



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



REGIONE. 1

Reti specialistiche e macroaree: ecco il nuovo Piano ospedaliero

DI FRANCESCO AVATI

QUATTRO RETI di specialità, "autosufficienza" provinciale per Napoli, Caserta e Salerno con Avellino e Benevento che si uniscono in una sola macroarea, interventi per zone particolarmente disagiate indipendentemente dai bacini di utenza: sono queste alcune delle linee lungo le quali si muoverà il nuovo Piano Ospedaliero della Regione Campania. A spiegarlo al Denaro è il sub commissario **Mario Morlacco** che dopo le polemiche scoppiate per la pubblicazione di anticipazioni di stampa circa la sorte di alcune strutture ospedaliere in provincia di Salerno (non a caso quella di **Vincenzo De Luca** che potrebbe essere di nuovo sfidante di Caldoro alle prossime regionali) prova a gettare acqua sul fuoco. "Il nuovo piano ospedaliero ancora non esiste", ripete Morlacco nonostante ci sia chi scommetta che tutto è già bello e scritto. In realtà, chiarisce il numero due della Sanità campana, si tratta di una serie di "appunti e bozze ancora in evoluzione" per cui "qualsiasi indiscrezione potrebbe essere smentita dalla formulazione definitiva del testo".

Le anticipazioni su Salerno

Eppure avevano nei giorni scorsi fatto discutere, e non poco, notizie relative alla mancata riapertura dell'ospedale di Agropoli e alla chiusura del presidio di Castiglione di Ravello in Costiera Amalfitana. Secondo quanto rivelato, dal nuovo piano ospedaliero si salverebbe l'ospedale Mauro Scarlato di Scafati, che era destinato a una drastica eliminazione dei reparti, insieme agli ospedali di Oliveto Citra, Roccadaspide, Eboli e Battipaglia, tutti con un incremento di posti letto. Alle indiscrezioni Morlacco oggi oppone uno stretto no comment, "nulla di definito". Si limita a precisare che nel riordino "non ci sarà in regione una riduzione di posti letto quanto piuttosto una redistribuzione degli stessi in base alle nuove esigenze della Sanità campana".

Le reti

L'assetto delle strutture ospedaliere del territorio verrà ricostruito secondo reti di specialità, quattro in particolare: emergenza urgenza, trauma, cuore e ictus. "L'idea di fondo - spiega il sub commissario - è che il malato non va curato in un

ospedale qualsiasi ma in quello dove meglio può essere trattata la sua patologia. In caso di ictus, insomma, deve andare dove c'è la neurochirurgia e deve essere il 118 ad indirizzarlo verso la struttura migliore".

Avellino e Benevento insieme

Il nuovo piano garantirà una autosufficienza provinciale, o quasi, nel senso che le reti saranno strutturate all'interno di macroaree che corrisponderanno in linea di massima al tradizionale confine provinciale. "Solo per i territori di Benevento ed Avellino che separatamente non avrebbero la possibilità di rispettare i parametri di utenza previsti dal regolamento - dice Morlacco - si sta valutando l'ipotesi di costituzione di una sola macroarea" per avere all'interno di quel perimetro tutti i servizi richiesti dalla nuova organizzazione.

I tre livelli di strutture

Quali sono i parametri a cui il sub commissario fa cenno?

Li aveva spiegati il presidente-commissario ai consiglieri durante un'audizione in commissione Sanità lo scorso 21 novembre. "Si tratta di tre livelli a complessità crescente - aveva detto **Stefano Caldoro** - presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti".

Saranno questi a "determinare le macroaree" e gli eventuali "accorpamenti funzionali", che "si faranno per determinare un bacino più ampio per un'offerta sanitaria che sia capace di governare un sistema di funzioni equilibrato".

Le deroghe

Nonostante i parametri restrittivi saranno previste deroghe per aree geograficamente più disagiate.

E' il caso di alcune zone dell'entroterra campano come l'Alta Irpinia per le quali "abbiamo studiato interventi indipenden-

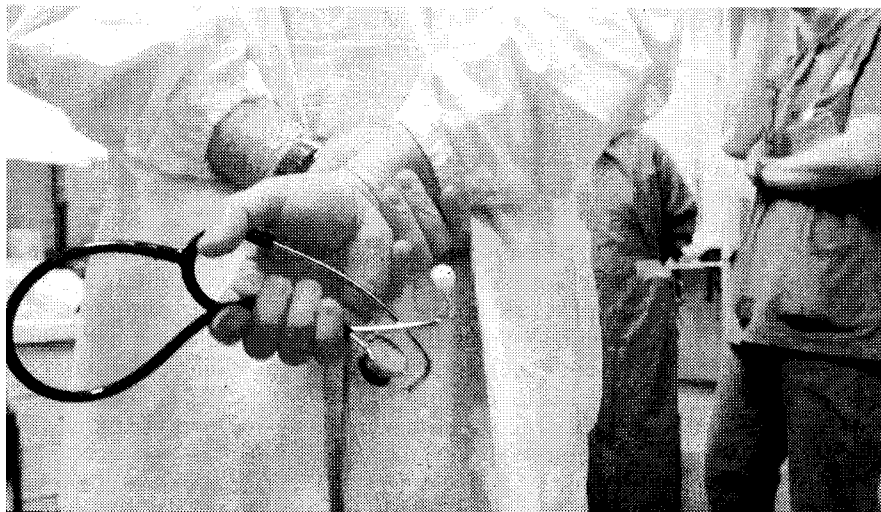
temente dai bacini di utenza", dice Morlacco. Un tema, quello delle deroghe, trattato anche dal governatore nel corso dell'audizione di novembre, quando aveva spiegato, che è "difficile andarle a definirle. Bisogna essere molto attenti, ma il tema esiste, non c'è dubbio, ci sono realtà territoriali che sono molto difficili da raggiungere".

I tempi

Il riassetto avverrà comunque in tempi brevi. Il regolamento licenziato dalla Conferenza Stato Regioni di agosto aveva fissato nel 31 dicembre 2014 il termine ultimo entro il quale le Regioni avrebbero dovuto attuare quanto previsto in ordine alla dotazione dei posti letto e stilare un nuovo Piano Ospedaliero.

Questa data però è stata superata dal successivo parere del Consiglio di Stato che, sullo stesso regolamento, ha invitato il Ministero a una rilettura e riscrittura dell'intero testo.

"Siamo in attesa di un nuovo provvedimento da parte del Ministero - chiude il sub commissario Morlacco - Giunto questo, siamo pronti ad approvare il piano ospedaliero in quindici giorni". ●●●



Così la Campania riorganizza la Sanità

• QUATTRO RETI DI SPECIALITÀ

Emergenza urgenza

Trauma

Cuore

Ictus

• TRE LIVELLI DI STRUTTURE OSPEDALIERE

Base 80.000-150.000 abitanti

I livello 150.000-300.000 abitanti

II livello 600.000-1.200.000 abitanti

• QUATTRO MACROAREE

Napoli

Caserta

Salerno

Avellino-Benevento

L'assetto delle strutture ospedaliere del territorio verrà ricostruito secondo reti di specialità, quattro in particolare: emergenza urgenza, trauma, cuore e ictus



Stefano Caldoro



Mario Morlacco

A PALAZZO SANTA LUCIA

I PRIVATI

I magistrati contabili hanno chiesto di conoscere il valore dei contratti in essere ma non hanno ricevuto risposta

Bilanci

La mancanza dell'accantonamento del 'fondo rischi' per il contenzioso viola i principi contabili

La Corte dei Conti ha rilevato le omissioni dell'amministrazione regionale sull'accertamento del regolare svolgimento delle attività

Sanità, prestazioni e tetti di spesa senza controlli

"L'Ente deve verificare l'operato delle Asl e delle aziende ospedaliere pubbliche"

(Iolanda Chiuchiolo) -

Prestazioni sanitarie, tetti di spesa e bilanci: la Corte dei Conti non è soddisfatta delle risposte fornite in merito dalla Regione. La delibera con la quale i magistrati contabili analizzano il bilancio di previsione 2014 rileva che "le omissioni di controlli" abbiano ricadute negative "sull'accertamento del regolare svolgimento delle attività e sulla possibilità della configurazione di eventuali ipotesi di responsabilità". I magistrati, nella delibera 258 del 29 dicembre scorso, si riferiscono alla regolarità delle prestazioni sanitarie. Cioè: l'Ente non appare aver preso "in considerazione i criteri per l'erogazione delle prestazioni sanitarie" oggetto dei tetti di spesa. Secondo la Regione "ogni struttura privata eroga un mix di prestazioni impossibile da definire a priori e le prestazioni sanitarie oggetto dei tetti di spesa non si prestano ad una aprioristica fissazione delle quantità delle singole prestazioni". I magistrati in merito hanno chiesto di specificare i termini della situazione perché "è di immediata evidenza come gli elementi per detta quantificazione possano essere desunti con un buon grado di approssimazione, dalla valutazione del trend temporale. Inoltre l'Ente appariva non aver preso in considerazione criteri per l'erogazione delle prestazioni attinenti ai parametri dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità".

