di sensibilizzazione: «La violenza non ti cura, oggi mi picchi e domani potrei doverti curare... pensaci», è questo lo slogan. E il segretario nazionale dell'associazione dei consumatori, Francesco Tanasi, annuncia che l'iniziativa proseguirà in tutta l'Isola, sistemando degli adesivi con la scritta «Sanità no violenza no lunghe liste d'attesa» negli ospedali. (*SAFI)

Sa. Fi.

Pochi medici nei Pronto soccorso, Razza autorizza l'Asp di Siracusa ad assunzioni in deroga

 insanitas.it/pochi-medici-nei-pronto-soccorso-razza-autorizza-lasp-di-siracusa-ad-assunzioni-in-deroga/

di Redazione

August 1, 2019



La direzione generale dell'Asp di **Siracusa** potrà avviare immediatamente le **procedure concorsuali** per il reclutamento di dirigenti medici di emergenza-urgenza al fine di risolvere le forti criticità che permangono nei Pronto soccorsi aziendali per **carenze di personale**, considerata anche la nota situazione connessa alle ultime vicende di Noto.

A consentire l'avvio delle procedure è stato l'assessore regionale della Salute **Ruggiero Razza** che, accogliendo la richiesta del direttore generale dell'Asp di Siracusa **Salvatore Lucio Ficarra**, sulla base delle argomentazioni esposte e valutata l'urgente necessità di avvalersi di professionalità legate all'area dell'emergenza-urgenza, ha autorizzato l'Azienda, **in deroga alle disposizioni esistenti**, a reclutare dirigenti medici per quelle unità ritenute strettamente necessarie ad assicurare, nell'immediato, l'assistenza e le prestazioni altamente specialistiche in Medicina di emergenza-urgenza "e di consentire l'erogazione degli interventi sanitari e socio sanitari- si legge nella nota assessoriale – nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinico-organizzativa, nonché garantire la tempestività ed equità di accesso alle cure con soddisfacimento dei bisogni di salute".

“Ringrazio l'assessore Razza per questo importante provvedimento emanato dopo avere compreso le nostre difficoltà a reperire medici di Pronto soccorso- sottolinea Ficarra- considerato che con il concorso di bacino per la Sicilia orientale, rispetto a 17 candidati che avevano dato indicazione di preferenza per l'Asp di Siracusa solo 6 di questi hanno esercitato tale opzione, peraltro già dipendenti dell'Azienda a tempo determinato nella medesima disciplina. Tale situazione, connessa alle ultime vicende del Pronto soccorso di Noto, ha confermato il permanere di forti criticità per carenza di personale”.

Ficarra conclude: "I dirigenti medici che potremo così reclutare immediatamente saranno inviati anche nel Pronto soccorso Avola-Noto per tutto il periodo dei lavori di ampliamento e ristrutturazione che stanno investendo il PS di Avola garantendo la risoluzione delle ben note attuali criticità di personale".

PALERMOTODAY

Avviso per psicologi, errori in graduatoria: le precisazioni della commissione

Di seguito la nota integrale inviata negli scorsi giorni dalle docenti chiamate in cause nell'articolo pubblicato il 4 giugno dal titolo "Errori in graduatoria, psicologa ricorre al Tar: Villa Sofia ammette l'errore ma è troppo tardi"

Giovanna Perricone e Concetta Polizzi

30 luglio 2019 18:51

Nota - Questo comunicato è stato pubblicato integralmente come contributo esterno. Questo contenuto non è pertanto un articolo prodotto dalla redazione di PalermoToday

D *i seguito la nota integrale inviata negli scorsi giorni dalle professoressse Giovanna Perricone e Concetta Polizzi con una ricostruzione fatta dalle docenti in relazione all'articolo pubblicato in data 4 giugno 2019 dal titolo Errori in graduatoria, psicologa ricorre al Tar: Villa Sofia ammette l'errore ma è troppo tardi.*

"Relativamente all'articolo pubblicato addì 04/06/2019 ad opera della vostra redazione, si impone da parte delle scriventi professioniste la richiesta di rettifica ai fini di legge, solo oggi inoltrata, sia per smentire le accuse diffamatorie della dottoressa aggiudicataria dell'incarico bandito dall'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello, sia per non interferire con l'espletamento dei concorsi in atto per la selezione di psicologi.

Da diversi mesi, le scriventi sono oggetto, da parte della sopra citata psicologa, di diffamazione inevitabilmente orientata ad offuscare l'immagine delle due professioniste citate che hanno sempre operato con trasparenza, come è chiaro alla comunità scientifica di appartenenza, come ben sa la dottoressa che ha rilasciato le dichiarazioni e le accuse riportate nel succitato articolo "Errori in graduatoria, psicologa ricorre al Tar: Villa Sofia ammette l'errore ma è troppo tardi".

Dottoressa alla quale, più volte, sono stati attribuiti incarichi di docenze in specifici progetti e corsi di formazione organizzati dall'Università degli Studi di Palermo, attraverso procedure relative ad avvisi pubblici e gestite da commissioni di cui le scriventi sono state componenti o hanno assunto qualifica di presidente; proprio in seno a tali commissioni, è stato riconosciuto alla dottoressa un profilo di "competenza" per quanto attiene all'area della didattica e della formazione. D'altra parte, proprio questa nota caratterizzante del profilo è probata anche dall'affezione che la dottoressa sembra nutrire verso ogni tipo d'incarico in ambito scolastico-formativo, come attestano i numerosissimi ricorsi dalla stessa presentati in quest'ambito e non solo.

In merito a quanto riportato dall'articolo vanno fatte alcune precisazioni: alla dottoressa che ha lanciato l'accusa, fin dalla prima valutazione, è stato riconosciuto correttamente il punteggio "ponderato" per il voto di laurea, stabilito dall'Azienda; per quanto attiene, poi, alla ulteriore accusa relativa a un ipotetico conflitto di interessi in virtù della richiesta di partecipazione della diversa candidata, nominata nell'articolo, al Master di 2° livello "Psicologo pediatrico: uno psicologo di base nel materno-infantile" anno accademico 2017/18, va precisato che la stessa affermazione, oltre che infondata in diritto (e già confutata in sede giurisdizionale da un'apposita memoria dell'Azienda) appare supportata da presupposti temporali erronei; ed infatti, basta a tal fine sottolineare che la delibera aziendale con cui si conferiva l'incarico alla candidata, risultata inizialmente vincitrice, veniva pubblicata in data 17/06/2018, mentre la valutazione

dei titoli e i colloqui motivazionali del Master venivano svolti il successivo 25/06/2018 e la graduatoria veniva, infine, pubblicata il 2/07/2018.

Trattasi, per altro, di un Master universitario che, ogni anno, nelle sue diverse edizioni, viene ampiamente pubblicizzato, attraverso vari canali di conoscenza, a gran parte degli psicologi abilitati e iscritti all'Ordine professionale; a voler tacere l'ulteriore troncante circostanza per la quale alcuni titoli e/o pubblicazioni scientifiche, indicati come valutabili dalla dott.ssa che ci accusa, non risultavano pertinenti con il profilo di competenza richiesto dal bando che ci occupa. Va, inoltre, ricordato che, ai sensi delle vigenti norme in tema di conflitto d'interesse, la conoscenza in nuce, fattuale e non di frequentazione personale, privata e personalizzata non dà vita ad alcun conflitto di interesse; risulta, infatti, a tutta la comunità scientifica che le scriventi conoscono la stragrande maggioranza degli psicologi siciliani e non solo, per i molti ruoli e funzioni che rivestono a livello regionale e nazionale.