Secondo la Regione "spetta alle Asl verificare se le prestazioni che esse acquistano dai privati siano regolari". Per i magistrati invece "spetta all'Ente, in via definitiva, il controllo sull'operato delle Asl e delle aziende ospedaliere pubbliche". Nel dettaglio la Regione esercita il controllo sulle strutture attraverso la verifica trimestrale ed annuale dell'andamento economico finanziario, l'esame delle relazioni e della documentazione, i controlli sulle attività dei direttori

generali e sugli atti aziendali. Invece, rispetto a tutto ciò, l'amministrazione risulta inadempiente nonostante nell'ottobre scorso abbia presentato il documento che fissa i limiti di spesa e i relativi contratti per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica. Tuttavia "è evidente il ritardo con il quale tale atto è stato adottato, con imprevedibili ricadute sulle esigenze di programmazione e di attendibilità delle previsioni di bilancio". In merito ai contratti sottoscritti dai privati la Corte dei Conti ha determinato in 112mila euro il valore di quelli non sottoscritti. Al riguardo ha chiesto di sapere come si è determinato tale importo e il valore complessivo di tutti i contratti. Ma la Regione "non ha fornito risposte esaustive - si legge nella delibera -. Invero, venivano fatti pervenire una serie di dati privi della necessaria attualità".

Viene ritenuto "imprescindibile" il controllo che la Regione deve esercitare sui direttori generali delle singole aziende e sull'attività del collegio sindacale. A maggior ragione che proprio l'Ente provvede a queste nomine, quasi sempre su indicazione politica. I magistrati della sezione di controllo della Corte dei Conti hanno chiesto alla Regione Campania di inserire all'interno del bilancio preventivo economico annuale consolidato, un accantonamento nel fondo rischi per i contenziosi in atto. "Al riguardo non poteva non segnalarsi che tale modus operandi, oltre a violare i principi che risiedono alla redazione del bilancio, appariva suscettibile di procurare grave nocimento all'equilibrio di bilancio". Il modus operandi dell'ente appare "non in linea con i criteri che devono ispirare gli accantonamenti dei fondi oltre che violativo dei principi che devono ispirare la redazione dei documenti contabili quali, in primis, i principi di attendibilità e trasparenza".

Con i tagli sui **dispositivi medici** meno sicurezza per i pazienti

Il Tribunale dei diritti del malato segnala un calo della qualità delle cure

Disservizi

La mancanza di protesi, fili di sutura e altri strumenti porta perfino a rinviare le prestazioni

Dai cerotti alle tac, fino agli impianti «salvavita» come valvole cardiache e defibrillatori. Sono svariati i dispositivi medici, sempre più innovativi, per la prevenzione, la diagnosi e la cura di malattie. Se ne contano oltre 500 mila nella banca dati del ministero della Salute, come segnala il recente Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche per l'acquisto dei dispositivi. Se da un lato aumenta il loro consumo, dall'altro crescono le segnalazioni dei cittadini al Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva sui lunghi

Le cifre

548.195	I dispositivi medici registrati nel sistema Banca dati/Repertorio del ministero della Salute (dato 2013)
3,2 mld di euro	La spesa complessiva del Servizio sanitario per dispositivi medici (dato 2013)
537 euro	La spesa media annua sostenuta dalle famiglie per l'acquisto di protesi e ausili
737 euro	La spesa media annua sostenuta dalle famiglie per dispositivi medici monouso
37,6%	La quota di operatori della Sanità che ritiene diminuita la qualità dei dispositivi medici in uso a causa dei tagli di spesa (dato 2014)

Fonte: ministero della Salute, indagine Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva GdS

tempi di attesa per esami e interventi chirurgici, addirittura sui rinvii di attività già programmate, proprio a causa della mancanza di protesi, bypass, fili per suture e altri dispositivi. Per usufruirne, poi, capita anche che i malati debbano inte-

grare di tasca propria (*vedi infografica*).

Difficoltà, queste, confermate dagli operatori della sanità nell'«Indagine civica sull'impatto della spending review sui cittadini», svolta nel 2014 dal Tribunale stesso con Assobio-

medica. Per la maggioranza del campione intervistato (circa 1500 operatori) i tagli alla spesa per diagnostica e prestazioni interventistiche hanno determinato una riduzione della qualità dei servizi e l'aumento dei tempi di attesa.

«Non è più possibile sacrificare qualità e sicurezza, altrimenti si mette a rischio la salute dei cittadini» avverte il coordinatore nazionale del Tribunale, Tonino Aceti. Che ricorda: «La nuova legge di Stabilità impone alle Regioni un recupero di 4 miliardi con modalità da definire entro fine gennaio, altrimenti potrà intervenire il governo. Chiediamo che non siano imposti nuovi tagli al Fondo sanitario nazionale, ma che si mettano in campo azioni che, a servizi sanitari invariati, permettano di recuperare risorse, con la riduzione di sprechi, corruzione, inefficienze».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Corte dei Conti lancia l'allarme: servizi a rischio, troppi tagli alla Pa

► Per i giudici contabili la spending review è stata molto incisiva

LA DENUNCIA

ROMA La Corte dei Conti lancia l'allarme sulla pubblica amministrazione: dopo i tagli «indifferenziati» fatti con la spending review, avvertono i magistrati contabili, ulteriori interventi sull'amministrazione data l'assenza di eccedenze di risorse umane nel comparto «potrebbero non consentire una adeguata cura dei servizi» ai cittadini.

Di fronte alla stretta sul personale operata con la spending review, sottolinea la Corte dei Conti nella Relazione diffusa ieri sugli interventi previsti dalla normativa del 2012, «quasi tutte le amministrazioni hanno rilevato la difficoltà di adempiere ai compiti a loro intestati o di rendere i servizi da loro attesi, ai quali se ne vanno aggiungendo di nuovi, con le risorse umane in servizio, sotto-dimensionate rispetto alle

dotazioni organiche ridotte». Il principio di buon andamento dell'amministrazione, spiega la Corte, «implica non l'immobilismo ma certamente la stabilità. Una riforma deve potersi attuare avendo un obiettivo strategico e dunque perseguendo l'ottimizzazione dei fattori che, nel caso specifico, sono costituiti dalle risorse impiegate per adempiere meglio alle attribuzioni intestate alle amministrazioni».

GLI ORGANICI

I magistrati contabili sottolineano che ad oggi «le dotazioni organiche non evidenziano eccedenze, escluso solo il personale militare del ministero della Difesa». Bisogna quindi «consentire alle amministrazioni di portare a

compimento il processo avviato, partendo dall'individuazione del modo più razionale ed efficiente per attendere ai compiti istituzionali, identificando le strutture da eliminare o da ridimensionare, allocando le risorse in relazione agli effettivi livelli di domanda del territorio e alle funzioni ad esse affidate. Ulteriori riduzioni delle risorse in servizio - avvertono - potrebbero non consentire una adeguata cura dei servizi, già segnalata da alcune strutture, come pure il verificarsi di disservizi all'utenza, dovuti alle continue modifiche».