Va precisato, ancora, come la diffamazione si evincesse già dai primi atti introduttivi al giudizio amministrativo esperito dall'intervistata, in particolare: di violazione dell'obbligo di astensione (nota inoltrata dall'avvocato dell'intervistata all'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello il 23/08/2018); di nepotismo e assenza di imparzialità (ricorso 21/09/2018); di dolo e frode (nota inoltrata dall'avvocato dell'intervistata all'Azienda ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello il 24/09/2018).

Si ometteva, però, di sottolineare (in quegli stessi atti) che la conoscenza, sempre in nuce, fattuale e non di frequentazione personale, privata e personalizzata, riguardava ancor più la dottoressa che è stata intervistata, la quale, in aggiunta a quanto sopra indicato (selezioni per insegnamenti in corsi organizzati dall'Università), frequentava, non meno di 15 anni fa, i contesti del Dipartimento di area psicologica, lavorando con altri docenti. Alla luce della conclamata diffamazione, che costituisce il vero "errore madornale", nonché punctum dolens di questa vicenda, ci si riserva di procedere nelle sedi opportune, anche ai fini risarcitori, a salvaguardia dell'immagine, dell'onore e della reputazione delle sottoscrittrici della presente, affinché si possa tutelare la trasparenza della verità che ha sempre costituito un valore prioritario per le due professoresse all'interno dei ruoli scientifici, accademici e sociali rivestiti".

OSPEDALE CERVELLO. LA PERFORMANCE DEGLI ARTISTI DEL TEATRO DEL FUOCO

Chiudono il laboratorio teatrale per bambini

di **Redazione** - 31 Luglio 2019



Teatro del Fuoco

Bambini con lo sguardo pieno di stupore e di emozione davanti agli artisti del **Teatro del Fuoco**. Si è chiuso ieri sera all'**Ospedale Cervello**, con una suggestiva performance, il **laboratorio teatrale**, organizzato fra gli eventi collaterali del noto Festival, in programma nel fine settimana fra Palermo, Gibellina e Zafferana Etnea.

Gli artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio antistante il Pronto soccorso pediatrico con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali, i bambini ospedalizzati nell'area materno infantile dell'Ospedale, alla presenza dei familiari. Un progetto ideato dall'organizzatrice del Teatro del Fuoco, **Amelia Bucalo Triglia**, sostenuto dal Dasoe (Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico) della Regione Siciliana e accolto con grande favore dal Direttore dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, **Walter Messina**.

Il laboratorio teatrale con i bambini, realizzato negli spazi interni del Pronto soccorso pediatrico, era stato condotto negli scorsi giorni da **Emanuele Abbagnato**, insegnante di teatro, specializzato in teatro pedagogico. Responsabile aziendale dell'evento il dr. **Salvatore Siciliano**, responsabile dell'Unità operativa di Educazione e promozione della salute.

"E' stata - commenta Il Direttore Walter Messina - un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori. Faremo in modo che non rimanga un evento isolato".

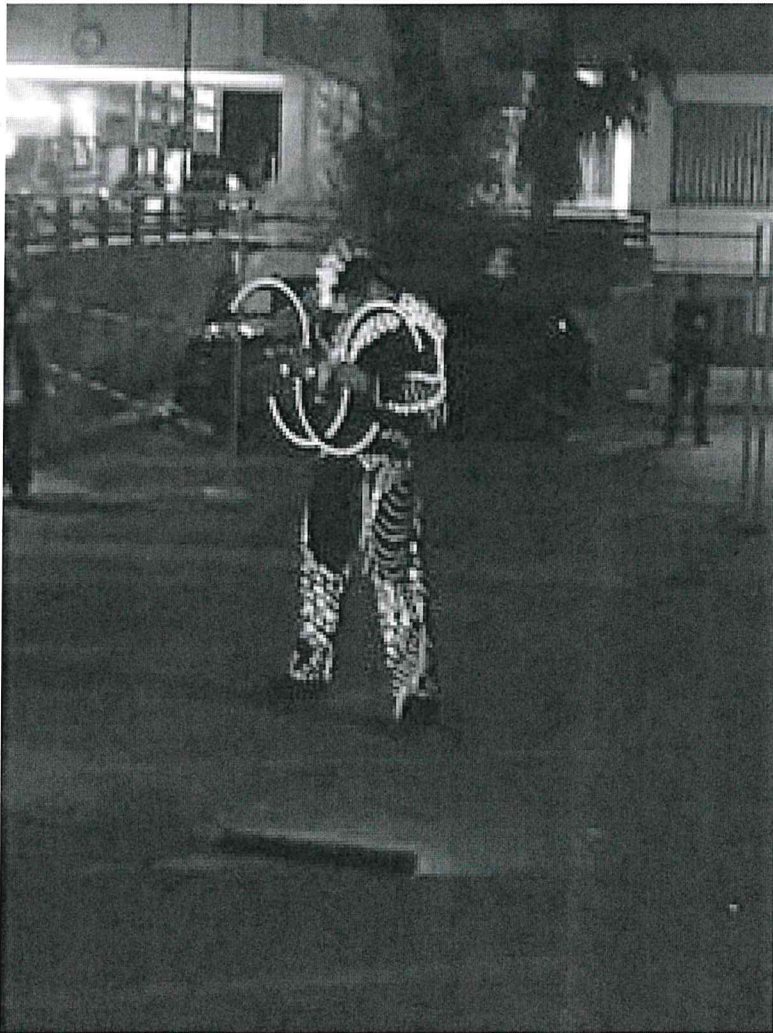
PALERMOTODAY

Acrobazie, giochi di luce e musica: al Cervello performance degli artisti del Teatro del fuoco

Lo spettacolo, tra gli eventi collaterali del Festival, si è svolto nello spazio davanti al Pronto soccorso pediatrico. Il direttore dell'Ospedale Walter Messina: "Un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori"

Redazione

31 luglio 2019 16:06



Stupore ed emozione per i bambini dell'ospedale Cervello che ieri sera hanno assistito ad una performance degli artisti del Teatro del Fuoco. Lo spettacolo, tra gli eventi collaterali del Festival, si è svolto a chiusura di un laboratorio teatrale. Gli artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio davanti al Pronto soccorso pediatrico i piccoli spettatori con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali.

Un progetto ideato dall'organizzatrice del Teatro del Fuoco, Amelia Bucalo Triglia, sostenuto dal Dasoe (Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico) della Regione Siciliana e accolto con grande favore dal direttore dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Walter Messina. Il laboratorio teatrale con i bambini, realizzato negli spazi interni del Pronto soccorso pediatrico, era stato condotto negli scorsi giorni da Emanuele Abbagnato, insegnante di teatro, specializzato in teatro pedagogico. Responsabile aziendale dell'evento Salvatore Siciliano, dell'Unità operativa di Educazione e promozione della salute. "E' stata – commenta il direttore Walter Messina - un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori. Faremo in modo che non rimanga un evento isolato".