Dal 2000 ad oggi, ricorda infine la Corte dei Conti, si sono susseguite «per le note esigenze di contenimento della spesa pubblica, cinque successive leggi di riduzione del personale» pubblico. «Ferma restando la non sindacabilità delle scelte di natura politica - conclude la Corte - la discrezionalità non si sottrae al giudizio di irrazionalità, che potrebbe derivare dall'adozione di proposte che vanificano il risultato finora raggiunto».

R. Ec.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«QUASI TUTTE
LE AMMINISTRAZIONI
HANNO GRAVI
DIFFICOLTA' A CAUSA
DELLE CARENZE
DI RISORSE UMANE»**



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



«Sanità, sbloccheremo il turn over» Rosato: uscire dal commissariamento

Il confronto

L'annuncio del governatore, il manager insiste: una svolta di autonomia all'intero sistema

Il presidente Stefano Caldoro annuncia che il 2015 sarà l'anno dello sblocco del turn over nella Sanità, con mille nuovi posti in Campania. «È venuto il momento di uscire dal commissariamento, ovvero di dare una svolta in termini di autonomia a questo sistema»: Giuseppe Rosato, direttore dell'Azienda ospedaliera San Giuseppe «Moscati» di Avellino, in occasione del convegno sulla nuova programmazione relativa ai fondi comunitari, evidenzia i sacrifici che la sanità in provincia ha dovuto effettuare per arrivare agli standard attuali. «Dobbiamo passare dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. Bisogna dare i fondi pubblici soltanto all'eccellenza, credendo nell'innovazione e garantendo efficacia e sostenibilità, non ripetendo gli errori del passato. Basta con i tagli lineari, ma è utile rivedere

quanto prima il rapporto tra ospedale e territorio. È necessaria una grande capacità di strategia per definire le diverse modalità di gestione aziendale».

Per il manager è necessario intervenire sulla rete sanitaria e potenziare le diverse strutture, sparse in provincia: «Gli interventi di primo e di secondo livello possono essere fatti sul territorio, senza intasare la struttura del capoluogo. Tramite una governance a più livelli, si può migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare integrata e dare così un servizio di maggiore qualità. Non può esistere un buon ospedale in un'area che non è attrezzata. Ecco perché bisogna ripartire proprio dalla rete di emergenza». Allo stesso tempo, il direttore evidenzia le difficoltà del sistema sanitario locale, rimarcando quegli aspetti su cui bisogna ancora lavorare. «È fondamentale favorire un'integrazione dei sapere. Non possiamo pensare più di stare nell'isolamento. La mancanza di ascolto e le difficoltà di comunicazione finiscono con l'aver i propri effetti sulla qualità del servizio. Una percentuale importante di persone continua ancora a non essere soddisfatta. C'è una spesa immensa, che stenta ad essere compensata. Considerando la crisi economica attuale, dobbiamo, comunque, essere entusiasti perché siamo riusciti a raggiungere un equilibrio di bilancio, un controllo dei costi, ma allo stesso tempo siamo riusciti ad essere efficienti».



Rosato, però, invita, le istituzioni a guardare maggiormente con ottimismo al futuro ed a credere maggiormente nella ricerca: «La Regione Campania, tramite il governatore Caldoro, ci è stata particolarmente vicina. Adesso, è venuto il momento della svolta. È necessario applicare la tecnologia al sistema, come ad esempio, favorendo una rete informatica in grado di aiutare un territorio vasto come quello irpino».

Il direttore, inoltre, rimarca anche quei punti di forza che hanno consentito il raggiungimento di risultati importanti, permettendo anche il superamento di ostacoli dovuti alla recessione economica: «Scelte illuminate, manager capaci di effettuare scelte pertinenti, professionisti validi ed apprezzati e soprattutto tanta efficienza sono le caratteristiche che ci contraddistinguono. Per tale ragione, il direttore dell'Azienda ospedaliera, volgendo lo sguardo verso Mario Nicola Vittorio Ferrante, commissario straordinario dell'Asl di Avellino, esorta le istituzioni presenti ad avere maggiore attenzione sui tagli, ma allo stesso tempo a utilizzare in modo ottimale i nuovi fondi della programmazione, migliorando la rete presente sul territorio: «È necessario intraprendere azioni mirate, pensando ad una nuova organizzazione del sistema sanitario e valorizzando quello che è il capitale umano esistente. Soltanto così possiamo continuare ad essere una realtà all'avanguardia».

e. s.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le questioni del territorio

Sanità, turismo e impresa: la nuova Irpinia

Il confronto sul presente e sul futuro della programmazione comunitaria con Caldoro

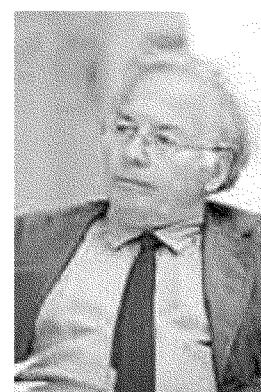
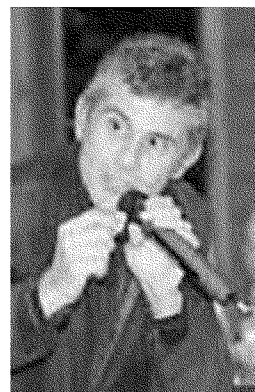
La cornice sarà fornita da Fabrizio Mangoni, docente alla facoltà di Architettura dell'Università «Federico II» di Napoli, che parlerà de «Il futuro dell'Irpinia nel Piano territoriale di coordinamento provinciale», la base di ogni progettazione che abbia riguardato la provincia di Avellino negli ultimi anni. Quindi toccherà a Giuseppe Rosato, direttore generale dell'Azienda ospedaliera «Moscato» di Avellino, affrontare il tema «La buona sanità e le sfide dell'ospitalità pubblica», a Piero Mastroberardino, nella doppia veste di docente universitario di Economia a Foggia e imprenditore di ambito internazionale, discutere di «Ricerca, turismo sostenibile e valore per lo sviluppo locale», quindi a Sabino Basso, presidente di Confindustria Avellino e Campania, analizzare «Gli esempi virtuosi dell'impenditoria irpina». Prima di loro, nell'auditorium del Carcere Borbonico di Avellino, nel convegno organizzato dall'amministrazione provinciale e fissato per oggi alle 10, i saluti istituzionali del sindaco Paolo Foti, e dei presidenti di Palazzo Caracciolo, Domenico Gambacorta, e del consiglio regionale, Pietro Foglia, i quali dato il tema dell'appuntamento, «L'Irpinia che vogliamo. risultati e prospettive nella programmazione dei fondi europei», non si limiteranno alla liturgia d'occasione. Le conclusioni saranno

I relatori

Mangoni,
Rosato,
Mastroberardino
e Basso
con Foti,
Foglia
e Gambacorta

tratte dal presidente della giunta regionale della Campania, Stefano Caldoro. Si comprende, allora, il senso del dibattito che si svolgerà questa mattina e che va a costituire l'autentico avvio del nuovo anno in Irpinia. La fase d'inizio, cioè, di una revisione di quanto sia stato compiuto finora con l'utilizzo dei fondi comunitari, dei problemi su cui amministrazioni ed enti privati si sono bloccati, dei risultati ottenuti, delle occasioni mancate, delle prospettive che ora si aprono. Il tutto nel tentativo di collocare la provincia di Avellino nell'ambito di una strategia che non sia soltanto locale ma che si apra al territorio regionale e meridionale per diventare - o cercare di farlo - una risorsa e non una questione aperta.