Potrebbe interessarti

Caffè addio, 9 cibi alternativi per rimanere svegli e mantenere (alta) la concentrazione

A Palermo servono 5 mesi per vendere un immobile, aumenta la domanda (e i prezzi)

Aromaterapia, il profumo dei fiori fa bene alla salute: 10 piante da avere (per forza) a casa

Taglio dei capelli fai da te, 3 regole da imparare a memoria per non commettere errori

I più letti della settimana

Iene a Palermo per i furbetti del reddito di cittadinanza, calci e schiaffi a La Vardera

Il tragico incidente sulla Palermo-Mazara, morto in ospedale anche il piccolo Antonino

Fiumi di cocaina alla Zisa e consegne anche a domicilio, sedici arresti

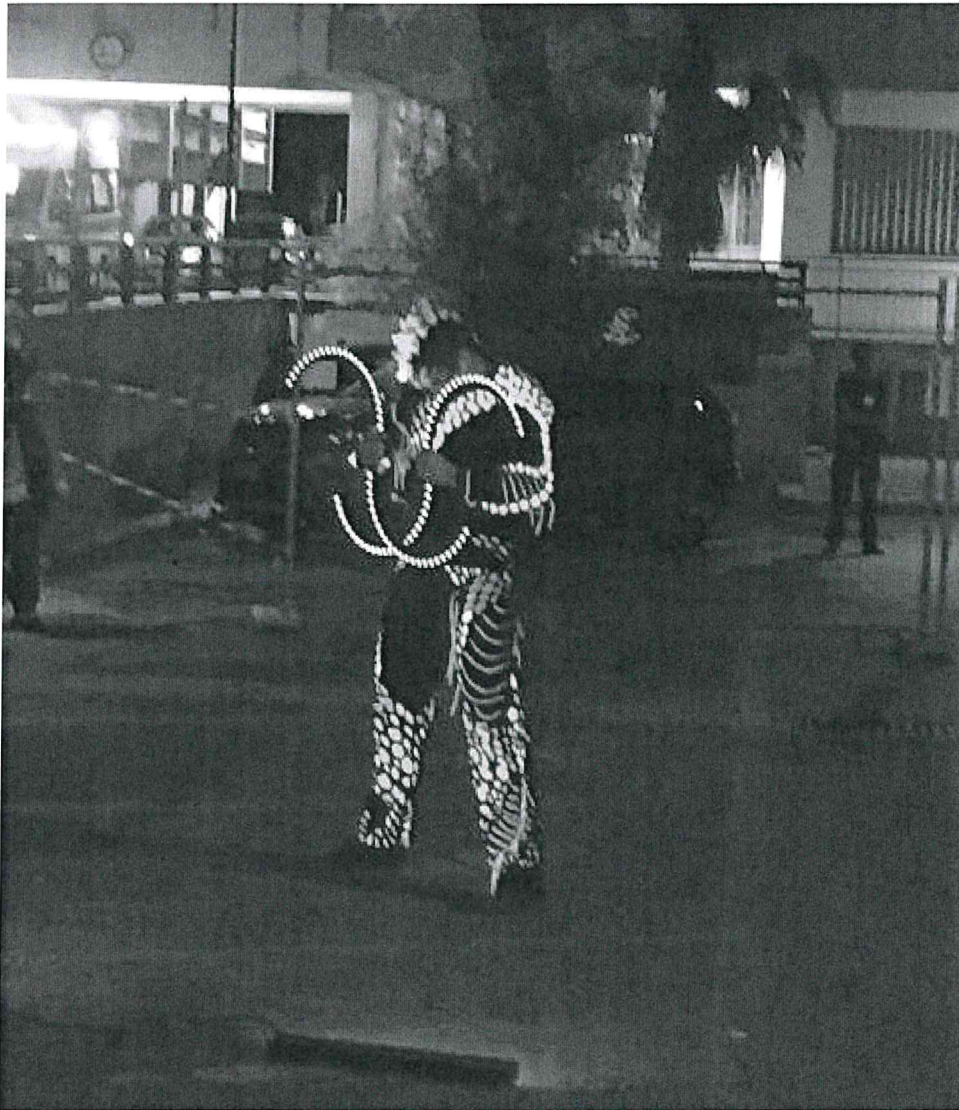
La rivelazione di Cutolo: "Riina? Una volta gli buttai la pistola addosso"

Blitz antidroga alla Zisa: i nomi degli arrestati

Sub travolto da gommone a Casteldaccia: "Trascinato sott'acqua per 50 metri"

Palermo: gli artisti del Teatro del Fuoco emozionano i piccoli pazienti del "Cervello"

Di redazione **ilsitodisicilia** - mercoledì 31 luglio 2019



Bambini con lo sguardo pieno di stupore e di emozione davanti agli artisti del Teatro del Fuoco. Si è chiuso martedì sera all'ospedale Cervello, con una suggestiva performance, il laboratorio teatrale, organizzato fra gli eventi collaterali del noto Festival, in programma nella fine settimana fra Palermo, Gibellina e Zafferana Etnea.

Gli artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio antistante il Pronto soccorso pediatrico con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali, i bambini ospedalizzati nell'area materno infantile dell'Ospedale, alla presenza dei familiari.

Un progetto ideato dall'organizzatrice del Teatro del Fuoco, Amelia Bucalo Triglia, sostenuto

Utilizziamo i cookie per essere sicuri che tu possa avere la migliore esperienza sul nostro sito. Puoi disabilitare i cookie dalle impostazioni del tuo browser.

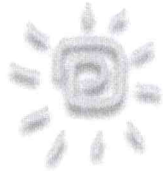
[Ok](#)

Il laboratorio teatrale con i bambini, realizzato negli spazi interni del Pronto soccorso pediatrico, era stato condotto negli scorsi giorni da Emanuele Abbagnato, insegnante di teatro, specializzato in teatro pedagogico. Responsabile aziendale dell'evento il dottore Salvatore Siciliano, responsabile dell'Unità operativa di Educazione e promozione della salute.

"E' stata – commenta il direttore Walter Messina – un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori. Faremo in modo che non rimanga un evento isolato".

Utilizziamo i cookie per essere sicuri che tu possa avere la migliore esperienza sul nostro sito. Puoi disabilitare i cookie dalle impostazioni del tuo browser.

Ok



PALERMOMANIA.IT

IL GIORNALE DI PALERMO A 360°

Testata Giornalistica registrata al Tribunale di Palermo n° 15 Del 27/04/2011

Comunicati - Eventi

> [Home](#) > [Comunicati - eventi](#) > [Ospedale Cervello, gli artisti del Teatro del Fuoco chiude il laboratorio teatrale per bambini](#)

spettacolo per i bambini

Ospedale Cervello, gli artisti del Teatro del Fuoco chiude il laboratorio teatrale per bambini

Gli artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio antistante il Pronto soccorso pediatrico con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali.

di [Palermomania.it](#) | Pubblicata il: 31/07/2019 - 14:58:02 | Letto 355 volte | Voti: 157



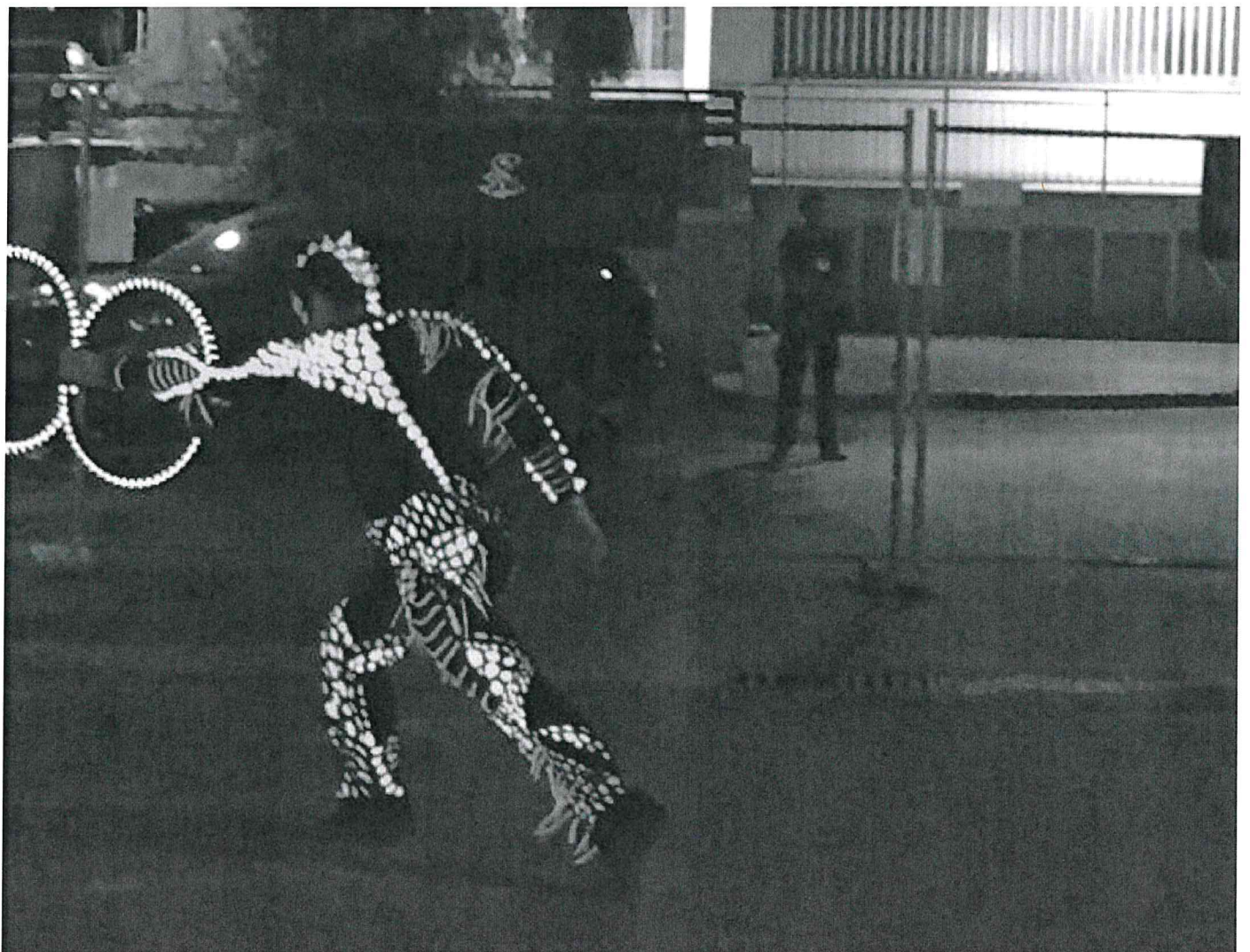
Bambini con lo sguardo pieno di stupore e di emozione davanti agli artisti del **Teatro del Fuoco**. Si è chiuso ieri sera all'**Ospedale Cervello**, con una suggestiva performance, il laboratorio teatrale, organizzato fra gli eventi collaterali del noto Festival, in programma nel fine settimana fra Palermo, Gibellina e Zafferana Etnea.

Gli artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio antistante il Pronto soccorso pediatrico con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali, i bambini ospedalizzati nell'area materno infantile dell'Ospedale, alla presenza dei

familiari.

Un progetto ideato dall'organizzatrice del Teatro del Fuoco, **Amelia Bucalo Triglia**, sostenuto dal Dasoe (Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico) della Regione Siciliana e accolto con grande favore dal Direttore dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, **Walter Messina**.

Il laboratorio teatrale con i bambini, realizzato negli spazi interni del Pronto soccorso pediatrico, era stato condotto negli scorsi giorni da **Emanuele Abbagnato**, insegnante di teatro, specializzato in teatro pedagogico. Responsabile aziendale dell'evento il dr. **Salvatore Siciliano**, responsabile dell'Unità operativa di Educazione e promozione della salute. *“È stata – commenta Il Direttore **Walter Messina** - un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori. Faremo in modo che non rimanga un evento isolato”*.



"Nessun rimpianto" - Dice Flavio

Flavio Briatore, l'ex leggenda della F1 e miliardario italiano weathercoolnews.com

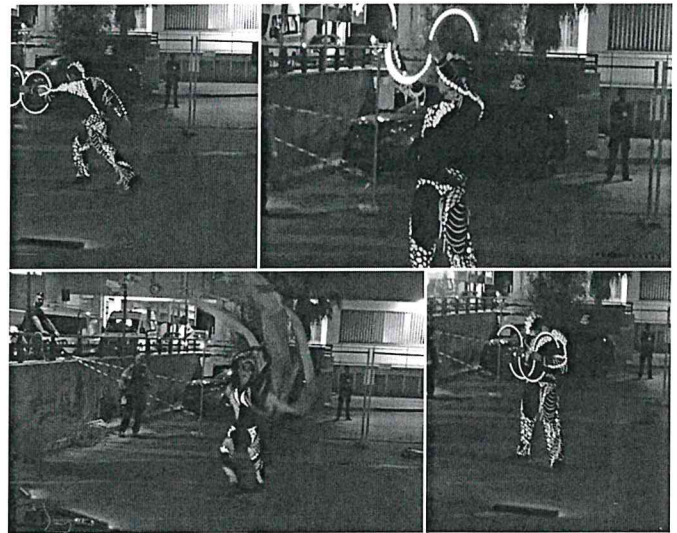
NOTIZIE

Ospedale Cervello – la performance degli artisti del Teatro del Fuoco chiude il laboratorio teatrale per bambini

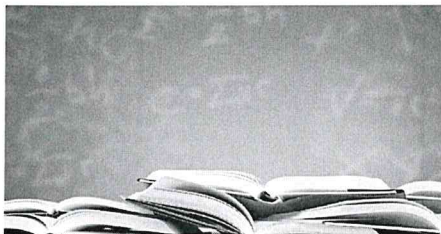
Redazione - 2 ore ago 2

Bambini con lo sguardo pieno di stupore e di emozione davanti agli artisti del Teatro del Fuoco. Si è chiuso ieri sera all'Ospedale Cervello, con una suggestiva performance, il laboratorio teatrale, organizzato fra gli eventi collaterali del noto Festival, in programma nel fine settimana fra Palermo, Gibellina e Zafferana Etnea.

Due artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio antistante il Pronto soccorso pediatrico con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali, i bambini ospedalizzati nell'area materno infantile dell'Ospedale, alla presenza dei familiari. Un progetto ideato dall'organizzatrice del Teatro del Fuoco, Amelia Bucalo Triglia, sostenuto dal Dasoe (Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico) della Regione Siciliana e accolto con grande favore dal Direttore dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Walter Messina. Il laboratorio teatrale con i bambini, realizzato negli spazi interni del Pronto soccorso pediatrico, era stato condotto negli scorsi giorni da Emanuele Abbagnato, insegnante di teatro, specializzato in teatro pedagogico. Responsabile aziendale dell'evento il dr. Salvatore Siciliano, responsabile dell'Unità operativa di Educazione e promozione della salute. *"E' stata - commenta Il Direttore Walter Messina - un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori. Faremo in modo che non rimanga un evento isolato".*



Com. Stam.