Anche la presenza del sindaco di Avellino, Paolo Foti, concorrerà a questo obiettivo. Il capoluogo pare essersi defilato rispetto alle direttrici che stanno guidando la programmazione in Irpinia, con la Valle Ufita intorno alla Stazione dell'Alta Capacità e l'Alta Irpinia con il progetto sperimentale europeo. Riposizione la città di Avellino in un quadro in movimento è l'ulteriore scopo che il convegno di oggi pare essersi dato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I personaggi Piero Mastroberardino e Fabrizio Mangoni; sopra, Sabino Basso: tre dei relatori all'incontro di oggi; a lato, Stefano Caldoro

Le questioni del territorio

Programmazione, si apre il confronto

Dopo il convegno di sabato, la Provincia indica i tempi per gli incontri sul territorio: l'obiettivo della partecipazione

Tavoli tematici e per aree territoriali. L'idea è quella di proseguire sulla strada del confronto e di approfondire le specifiche questioni con incontri mirati. A questa strategia di azione sta lavorando il presidente della Provincia di Avellino, Domenico Gambacorta, per il quale il convegno di sabato scorso all'ex Carcere Borbonico sul tema «L'Irpinia che vogliamo» non resti - seppure il successo per il numero di partecipanti e per la qualità delle relazioni - un fatto isola-

to. Ora l'obiettivo è operare per argomenti, partendo dalle priorità venute fuori dall'incontro di sabato ed espresse dallo stesso Gambacorta nelle linee programmatiche.

L'esempio da seguire è quella del tavolo istituzionale del Patto per lo sviluppo, che metta insieme tutti gli attori interessati e senza distinzioni di casacca. Una sinergia che il presidente di Palazzo Caracciolo ritiene necessaria per imbastire ipotesi progettuali di rilancio. In quest'ottica, già qualche

settimana dopo il suo insediamento, Gambacorta ha avviato la campagna di ascolto dei territori per recepire direttamente dagli amministratori delle comunità le priorità segnalate. Si sono già svolte alcune tappe: in Valle Caudina, nel Vallo Lauro e nel Mandamento Avellano-Baianese. A questi appuntamenti ne seguiranno altri a breve. A cominciare dalla Valle dell'Irno e da quella del Sabato.

Insomma, il convegno di sabato sullo sviluppo dell'Irpinia nelle intenzioni di Gambacorta ha fatto solo da apripista. C'è da cogliere la sfida della programmazione dei fondi europei 2014-2020. Per il presidente della Provincia, così come dichiarato in un'intervista a «Il Mattino», «appare opportuno favorire il rafforzamento della logica della coesione territoriale e del partenariato istituzionale, che sono principi forti delle linee di indirizzo di una nuova Strategia 2014-2020. Occorre aiutare il coinvolgimento di partner ed attori istituzionali, pubblici e privati, portatori di interessi vari, come pure sollecitato ad ogni livello e in sede comunitaria e nazionale».

Per fare ciò, Gambacorta è convinto che sia necessario favorire il rafforzamento della logica della coesione territoriale e del protagonismo degli amministratori, con un ruolo di coordinamento della Provincia.

ma. la.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità

Psichiatria, Del Gaudio: «Vertice con i dirigenti»

E il direttore Danzi:
niente tagli alla cieca,
è solo una proposta

Omella Mincione

CASERTA. «In settimana incontrerò il direttore dell'Asl di Caserta Gaetano Danzi e il direttore generale dell'azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano». A dirlo è il sindaco Pio Del Gaudio, che, in veste di autorità sanitaria locale, vuole vederci chiaro nella decisione dell'Asl di chiudere il reparto di psichiatria dell'ospedale del capoluogo. In realtà, «è solo un'ipotesi di lavoro. Abbiamo deliberato il 31 dicembre scorso questa possibilità, proponendola alla Regione e ora aspettiamo una risposta che spero giungerà entro il mese», spiega il direttore dell'Asl Gaetano Danzi. Ed è lo stesso direttore a fare alcune precisazioni sulla questione del reparto di psichiatria, che solitamente riceve pazienti soggetti al trattamento sanitario obbligatorio. «Al San Sebastiano non ci sono trenta posti letto - sottolinea il direttore - L'Asl di Caserta ha avuto trenta posti letto totale, secondo il decreto 49 del 2010, che sono suddivisi in dieci a Caserta, dieci ad Aversa e altri dieci a Sessa Aurunca. Al momento, l'Asl paga un fitto al nosocomio casertano di circa 100 mila euro annui. Di qui la nostra idea, proposta alla Regione. Visto la carenza di personale (perché mantenere tre reparti significa tre responsabili, con personale e guardia h24), visto che l'utilizzo in media è di cinque, sei letti al giorno, e visto anche

che purtroppo non sono stati fatti quei lavori di ristrutturazione necessari al reparto (sebbene capisca le difficoltà amministrative nel compierle), abbiamo pensato - dice Danzi - di chiedere se si potevano concentrare i trenta posti letto tra Sessa e Aversa, riducendo non solo le spese del fitto, ma anche quelle del personale, che non abbiamo e che non possiamo assumere».

A questo punto viene da chiedersi cosa resta a Caserta, o meglio, se il servizio provinciale sposta del tutto la centralità dal capoluogo. «Per non lasciare sguarnita la città, abbiamo pensato di chiedere che all'Uosm (Unità Operativa di Salute mentale) di via Roma, dove il personale esiste già, possano essere assegnati quattro posti letto per i casi d'urgenza», continua Danzi. Il trasporto, «non dovrebbe essere un problema perché sarebbe quello regolare del 118». Sull'intera vicenda, «è chiaro che è soltanto un'ipotesi di lavoro. Dobbiamo aspettare che la Regione ci dia l'ok e il tutto è da concordare anche con l'azienda ospedaliera».

Intanto continuano le polemiche sulla decisione. Come quella di Maurizio Gallicola del Codacons. «Non è il primo reparto dell'ospedale che viene chiuso. Ormai sono 15 anni che assistiamo alla distruzione di Caserta e alla sua decentralizzazione. È di poco tempo fa la chiusura della senologia», dice Gallicola che sostiene: «È la distruzione di quello che un tempo era l'ottimo ospedale di Caserta».

Il reportage

Policlino e Cardarelli, sanità a due marce

Carichi di lavoro sbilanciati tra ospedalieri e universitari nonostante le «promesse» di 5 mesi fa

Marisa La Penna

Per avere un'idea della mole di lavoro che, dopo le 15, attanaglia i reparti di emergenza di Cardarelli, Loreto Mare, San Giovanni Bosco e il policlinico basta dare uno sguardo alle aree di sosta dei dipendenti. Gli ospedali di frontiera hanno i parcheggi pieni come un uovo. La struttura universitaria ha, mediamente, un posto-auto su quattro occupato.

E, d'altra parte, basta farsi un giro pomeridiano per i padiglioni del Cardarelli o del Loreto Mare - facendo una gimkana tra barelle, cateteri, flebo e sacche di sangue - e le ovattate stanze del policlinico per capire quale sia il volume di stress che differenzia gli ospedalieri dagli universitari.

Cinque mesi dopo lo scandalo delle cardiocirurgie chiuse contemporaneamente ad agosto e le successive promesse, da parte dei dirigenti del Policlinico e del Monaldi, di «aiutare» a decongestionare i nosocomi cittadini perennemente assediati dalle barelle, cosa è stato realmente fatto? Poco. Se non addirittura nulla. Ma facciamo parlare i numeri.

Dal 22 dicembre al 6 gennaio dalla Core - la centrale operativa regionale delle emergenze - vale a dire il 118, sono giunte al policlinico trecento richieste di posto letto. Di esse ne sono state assecondate soltanto ventotto. «Se non siamo riusciti ad evadere tutte le richieste è perché avevamo i letti occupati. Nel periodo natalizio, peraltro, siamo costretti a ridurre la ricezione per consentire al personale di godere delle ferie che, per contratto, devono essere smaltite entro l'anno».

Gaetano D'Onofrio, da due anni direttore sanitario

(già al vertice di Cardarelli, Monaldi, Cotugno, Asl di Caserta, San Leo-

cardo di Castellammare), difende a spada tratta la struttura federiciana. «E poi ci sono le liste di attesa. Quando un posto si libera bisogna assecondate la prenotazione di un paziente che attende il ricovero».