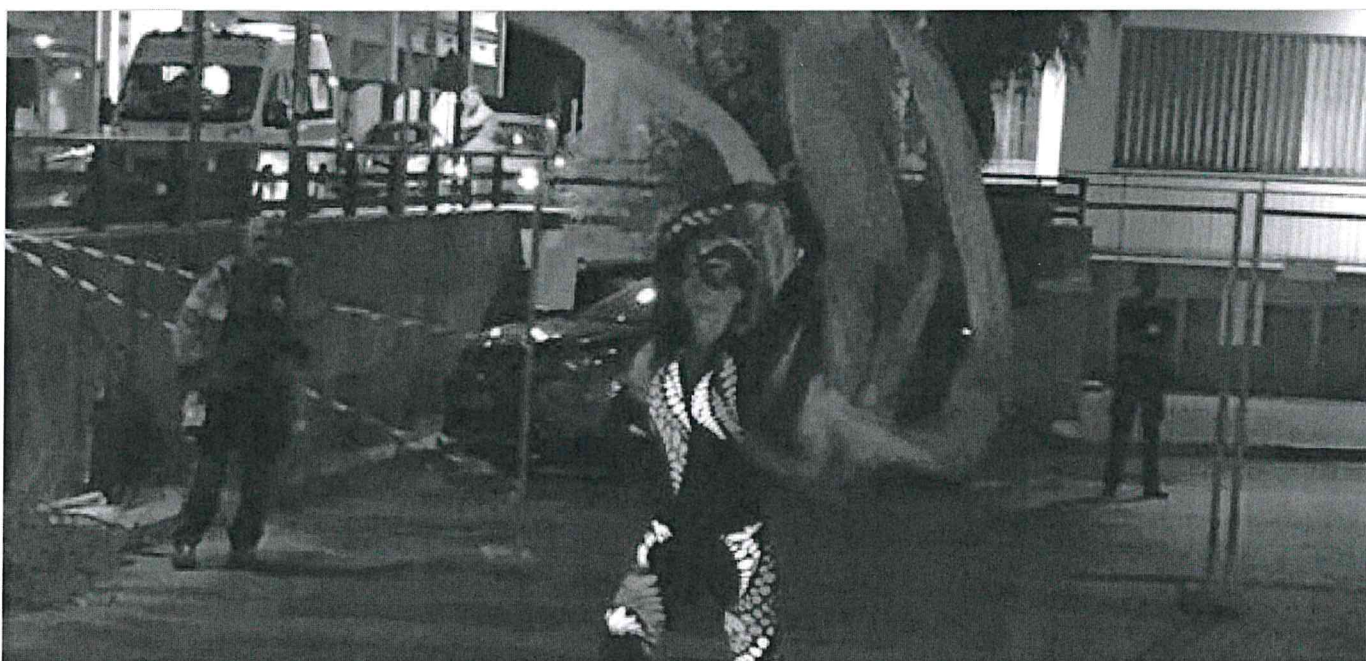
Shakespeare Schc
2019-20 - Dir Art J

Ann. Scuola annuale di
per attori
shakespeareschooltorino.co

[Ulteriori info](#)

HOME (/) • NEWS ED EVENTI (/?Q=NEWS-ED-EVENTI) • ALL'OSPEDALE CERVELLO GRANDE SUCCESSO PER IL LABORATORIO TEATRO DEL FUOCO

All'Ospedale Cervello grande successo per il laboratorio Teatro del Fuoco



Bambini con lo sguardo pieno di stupore e di emozione davanti agli **artisti del Teatro del Fuoco**. Si è chiuso ieri sera all'**Ospedale Cervello**, con una suggestiva performance, il laboratorio teatrale, organizzato fra gli eventi collaterali del noto Festival, in programma nel fine settimana fra Palermo, Gibellina e Zafferana Etnea.

Due artisti del Teatro del Fuoco hanno intrattenuto nello spazio antistante il Pronto soccorso pediatrico con danze acrobatiche, giochi di luce, musica ed effetti speciali, i bambini ospedalizzati nell'area materno infantile dell'Ospedale, alla presenza dei familiari.

Un progetto ideato dall'organizzatrice del Teatro del Fuoco, Amelia Bucalo Triglia, sostenuto dal Dasoe (Dipartimento attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico) della Regione Siciliana e accolto con grande favore dal Direttore dell'Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Walter Messina.

Il laboratorio teatrale con i bambini, realizzato negli spazi interni del Pronto soccorso pediatrico, era stato condotto negli scorsi giorni da Emanuele Abbagnato, insegnante di teatro, specializzato in teatro pedagogico. Responsabile aziendale dell'evento il dr. Salvatore Siciliano, responsabile dell'Unità operativa di Educazione e promozione della salute. *"E' stata - commenta Il Direttore Walter Messina - un'esperienza più che positiva come confermato dagli apprezzamenti dei bambini e dei genitori. Faremo in modo che non rimanga un evento isolato".*

(/#facebook) (#twitter)

(https://www.addtoany.com/share#url=http://www.costruireda.com/2019/07/31/all-ospedale-cervello-grande-successo-il-laboratorio-teatro-del-fuoco&title=All%27Ospedale%20Cervello%20grande-successo-il-laboratorio-teatro-del-fuoco)

Le news in evidenza



(/?q=news/allospedale-cervello-grande-successo-il-laboratorio-teatro-del-fuoco)

All'Ospedale Cervello grande successo per il laboratorio Teatro del Fuoco (/?q=news/allospedale-cervello-grande-successo-il-laboratorio-teatro-del-fuoco)

31/07/2019



(/?q=news/il-progetto-mare-senza-frontiere-al-premio-ragusani-nel-mondo)

Il progetto Mare senza frontiere al Premio Ragusani nel Mondo (/?q=news/il-progetto-mare-senza-frontiere-al-premio-ragusani-nel-mondo)

31/07/2019



(/?q=news/cardiologia-giglio-prima-sicilia-trattamento-infarto-arrivano-ulteriori-investimenti-15-Mln-di)

quotidianosanità.it

Lunedì 29 LUGLIO 2019

Pronto soccorso. Le nuove linee guida in vista del traguardo. Accanto ai codici a colori nel triage, arrivano i numeri: da 1 (il più grave) a 5. Massimo 8 ore di attesa per presa in carico e disponibilità letti sarà affidata al “bed manager”

Trasmesso alle Regioni il documento definitivo elaborato dal Tavolo di lavoro istituito al Ministero della Salute che accoglie le richieste degli Enti locali e che ora è pronto per il via libera in Stato-Regioni. Definiti anche gli standard strutturali e di personale per l'Osservazione breve intensiva e le azioni per ridurre il sovraffollamento tra cui il blocco dei ricoveri programmati, l'istituzione della stanza/area di ricovero ("Admission Room"), in sostanza aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria e l'implementazione del bed management. IL TESTO

Nuovi codici numerici per la definizione delle priorità che vanno ad aggiungersi ai colori (come richiesto dalle Regioni) e nuovi standard per l'Osservazione breve intensiva e azioni per ridurre il sovraffollamento tra cui il blocco dei ricoveri programmati e l'implementazione del bed management. Sono queste le direttrici su cui si muovono le nuove linee guida elaborate dal Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute ed inviate alle Regioni.

Il documento era stato già presentato a giugno ma le Regioni avevano chiesto alcune modifiche, tra cui la più importante era quella di mantenere (perlomeno in una prima fase transitoria) i codici di priorità a colori accanto alla nuova codifica numerica. Modifiche accettate dal Ministero che ha inviato nuovamente il testo agli Enti locali e che ora dovrà essere approvato nella Conferenza Stato-Regioni di giovedì 1 agosto.