Ma vediamo come si è «ristretto» il policlinico nelle due settimane delle feste di Natale. Ebbene, l'Ostetricia - che nella struttura universitaria rappresenta l'unico pronto soccorso e «produce» 3500 parti l'anno - è passata da novanta posti letto a sessanta. La Pediatria è stata ridotta da 24 a 12. La terapia intensiva cardiologica da 8 a 5. La chirurgia-Ortopedia da 24 a 16. Una Medicina è passata da 16 a 11, un'altra Medicina da 28 a 17. Quasi un centinaio di posti di degenza che avrebbero dato una boccata di respiro agli ospedali che stanno letteralmente scoppiando.

Sempre facendo riferimento ai numeri, l'azienda policlinico ha un indice di occupazione media di posto letto superiore di poco dell'ottanta per cento. Trentamila cartelle di day hospital aperte in un anno e trentamila ricoveri ordinari. Barelle non se ne sono mai viste. Le lettighe di emergenza sono assolutamente sconosciute. E anche su questa circostanza il direttore D'Onofrio precisa: «Siamo una struttura di emergenza di secondo livello. Sarebbe un paradosso ospitare un paziente in barella in seconda cura».

Seicentododici infermieri per 936 posti letto (di cui un centinaio utilizzato come day hospital). Numeri non molto diversi da quelli del Cardarelli che conta, però, mediamente duecento barelle al giorno. Come mai, allora l'ospedale soffoca e il policlinico sembra una clinica svizzera, con corridoi deserti, atmosfera silenziosa, soprattutto nel pomeriggio quando gli ambulatori chiudono e la maggior parte dei lavoratori torna a casa o presso gli studi privati?

Tutto ovviamente dipende dalla presenza del pronto soccorso. E dal-

la volontà dei pazienti di essere trattati nell'ospedale specializzato nelle emergenze piuttosto che nella struttura universitaria. Lo ha ammesso qualche tempo fa lo stesso direttore sanitario del Cardarelli,

Franco Paradiso. Fornendo un alibi di ferro alla struttura universitaria.

«Ogni giorno, due volte al giorno, la mattina subito dopo il giro dei medici nei reparti, e il pomeriggio, i medici forniscono alla cen-

Il patto
Impegni non mantenuti dopo lo scandalo dei reparti chiusi ad agosto

trale Coies la disponibilità di posti letto che vengono messi a disposizione delle altre strutture del territorio. E nessuno dei nostri medici si sottrae o "nasconde" posti letto. Anche perché, d'accordo con la direzione generale, ho deciso che tutto venga fedelmente registrato» ammette il direttore sanitario respingendo subito l'ipotesi insinuata in passato secondo cui non venivano messi a disposizione il vero numero di posti letto liberi.

E allora? Dove si blocca l'ingranaggio? Dalla cardiocirurgia accusano: «Qui arrivano raramente richieste dal Cardarelli. O da altri ospedali». Insomma sembra il cane che si morde la coda.

Intanto, nei pronto soccorso degli ospedali di trincea, medici e personale infermieristico sono allo stremo delle forze. Oltre ai carichi di lavoro devono fare i conti con le aggressioni, con l'esasperazione dell'utenza. Con un parterre spesso di difficile gestione.

Ma torniamo nuovamente ai numeri che differenziano le due strutture. Sul fronte puramente assistenziale un «ospedaliero» lavora, per contratto 38 ore a settimana (senza calcolare l'inevitabile straordinario per mancanza di turnover), mentre l'«universitario» ha un contratto che prevede un minimo di 22 ore a un massimo di 26. E l'intero policlinico la notte è affidato soltanto a venti medici più una squadretta di due chirurghi per le emergenze.



Il caso

Sos dal San Giovanni Bosco: malati curati sul pavimento

Emergenza senza fine nell'ospedale della Doganella assediato dalle lettighe

Davide Cerbone

Le chiamano cure, ma mentre avanzi il passo nel pronto soccorso la prima parola che ti viene in mente è quella che nel dizionario trovi sotto la voce: "contrari". Al San Giovanni Bosco, prima della cura, t'accoglie l'abbandono. Uno squallore fatto di pareti scrostate, pavimenti sudici, bidoni disseminati lungo i corridoi, avvisi scritti a mano su fogli di fortuna.

Nelle tre stanze destinate alla cosiddetta «osservazione breve», gli ammalati stanno uno addosso all'altro. Quelli sistemati sulle barelle capitano bene, perché chi arriva dopo deve rassegnarsi a lunghe soste su sedie a rotelle sgangherate che solo a guardarle ti viene il mal di schiena. Gli anziani sono la maggioranza, e portano scritta in faccia una sofferenza alla quale l'incuria si aggiunge come una pena accessoria. «Oggi è sabato, e di sabato all'ospedale non si va, a meno che non sia indispensabile. Ma nei pomeriggi scorsi, qui era ancora peggio», racconta un operatore sanitario. Peggio significa visite sulle scrivanie e elettrocardiogrammi con gli ammalati coricati a terra. Scene degne di un ospedale da campo. E una guerra in atto, in effetti c'è. È quella agli sprechi, combattuta con l'accetta della revisione di spesa. «Il problema è che a pagare il conto sono sempre i pazienti - si rammarica un medico -. In questa settimana abbiamo avuto un picco influenzale, che per un anziano può significare scompensi di vario genere. Siamo assediati, e questo è il risultato.



Certo, è indecente. Ma qui dentro si vedono le conseguenze, le cause stanno altrove», osserva. E prova a lanciare un sasso nello stagno: «A Napoli hanno chiuso tre pronto soccorso senza ridistribuire il personale. Quelli che lavoravano in quei presidi dove stanno?». Davanti alla Rianimazione, a penare c'è un'intera famiglia di Miano. È la signora Anna, con fare da matriarca, a prendere la parola. «Ieri, alle sette e un quarto di sera, mia cognata ha avuto un blocco respiratorio. Sapete quanto abbiamo aspettato l'ambulanza? Un'ora. Poi siamo venuti qua e abbiamo trovato la gente per terra, uno squilibrato che vagava indisturbato nei corridoi. Manco gli animali stanno in queste condizioni. Però se hai la conoscenza giusta stai sicuro che il letto lo trovano. Credetemi, se avessi visto mia madre trattata in quel modo avrei ucciso qualcuno». Le aggressioni, infatti, sono frequenti. Lo racconta un infermiere che al San Giovanni Bosco lavora da 12 anni. «Per gli utenti ogni caso è un'urgenza, siamo costantemente assediati».



Il soccorso
Pazienti visitati per terra: esaurite anche le barelle di emergenza

Al Cardarelli 200 ammalati in lettiga, stop ai ricoveri

Ospedali, è caos barelle accuse ai medici di base

Disagi anche al Loreto mare
Romano: da febbraio in prima linea
Policlinico e Azienda dei Colli

Maria Pirro

L'ultimo sos è lanciato dal Cardarelli: stop ai ricoveri programmati, l'ospedale chiede di trasferire gli ammalati ed evitare che ne arrivino altri. Si contano 200 barelle tra il pronto soccorso e i reparti. Ma il caos investe tutta la città, è aggravato da apparecchiature in tilt (Pellegrini e Loreto mare) e da problemi strutturali (San Giovanni Bosco).