Ma vediamo in sintesi tutte le novità delle nuove linee guida:

Nuovi codici di priorità per il Triage. Nel modello proposto dal Ministero si adotta un sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità. “Le Regioni – si legge - possono associare al codice numerico anche il codice colore. La nuova codifica consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore. L'implementazione della nuova codifica dovrà avvenire progressivamente, entro 18 mesi dalla pubblicazione del presente documento.

Per ognuno dei 5 codici, si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento, che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza. Nella tabella che segue sono riportati i cinque livelli, la loro denominazione, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento”.

Per una corretta gestione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti che accedono al P.S. si raccomanda un tempo non superiore alle 8 ore dall'arrivo, anche nel caso di presentazioni cliniche complesse, in aderenza a quanto evidenziato nella letteratura internazionale.

Il Triage. Il documento costituisce un aggiornamento delle Linee di indirizzo sul Triage emanate con l'Accordo SR del 2003 e, nel ridefinire la funzione di Triage, sviluppa le possibilità organizzative, in linea con i recenti dati di

letteratura internazionale e con l'attuale fase di ridisegno del nostro sistema sanitario, allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il Triage è l'inizio del percorso di Pronto Soccorso ed ha due obiettivi:

- individuare le priorità di accesso alle cure;
- indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Nel documento si ribadisce che il Triage in Pronto Soccorso "è una funzione infermieristica effettuata da personale con appropriate competenze e attuata sulla base di linee guida e protocolli in continuo aggiornamento. L'infermiere di Triage è dotato di autonomia professionale, in relazione alle competenze acquisite durante il corso di formazione, può essere specificatamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici ed all'inizio di trattamenti, qualora queste attività siano previste da protocolli interni.

Percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat)

Il See and Treat è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi per il trattamento di problemi clinici preventivamente definiti. Il paziente viene preso in carico in una determinata area del pronto soccorso dall'infermiere in possesso di formazione specifica che applica le procedure previste da protocolli condivisi e validati, assicura il completamento del percorso e può essere specificamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci. Si tratta di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica.

Percorso pediatrico

Si spiega come particolare attenzione dovrà essere dedicata alla rilevazione e al trattamento del dolore pediatrico. Per questo motivo, dovranno essere disponibili ed utilizzate, correttamente e costantemente,

dall'infermiere addetto al triage le scale validate del dolore pediatrico, specifiche per fasce d'età.

TABELLA 2: ITER DI PRONTO SOCCORSO

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un <i>fast track</i> 4. Prestazione diretta (<i>See and treat</i>)		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore
PRONTO SOCCORSO	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)	
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	
		Invio in O.B.I.		
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)	Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dall'inizio della presa in carico al <i>triage</i>
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	

Linee guida Osservazione breve intensiva (OBI). Ma non solo triage, nel documento sono anche definiti vari aspetti di continuità all'interno del percorso di cura del paziente in Pronto Soccorso, OBI, ricovero, individuando i limiti temporali delle prestazioni.

“L'OBI – si legge - costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

Le funzioni dell'OBI si realizzano in:

- osservazione clinica;
- terapia a breve termine di patologie a complessità moderata;
- possibilità di approfondimento diagnostico - terapeutico finalizzato al ricovero appropriato o alla dimissione.

Tempi massimi in OBI. Nelle linee guida si specifica come "l'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, deve avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dalla presa in carico al triage".

Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:

- Ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall' ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
- Dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (follow up).

Standard strutturali dell'OBI. Le linee guida precisano come l'area di OBI "è attivata in locali dedicati ed abitualmente è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'OBI, organizzato in strutture open-space e/o a box singoli, è opportunamente attrezzato per garantire la tutela della privacy ed il comfort del paziente".

Nell'OBI, sia per adulti che pediatrica, oltre alla dotazione standard di materiale sanitario, sono presenti le seguenti apparecchiature:

- carrello per l'emergenza;
- monitor defibrillatore/stimolatore;
- ventilatore meccanico;
- dispositivi per la somministrazione di Ossigeno nelle diverse situazioni cliniche (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, CPAP - Pressione Positiva Continua nelle vie Aeree);
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali.

Devono, inoltre, essere disponibili nell'ambito del Pronto Soccorso le seguenti apparecchiature: ecografo pluridisciplinare ed emogasanalizzatore.

Nell'OBI pediatrica devono essere presenti le dotazioni di dispositivi e apparecchiature adeguati alle diverse fasce di età. Nell'OBI ostetrica la dotazione tecnologica deve prevedere anche un ecografo multidisciplinare con sonda transvaginale (ecofast) e un apparecchio di cardiocografia fetale.

Standard personale OBI. La postazione è l'unità dedicata al paziente ove si realizzano le attività di assistenza, diagnosi e cura, nel rispetto della privacy e del comfort. La dotazione delle postazioni dedicate all'OBI è individuata mediante il criterio di 1 postazione ogni 5.000 accessi al Pronto Soccorso

Per l'OBI pediatrica si prevedono almeno 2 postazioni per ogni U.O. di Pediatria o P.S. pediatrico, oppure 1 postazione ogni 4.000 accessi in P.S. Le postazioni di OBI sono funzionali e pertanto non devono essere considerate nella dotazione totale dei posti letto dedicati al ricovero ospedaliero.

E' necessario dotare almeno il 50% delle postazioni di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente. Inoltre si precisa che la dotazione di personale assegnato all'OBI, in modo integrato con il Pronto Soccorso, è proporzionale alle dimensioni della struttura, intendendo per dimensione il numero di postazioni operanti

Per un modulo di 5-8 postazioni, si indica come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e di una unità medica per almeno 8 ore diurne non continuative. Nelle ore notturne la presenza del medico è assicurata dal personale in servizio presso il Pronto Soccorso. Per quanto riguarda il personale di supporto, è altresì indicata la presenza di una unità di OSS nelle 12 ore diurne; nelle ore notturne tale risorsa può essere condivisa con il P.S.

Il personale dell'OBI opera in maniera integrata e coordinata con il restante personale del Pronto Soccorso e, ove presente, della Medicina d'Urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI

<i>FIGURE PROFESSIONALI</i>	<i>FINO A 4 POSTAZIONI</i>	<i>DA 5 A 8 POSTAZIONI</i>	<i>DA 9 A 15 POSTAZIONI</i>
<i>MEDICO</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	60 min/die per postazione	60 min/die per postazione
<i>INFERMIERE</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
<i>OSS</i>	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

Azioni per ridurre il sovraccollimento in Pronto soccorso.

In generale nel documento si definiscono le azioni che possono essere introdotte per ridurre il fenomeno e che principalmente "richiedono un'azione integrata con la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale".

Di seguito sono elencate le principali azioni da attuarsi a livello di rete dei servizi ospedalieri e territoriali:

- Definizione per ciascun territorio di percorsi di "affidamento diretto" per la presa in carico da parte delle Unità Operative Ospedaliere dei casi urgenti già seguiti dalle stesse (es. pazienti oncologici- nefrologici-ematologici-supporto trasfusionale-urologici).
- Definizione per ciascun territorio di percorsi per la gestione delle urgenze ambulatoriali con classe di priorità di tipo U (entro 72 ore).
- Implementazione presso ciascun Pronto Soccorso di modalità strutturate per la gestione dell'informazione/indirizzamento dei pazienti verso la rete dei servizi sociali sociosanitari per percorsi complessi.
- Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent user".
- Definizione per ciascun territorio di percorsi condivisi tra ospedale e territorio per la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e in strutture protette.
- Realizzare e rafforzare i servizi territoriali e soprattutto la loro capacità di intercettare quanto sarebbe inappropriato nell'ambito del Pronto Soccorso, incentivando la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) o anche di Case della salute e Ospedali di Comunità, Hospice.
- Attivazione di soluzioni volte a migliorare l'accessibilità ai servizi di continuità assistenziale, quali ad esempio l'attivazione del numero unico europeo 116117.

Ma non solo nelle linee guida si definiscono anche altre azioni specifiche:

- Adozione di protocolli per la gestione di casi clinici specifici (es.: dolore toracico, ictus)
- Adozione dei percorsi di Fast Track per prestazioni a bassa complessità;
- Monitoraggio dei tempi di esecuzione e refertazione degli esami radiologici, di laboratorio e delle consulenze, per incrementare il grado di efficienza della fase di processo;
- Individuazione di percorsi dedicati per le prestazioni specialistiche rivolte al Pronto Soccorso, che devono essere separati da quelli rivolti ai pazienti degenti e ambulatoriali; inoltre, per garantire la tempestività di completamento dell'iter diagnostico in Pronto Soccorso, deve essere sempre specificato il livello di priorità distinguendo tra "emergenza" ed "urgenza";
- Adozione di strumenti di comunicazione (sistemi informativi) volti a condividere con i servizi ed il personale coinvolto i livelli di priorità e le informazioni sullo stato di avanzamento dei percorsi;
- Rilevazione dei carichi di lavoro e adeguamento delle risorse adottando anche modalità organizzative che consentano la flessibilità degli organici attivi in funzione del reale grado di attività del servizio nei periodi di prevedibile iperafflusso;
- Adeguamento della dotazione organica di personale anche in funzione del ruolo svolto nell'ambito della rete dell'emergenza- urgenza (Pronto Soccorso, DEA I livello, DEA II livello) e della presenza di strutture quali la Medicina d'emergenza, della Terapia sub intensiva, etc ...

- Attuazione di strategie di "rinforzo temporaneo" del personale medico, infermieristico e di supporto.

A prescindere da queste azioni preventive il documento suggerisce anche le azioni da mettere in atto in caso di iperafflusso:

- Definizione di un numero preordinato di posti letto, di area medica e chirurgica, quotidianamente a disposizione del Pronto Soccorso, al fine di assicurare le esigenze ordinarie di ricovero urgente di tale servizio.
- Implementazione di un cruscotto in grado di rappresentare l'effettiva situazione dei posti letto disponibili o che si renderanno disponibili in tempi brevi.
- Pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del Pronto Soccorso, anche attraverso il monitoraggio della durata di degenza dei pazienti.
- Definizione di modalità che garantiscano la possibilità di dimissione dai reparti anche nei giorni prefestivi e festivi, soprattutto a ridosso del fine settimana, almeno per quei pazienti che dispongano già o non richiedano un percorso di presa in carico a livello territoriale.
- Adozione di specifiche procedure organizzative aziendali e interaziendali che garantiscano il rapido back transfer dei pazienti dai centri Hub di riferimento ai centri Spoke, con l'obiettivo prioritario di decongestionare i centri a maggior afflusso di pazienti.
- Definizione di accordi di rete con i presidi ospedalieri e/o cliniche, che non hanno ruolo nella rete dell'emergenza-urgenza, per la disponibilità di posti letto per acuti e per post-acuti.
- Istituzione della stanza/area di ricovero ("Admission Room"), aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento.
- Definizione di percorsi che consentano nelle situazioni più gravi, di operativa h possibilità di ricovero in altro presidio ospedaliero, previa verifica della reale disponibilità del Posto Letto, e senza interferire significativamente con l'attività di accettazione Pronto Soccorso / Ospedale.
- Definizione di percorsi ambulatoriali post-Pronto Soccorso per la presa in carico del paziente al fine di garantire una dimissione sicura e una minore percentuale di re-ingressi in Pronto Soccorso.
- Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento. Inizialmente la soluzione dovrà interessare le Unità Operative dell'area medica, compresa l'area medico-specialistica, e in seconda istanza le Unità Operative dell'area chirurgica.

Bed Management. Nel documento riveste particolare rilevanza l'implementazione delle funzioni di Bed Management, all'ottimizzazione all'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione.

"L'istituzione della funzione del Bed Management – si legge - rappresenta un elemento di facilitazione nel processo di governo dei flussi del paziente in ospedale e rappresenta una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostici terapeutici. Al momento non c'è un unico modello di riferimento per la funzione di Bed Management, in quanto ogni realtà deve rispondere con proprie risorse umane, logistiche e tecniche, tuttavia tale funzione rappresenta un'espressione di integrazione professionale medico-infermieristica nell'ambito di un team i cui componenti devono possedere le seguenti caratteristiche: la conoscenza approfondita dell'ospedale e la conoscenza delle esigenze operative, al fine di garantire la massima integrazione tra i percorsi di urgenza e quelli programmati".

La funzione del Bed Management dovrà essere declinata in un regolamento che ne evidenzia le modalità organizzative e le relative attività e dovrà basarsi su alcuni capisaldi:

- verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letto; o indicazione dei tempi di ricovero attraverso un sistema di relazione continuo con le UUOO, supportato da un cruscotto per il monitoraggio;
- verifica della programmazione delle dimissioni e della continuità delle stesse nell'arco di tutta la settimana; organizzazione di un sistema di dimissioni verso altri setting assistenziali (Post acuzie, Riabilitazione, Ospedali di Comunità, Case della Salute, ecc.);
- di concerto con la Direzione Sanitaria, procede al monitoraggio della durata della degenza dei pazienti. Sviluppare un sistema di presa in carico precoce delle "dimissioni difficili" sin dal momento del ricovero;
- monitorare i percorsi dei pazienti considerati "frequent use/ anziani fragili e socialmente difficili.

Si dovrà poi prevedere un cruscotto per il monitoraggio dei posti letto e delle dimissioni in tempo reale che dovrà interfacciarsi con il sistema informativo del Pronto Soccorso. I dati di monitoraggio, disponibili on line, saranno visibili per le Unità Operative con l'obiettivo di promuovere una collaborazione tra tutte le strutture del presidio ospedaliero. Periodicamente saranno pubblicati report sui dati di attività.

quotidianosanità.it

Mercoledì 31 LUGLIO 2019

In Stato-Regioni l'ospedale di comunità: al medico la responsabilità clinica e all'infermiere la gestione e l'assistenza. Ecco come funziona

L'ospedale di comunità, previsto dal DM 70/2015 (il regolamento sugli standard ospedalieri), dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal Piano nazionale della cronicità, un anno fa era comparso nell'elenco dei documenti da inviare all'intesa Stato-Regioni, ma poi si era arenato per la richiesta di ulteriori modifiche tecniche ed ora torna all'ordine del giorno della Conferenza del 1° agosto. IL DOCUMENTO.

Una struttura di ricovero breve, che fa parte del livello dell'assistenza territoriale, rivolta a pazienti che per situazioni acute o minori o riacutizzazione di patologie croniche hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture se il domicilio non è adatto (strutturale e/o familiare) e hanno bisogno di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

E' l'ospedale di comunità, previsto dal DM 70/2015 (il regolamento sugli standard ospedalieri), dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal Piano nazionale della cronicità, che un anno fa era comparso nell'elenco dei documenti da inviare all'intesa Stato-Regioni, ma che poi si era arenato per la richiesta di ulteriori modifiche tecniche ed è ora all'ordine del giorno della Conferenza del 1° agosto.