Le cifre

200

Le lettighe

Ancora duecento sistemate nei reparti e nei corridoi del più grande ospedale del Sud

15

Gli anni d'attesa

Lavori bloccati nel pronto soccorso del S. Giovanni Bosco: la riqualificazione è annunciata da tre lustri

15.000

Operatori

Riduzione drastica del personale in questi anni dovuta al blocco del turn-over



12.20

L'orario clou

Tutte le ambulanze del 118 impegnate: la maggior parte per riavere la lettiga usata in corsia

2

Macchinari in tilt

Guasto in radiologia al Vecchio Pellegrini nella Pignasecca
Tac ferma al Loreto Mare

Barelle, l'emergenza non si ferma: «Serve l'aiuto dei medici di base»

Il direttore sanitario del Cardarelli: ricoveri bloccati, ma non basta

Maria Pirro

L'ultimo sos è lanciato dal Cardarelli: bloccati i ricoveri programmati, l'ospedale chiede di trasferire gli ammalati ed evitare che ne arrivino altri. Si contano ancora duecento barelle tra il pronto soccorso e i reparti. Ma il caos già investe tutta la città, rischia di travolgere le ambulanze del 118 ed è aumentato da apparecchiature in tilt (Vecchio Pellegrini e Loreto Mare) e da annosi problemi di spazio (San Giovanni Bosco). Ecco la mappa dei disagi registrati ieri, contrassegnata da punti irrisolti nella rete dell'emergenza senza fine.

Cardarelli da record

Si parte dall'ospedale più grande del Sud. «In medicina, in cardiologia, in ortopedia, in chirurgia d'urgenza si registra il maggior numero di ammalati sovrannumerari» certifica il direttore sanitario del Cardarelli, Franco Paradiso. «Sono 20 le barelle permanenti in ortopedia» fa notare, in particolare, il sindacalista della Uil Renato Rivelli che punta l'indice «contro la riduzione dei posti letto, da 75 a 50, decisa con l'accorpamento delle ortopedie dalla precedente direzione generale». Aggiunge Rivelli: «Gli operatori dicono basta e sono pronti ad attuare clamorose iniziative di protesta, se non cambierà lo scenario generale». Paradiso avvisa: «I medici di base dovrebbero fare un filtro maggiore, non tutte le patologie riscontrate richiedono assistenza in ospedale». La rete territoriale va certamente ricalibrata: a Napoli si potrebbero inaugurare con facilità le prime due unità di cure primarie, a Chiaia e a Bagnoli, con l'accordo di sindacati e Asl, in modo da intercettare almeno una parte del flusso di pazienti. Così come è decisivo l'impegno dei policlinici e degli altri ospedali senza pronto soccorso, ancora fuori dalla rete di emergenza. Conseguenza: ambulanze ferme davanti ai pronto soccorso.

Ambulanze del 118 bloccate

Anche ieri nei pressi di Cardarelli, Loreto Mare e San Giovanni Bosco (e non solo) a causa dell'assalto di pa-

Polemiche Assediati i pronto soccorso con disagi a catena Sindacati all'attacco

zienti. «Lo stop forzato delle ambulanze è dovuto alle difficoltà nel recuperare le lettighe occupate dai pazienti» dice Giuseppe Galano, segretario regionale del sindacato Arooi Emac, che spiega: «Alle 12.20 di ieri tutte le ambulanze del circuito del 118 cittadino sono risultate impegnate. Un ennesimo "black out"».

Apparecchiature in tilt

Disagi aggravati dai guasti: la tac dell'ospedale Loreto Mare e il macchinario della radiologia al Vecchio Pellegrini per un problema tecnico di diversa natura.

S. Giovanni Bosco, ultima trincea

Dall'ospedale gli ammalati e i loro familiari hanno inviato a «Il Mattino» una serie di fotografie per raccontare la situazione drammatica, a dir poco, vissuta al pronto soccorso. Ritraggono pazienti distesi sulla scrivania per la visita, altri sistemati sulle barelle poggiate sul pavimento, anziani ricoverati per giorni in una stanza in fondo al corridoio, in attesa di un posto libero in corsia. Una quindicina i barellati nel «limbo». Due reparti del San Giovanni Bosco sono, però, chiusi da anni e nel pronto soccorso i lavori sono bloccati. Ritardi all'esame della Regione che, in sinergia con l'Asl Napoli 1 Centro, assicura: tre camere operatorie saranno ristrutturate entro giugno 2014 e l'altro cantiere riaprirà subito dopo. Avviata la gara d'appalto per la nuova cardiologia e l'utic, invece per ristrutturare i due reparti chiusi «si punterà su altri finanziamenti in arrivo ex articolo 20».

Altri ospedali sovraffollati

Al Loreto Mare il numero maggiore di barelle in medicina e neurologia, ma il sovraffollamento accomuna tutti i reparti. A Villa Betania il pronto soccorso è punto nevralgico. Anche al Fatebenefratelli posti letto esauriti, al San Paolo tutte le barelle occupate.

Reazioni

Giuse Di Maro, segretario regionale della Cgil Fp medici, accusa: «L'emergenza barelle è acuita dal taglio di 2300 posti letto per acuti e dal blocco del turn over che ha portato a meno 15.000 operatori ma senza grandi risparmi, dal momento che per garantire i servizi si è ricorso a un incremento di prestazioni aggiuntive e straordinari». Cifre imposte in tutta la regione dai governi nazionali, per effetto del piano di rientro dal deficit e dalla spending review. «In tale contesto, il peggioramento delle condizioni e dei servizi di emergenza rappresenta la cartina di tornasole della inadeguatezza delle politiche di austerità». Di Maro sollecita un piano per ridurre «gli accessi impropri in pronto soccorso e per arginare i ricoveri inappropriati, la Regione non ha fatto nulla per questo. Ed è ora che si prenda atto del fallimento del piano di rientro e si ponga fine al commissariamento della sanità in Campania». Flora Beneduce, medico e consigliere regionale, afferma: «Caldoro ha dovuto fronteggiare la spending review e si sta avvian-

do a sbloccare il turn over. Ora occorre una svolta radicale, che si basi sull'inserimento di personale, stabilizzazione dei precari e mobilità. Prima ancora, però, è fondamentale l'adozione di un sistema meritocratico per assegnare la direzione generale delle Asl a chi veramente è in grado di gestirle, prevedendo integrazione di servizi, coordinamento di strutture e scelte improntate alla razionalità, per garantire efficienza e rinnovare la sanità fatiscente che ci ha consegnato la sinistra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ERCOLANO La sede di via Marittima difficile da raggiungere per anziani e disabili: pochi mezzi e barriere architettoniche

Asl in periferia, disagi per gli utenti

DI **CARLA CATALDO**

ERCOLANO. Gravi carenze strutturali e insormontabili barriere architettoniche questi sono gli elementi distintivi dell'Asl ercolanese, situata nella periferica e abbandonata via Marittima (nella foto l'ingresso).

«È da tanto che proviamo a spiegarci per quale motivo non si è mai fatto nulla affinché l'Asl venisse dislocata in una sede decente, in un punto più centrale della città facilmente raggiungibile da tutti. Arrivare fin qua giù è davvero pesante, nei giorni, poi, di pioggia la situazione diventa ancora più grave. Per non parlare in estate, quando il caldo e l'afa estiva addirittura peggiorano le cose. La strada è molto stretta ed è molto pericoloso percorrerla», queste sono le dure e rabbiose considerazioni espres-



se da alcuni dei tanti utenti, tra questi anche disabili, che quotidianamente affollano le anguste e diroccate stradine che costeg-

giano il litorale cittadino. Un percorso a dir poco arduo che ogni giorno centinaia di anziani bisognosi di cure sono costretti

a dover percorrere.

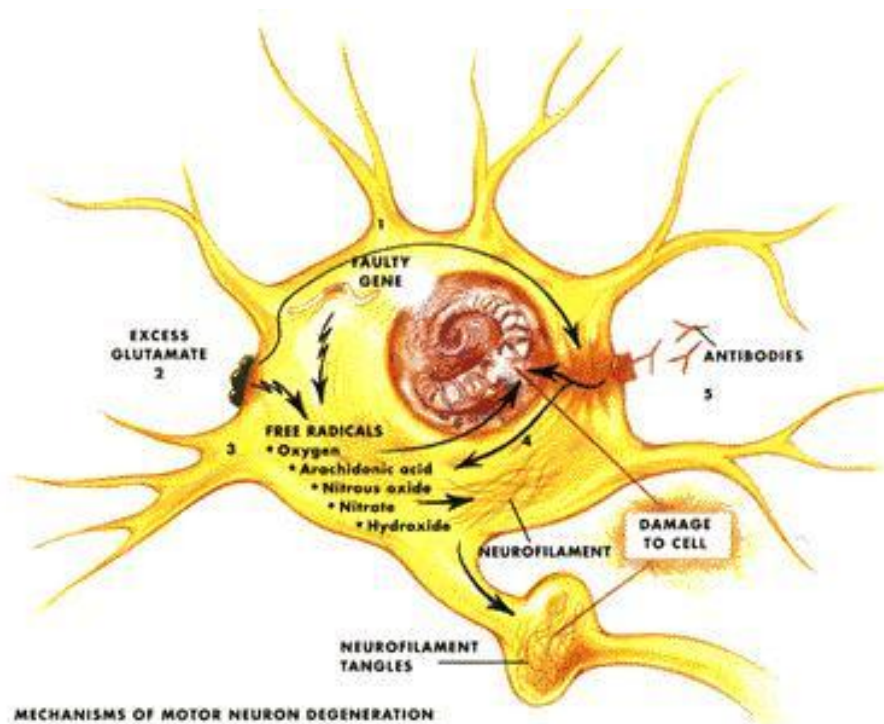
Recarsi all'Asl, da quando la sede è stata trasferita lontana dal centro cittadino, rappresenta però più un rischio che non una speranza di guarigione. Attraversando la tortuosa stradina, infatti, bisogna fare bene attenzione a buche senza fondo, a profonde ed ampie pozzanghere ed al mare di sporcizia che spesso invade la corsia.

«Ci chiediamo- dichiarano alcuni residenti della zona - come dovrebbe un portatore di handicap o un anziano da solo raggiungere gli uffici. Più che un problema logistico questo è un vero e proprio problema culturale. Ci sono tanti luoghi nel centro città dove avrebbero potuto sistemare l'Asl e hanno scelto il peggiore. Non solo il posto è lontano da tutto e non vi sono attività che possono offrire servizi agli utenti della struttura, ma a peggiorare la cosa sono i pochi mezzi pubblici che passano di qui».



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



 **La ricerca**

Con i vaccini non cresce il rischio di malattie gravi

Due recentissimi studi mettono la parola fine alle tante leggende che da sempre circolano sui possibili rischi delle vaccinazioni, dall'autismo alla sclerosi multipla. Un primo studio americano, pubblicato su *Jama Neurology*, ha valutato le cartelle cliniche di 780 pazienti affetti da malattie neurologiche, come la sclerosi multipla, incrociandole con 3.800 di soggetti sani. La ricerca ha escluso qualsiasi correlazione tra l'uso di molte vaccinazioni, comprese quelle per l'epatite B e il papilloma virus umano (Hpv), e l'aumento del rischio di sclerosi multipla o di malattie simili. Lo studio più importante è però quello pubblicato pochi giorni fa su *Jama* sulla vaccinazione per l'Hpv, una infezione responsabile del tumore della cervice uterina. La ricerca (di Svezia e Danimarca) ha escluso l'esistenza di collegamenti tra la vaccinazione per questo virus e il rischio di sviluppare malattie neurologiche demielinizzanti, come appunto la sclerosi multipla o disturbi simili. I ricercatori hanno condotto un'analisi su quasi 4 milioni di donne dai 10 ai 44 anni, tra le quali 789.082 erano state vaccinate tra il 2006 e il 2013. I risultati dello studio documentano in modo inequivocabile come l'incidenza di malattie demielinizzanti sia stata più alta nella popolazione non vaccinata rispetto a quella vaccinata. Tutto questo basterà a chi preferisce credere alle leggende invece che alla scienza?

Fra le crisi cardiache e il «male oscuro» esistono veri e propri legami biologici

«**L**a depressione è molto temibile nella fase successiva a un infarto, soprattutto perché chi è depresso aderirà meno alle proposte riguardanti le modificazioni dello stile di vita, fondamentali per evitare il rischio di nuovi eventi, e probabilmente assumerà i farmaci in maniera meno regolare» afferma il dottor Stefano Urbinati, direttore dell'Unità operativa di cardiologia dell'Ospedale Bellaria dell'Azienda Usl di Bologna.

«Inoltre — prosegue Stefano Urbinati — è stato dimostrato che la depressione, attraverso complicati fenomeni biologici, aumenta l'infiammazione, favorisce la disfunzione endoteliale e l'aggregabilità piastrinica: tutte condizioni, queste, che accrescono il rischio di recidive per l'infarto. Per questo motivo, nel programma adottato in Cardiologia riabilitativa viene attentamente sorvegliata la comparsa di uno stato depressivo e, nei casi in cui se ne riconosce la presenza, si adotta un intervento dapprima psico-

logico e poi, se necessario, farmacologico».

Dunque, esiste un legame profondo tra depressione e malattie cardiovascolari, e proprio a questo legame biologico, ma anche comportamentale, è dedicato un articolo di revisione pubblicato su *Cardiology in Review*, scritto da Christopher Celano e Jeff Huffman, del Massachusetts General Hospital di Boston.

«Il contributo dell'infiammazione allo sviluppo della malattia cardiaca, e soprattutto degli eventi acuti, è ben documentato» spiegano i due specialisti statunitensi. In particolare, entrano in gioco sostanze chiamate citochine, che sono coinvolte nella formazione della placca aterosclerotica, ma anche nella sua rottura, che è l'evento biologico alla base dell'infarto del miocardio. «E anche la depressione è collegata a un aumentato livello di citochine» sottolineano Celano e Huffman.

Lo stesso accade per quanto riguarda la funzionalità endoteliale. Quando questa è altera-

ta, si predispone il terreno per lo sviluppo delle malattie cardiovascolari. Ma la funzionalità endoteliale è alterata anche negli stati depressivi, e i risultati di diversi studi hanno dimostrato che i pazienti trattati con farmaci antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), quando migliorano dal punto di vista del tono dell'umore, hanno al tempo stesso anche un miglioramento della funzionalità endoteliale.

«L'attività e l'aggregazione delle piastrine sono anch'esse importanti componenti della malattia cardiaca, specialmente dell'ischemia miocardica — aggiungono ancora i due studiosi del Massachusetts General Hospital di Boston —. E anche questa è una funzione che risulta alterata in corso di depressione».

In questo caso il legame è costituito dal neurotrasmettitore serotonina, che si lega alla superficie delle piastrine dove c'è uno specifico recettore, ma allo stesso tempo è un importante mediatore della comunicazione tra i neuroni cerebrali, comunicazione che risulta alterata in chi soffre di depressione.

Per quel che riguarda, poi, il funzionamento del sistema nervoso autonomo, diverse ricerche hanno dimostrato che le persone che soffrono di malattie cardiovascolari hanno una predominanza di attività del sistema nervoso simpatico, a scapito di quello parasimpatico. Una situazione che può contribuire ad aumenti della pressione cardiovascolare, aritmie cardiache e drammatici eventi cardiaci acuti.

D. d. D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Biochimica

Le citochine coinvolte nella formazione della placca aumentano negli stati depressivi

Fluidità del sangue

L'aggregazione delle piastrine risulta alterata in entrambe le condizioni

Ritrovare la fiducia dopo l'infarto

Chi supera un evento grave spesso continua comunque ad avere paura
Ma più ci si impegna a tornare alla vita normale più si sfugge alla depressione

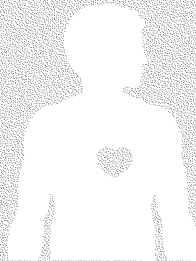
Dopo aver subito un infarto del miocardio c'è il rischio che resti un segno psicologico profondo. Una persona su cinque sviluppa veri e propri sintomi depressivi, che la espongono a un aumentato rischio di nuovi eventi cardiovascolari, senza contare che la depressione stessa è di per sé un rischio generale per la salute.