E' una struttura di ricovero breve e fa parte dell'assistenza territoriale, ma non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, può essere pubblico o privato accreditato e deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e la misurazione dei processi e degli esiti.

Può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

Ha al massimo 15-20 posti letto e non più di due moduli e può prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali con l'obiettivo di ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei. Non si parla più però della dotazione regionale fino a 0,3 posti letto per mille abitanti presente nel testo precedente.

Vicino agli ospedali pediatrici possono esserci ospedali di comunità dedicati a questi pazienti, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza formato e competente per il target di assistiti.

La gestione e l'attività sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La gestione delle attività fa parte dell'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie.

La responsabilità igienico sanitaria spetta a un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale.

La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva invece a una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione

di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale. Altra modifica rispetto al testo precedente dove era previsto che il responsabile fosse un medico, mentre ora torna il principio della multidisciplinarietà e della contendibilità delle funzioni.

Analoghe figure di responsabile igienico sanitario e responsabile gestionale organizzativo sono individuate dalle strutture private.

La responsabilità clinica dei pazienti è:

- di un medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta se ospedale pediatrico);
- di un medico che nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il Ssn o incaricato dalla direzione della struttura;
- per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura.

La responsabilità assistenziale spetta all'infermiere secondo le proprie competenze.

L'assistenza/sorveglianza sanitaria è infermieristica ed è garantita nelle 24 ore.

I responsabili delle attività cliniche e infermieristiche raccolgono le informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il fascicolo sanitario elettronico.

In caso di necessità, l'infermiere attiva la figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'ospedale di comunità sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure di emergenza del presidio ospedaliero.

Per accedervi è necessario:

- una diagnosi già definita;
- una prognosi già definita;
- una valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate
- un programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (a eccezione del Pronto Soccorso).

L'ospedale di comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.

Per questo devono essere stabilite procedure operative per garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati nel turno diurno (8-20) per almeno una ora di presenza settimanale per singolo ospite, sei giorni su sette; nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme in materia. L'assistenza notturna può essere garantita anche da medici di continuità assistenziale, in base a specifici accordi locali, oppure da medici che operano nella struttura.

Per un modulo fino a 20 posti letto dovrà essere garantita la presenza h24 di una figura infermieristica e di una adeguata presenza di figure di supporto diurne e notturne in base al case mix dei pazienti.

E' prevista anche la funzione dell'infermiere case manager.

Devono essere promossi ed assicurati: la formazione continua di tutto il personale, la valutazione e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'ospedale di comunità deve assicurare una maggiore integrazione sia con la comunità locale (associazioni di volontariato) che con i servizi sociali. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di

volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

quotidianosanità.it

Mercoledì 31 LUGLIO 2019

Aifa e Agenas. Quattro candidati sul tavolo dei presidenti regionali

Per riempire la casella ormai vacante da un anno dell'Agenzia del farmaco si fanno i nomi dell'ex direttore generale di Aifa (lo è stato dal 2004 al 2008) Nello Martini e di un tecnico proveniente dalla Lombardia. Nella partita era entrato anche Giuseppe Remuzzi, attuale direttore del Mario Negri ma il suo nome è poi uscito dalla lista. Mentre per la presidenza dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari il ballottaggio sarebbe tra l'assessore del Veneto Manuela Lanzarin e il professor Enrico Coscioni, fidato consigliere per le questioni sanitarie del governatore campano De Luca.

Sembra si stia per chiudere la partita per la definizione delle candidature per le presidenze di Aifa e Agenas. A quanto si apprende oggi la commissione Salute delle Regioni ha affrontato la questione e sarebbero state formulate per le due poltrone delle candidature sia dalle Regioni a guida centrodestra che a guida centrosinistra.

Per l'Agenzia del farmaco, tramontata la candidatura dell'ex assessore alla sanità del Piemonte, **Antonio Saitta**, in sostituzione di **Stefano Vella** (dimessosi ormai quasi un anno fa) i nomi in campo sarebbero quello di **Nello Martini**, 72 anni già direttore generale dell'Agenzia del farmaco dal 2004 al 2008 e quello di un tecnico proveniente dalla Lombardia sul cui nome però è stretto il riserbo. Nella lista in un primo momento era entrato anche **Giuseppe Remuzzi**, 70 anni e direttore dell'Istituto farmacologico Mario Negri e già in ballo a fine 2017 per il ruolo di Dg della stessa Aifa, ma poi il suo nome è stato tolto dalla rosa.

Per quanto riguarda la presidenza di Agenas (che dopo le dimissioni di **Luca Coletto** per la sua nomina a sottosegretario alla Salute oggi vede come presidente facente funzioni **Giacomo Bazzoni**) i candidati in ballo sarebbero l'assessore alla sanità del Veneto **Manuela Lanzarin** (che però è data da mesi in pole per prendere la guida della commissione Salute) ed **Enrico Coscioni**, consigliere per la sanità del governatore della Campania, Vincenzo De Luca.

I nodi si dovrebbero sciogliere domani in Conferenza dei presidenti da cui dovrebbero uscire i nomi che poi saranno sottoposti al Ministro della Salute, **Giulia Grillo**.

L.F.

quotidianosanità.it

Mercoledì 31 LUGLIO 2019

Fuga dal Ssn. In 10 anni persi 45mila operatori: oggi sono 603mila, erano 649mila del 2007

Nel 2017 i dipendenti del Ssn ovvero il personale delle Asl e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati (Asl, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, Aziende ospedaliere integrate con Università) risultavano essere 603.375 contro i 649.248 del 2007. Oltre 5.000 medici in meno e oltre 10 mila infermieri in meno rispetto a 10 anni fa.

Nel 2017 sono 603.375 i dipendenti del SSN, ovvero il personale delle Asl e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati (Asl, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, Aziende ospedaliere integrate con Università). Un numero che se rapportato al 2007 vede un calo di oltre 45 mila unità (nel 2007 erano 649.248). A fornire i numeri è la monografia "Personale delle ASL e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati - Anno 2017", a cura dell'Ufficio di statistica - Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica. (VEDI ANCHE REPORT DEL 2007)

In particolare, nel 2017 lavorano per il SSN 101.100 medici e odontoiatri (erano 106.817 nel 2007) e 253.430 infermieri (264.177 nel 2007).

Nel 2017, il 66,8% del personale del SSN è composto da donne, contro il 33,2% degli uomini. Il 71,5% (431.492 dipendenti) appartiene al ruolo sanitario, il 17,6% al ruolo tecnico (analisti, statistici, sociologi, assistenti sociali,...), il 10,7% al ruolo amministrativo e lo 0,2% a quello professionale (avvocati, ingegneri, architetti...).

Con particolare riferimento al ruolo sanitario, il 58,7% è rappresentato da infermieri, il 23,4% da medici e odontoiatri e il 17,9% da altre figure professionali sanitarie (dirigenti professioni sanitarie, personale tecnico-sanitario, personale funzioni riabilitative,...).

Sempre considerando il personale del ruolo sanitario, sul territorio la percentuale di donne più alta si registra nella provincia autonoma di Bolzano (79,0%), la più bassa in Sicilia (51,8%).