Una ricerca pubblicata sulla rivista *Frontiers in Psychology* indica che a determinare lo sviluppo della depressione è soprattutto il modo in cui una persona vive l'esperienza: più è cosciente del rischio corso, più continua a pensare alla minaccia alla quale è stata esposta, più è alto il rischio di depressione. Al contrario, più si concentra su come superare la crisi, tornare alla vita normale, cercare supporto da parenti e amici, più è probabile che possa sfuggire alla depressione. Insomma, mai come in questo caso è necessario tenersi attivi e cercare di restare ottimisti.

Lo studio è stato realizzato da un gruppo di ricercatori guidati da Claus Vögele, dell'Integrative Research Unit on Social and Individual Development dell'Università del Lussemburgo, attraverso interviste a cui è stato sottoposto un gruppo di pazienti, tra i cinque e i quindici giorni dopo aver subito un infarto. L'intervista, a cui sono stati associati appositi questionari e valutazioni cliniche strutturate, è stata ripetuta dopo circa due mesi e poi ancora dopo altri quattro.

«I risultati possono essere utilizzati per aiutare i pazienti ad avere uno sguardo più positivo nei confronti del futuro — dice Vögele — anche dopo un evento minaccioso per la vita. Interventi psicologici nel periodo immediatamente successivo all'infarto, ad esempio nelle prime due settimane, possono proteggere i pazienti dallo sviluppare una forma depressiva e di conseguenza contribuire a una tranquilla ripresa».

Gli esiti

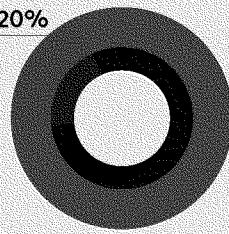


20 milioni

Le persone che ogni anno nel mondo sopravvivono a eventi cardiovascolari acuti come infarto e ictus

La quota di infartuati che va incontro a sintomi depressivi

20%

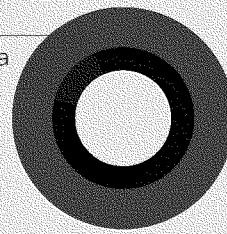


Chi dopo un infarto manifesta sintomi depressivi ha un rischio **più che doppio** di un nuovo evento cardiovascolare acuto

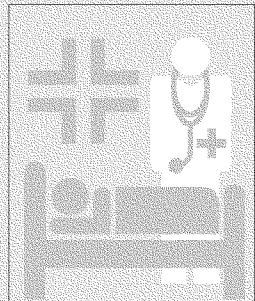
Le persone che in Italia dopo un infarto seguono una riabilitazione cardiovascolare

14%

(in Europa meno del 20%)



Chi dopo un infarto non segue le raccomandazioni dietetiche, resta sedentario e continua a fumare si espone entro sei mesi a un rischio di ricadute **quattro volte maggiore** rispetto a chi segue queste indicazioni



Secondo uno studio della Mayo Clinic (Usa), se il 50% degli infartuati seguisse un ciclo di riabilitazione, si otterrebbe una riduzione del 25% dei nuovi ricoveri e del 42% della mortalità

Fonti: The British Journal of Psychiatry (2013)203, 90-102; Curr Psychiatry Rep (2010) 12:255-264; American Journal of Cardiology

Corriere della Sera

Il rischio maggiore è associato alla cosiddetta «ruminazione» psicologica, una certa modalità di restare passivi a osservare la propria condizione di stress con tutti i pensieri negativi a essa associati.

Gli autori dello studio definiscono questo approccio psicologico un vero «stile disfunzionale di risposta, che ha dimostrato di poter approfondire l'umore depresso, danneggiare la risoluzione dei problemi interpersonali, e portare a prospettive future ancora più pes-

«Ruminazione»

Il rischio maggiore è quello di restare passivi a rimuginare sulla propria situazione

Supporto

Interventi psicologici tempestivi possono contribuire a rendere più rapida la ripresa

simistiche, oltre che a un minor livello di supporto sociale». «Risultati simili — aggiungono i ricercatori — sono stati riportati per pazienti con malattia coronarica nei quali è stato dimostrato che la ruminazione è associata a stress emotivo dopo un intervento di chirurgia cardiaca».

Un elemento che aiuta a predire il livello di stress nelle persone che hanno subito un infarto è la sensazione di fatica che molti lamentano, e che può ostacolare la ripresa di un ruolo attivo. Una ricerca realizzata da Eva Brink, dell'Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy dell'Università di Göteborg, in Svezia, e pubblicata sulla rivista *Psychology, Health and Medicine*, ha messo in evidenza come l'individuazione di queste persone sia importante per poter aiutarle a migliorare le prestazioni psicofisiche, compreso un recupero di un sonno di buona qualità, tutti passaggi necessari per la ripresa di un'adeguata qualità della vita.

Il sostegno psicologico nel-

Senza timori

Attività fisica prescritta per guarire e prevenire

Sono lontani i tempi in cui dopo un infarto si veniva tenuti a letto per molti giorni. «Oggi ci si alza quasi subito e consigliamo di svolgere un'attività fisica regolare già nelle prime settimane» dice Stefano Urbinati. Ciò è utile per prevenire altri eventi cardiovascolari. Ma quanto può essere intensa l'attività fisica? Uno studio norvegese apparso su *Circulation* indica che un'attività fisica intensa, che arrivi anche al 95% della frequenza cardiaca massima, non ha rischi superiori a quelli di una moderata, ma ha un effetto protettivo molto superiore. La ricerca ha coinvolto 4800 pazienti di 3 centri di riabilitazione. In un totale di oltre 175 mila ore di esercizi si sono verificati solo 3 eventi cardiaci: uno fatale fra chi faceva attività moderata, due non fatali tra chi la faceva intensa. Dicono i ricercatori: «Il rischio cardiovascolare è basso sia in seguito all'esercizio ad alta intensità sia dopo quello a moderata intensità, quando sono svolti all'interno di un setting riabilitativo cardiovascolare. Ma visto il significativo adattamento cardiovascolare associato con l'esercizio ad alta intensità, questo dovrebbe essere considerato per i pazienti con malattia coronarica».

D. d.D.

l'immediato periodo dopo l'infarto dovrebbe essere basato su un intervento di tipo cognitivo, finalizzato soprattutto a dare al paziente informazioni sulla malattia che ha avuto, cercando di fargliela reinterpretare come una minaccia superata e meno grave di quanto alle volte crede chi ne è stato colpito. «È importante anche un training per la gestione dello stress, — dicono i ricercatori — che può essere realizzato insegnando strategie di *problem-solving* e modalità per sfuggire agli stili passivi di risposta psicologica». Ovviamente, alcune persone possono essere più esposte di altre alla depressione e alla ruminazione passiva, perciò vanno identificate precocemente e trattate.

«Oggi, dopo aver assicurato un trattamento sempre più efficace della fase acuta dell'infarto, si cerca di gestire in maniera più strutturata anche la fase successiva — dice il dottor

Riabilitazione

Oggi, la gestione dopo la fase acuta è molto più strutturata rispetto al passato

Stefano Urbinati, direttore dell'Unità operativa di cardiologia dell'Ospedale Bellaria dell'Azienda Usl di Bologna —. La progressione della malattia coronarica, e quindi il rischio di eventi futuri, si può ridurre soprattutto con un cambiamento degli stili di vita, ad esempio riguardo al fumo, alimentazione e sedentarietà, oltre che assumendo con regolarità i farmaci prescritti. Il nostro studio Blitz 4 (su oltre undicimila persone in 163 centri cardiologici italiani), appena pubblicato sull'*European Journal of Preventive Cardiology*, indica che, a distanza di sei mesi dall'infarto, chi ha avuto la possibilità di accedere a visite di controllo cardiologiche e a programmi di riabilitazione cardiaca ha una migliore aderenza a stili di vita salutari. Miglioramenti vanno perseguiti anche per quanto concerne l'aderenza alle cure farmacologiche, il controllo della pressione, la riduzione del colesterolo LDL e il controllo del diabete».

SEI TEST SALVAVITA

Nuovi, poco noti, semplici da fare: gli esami che possono aiutare a prevenire ulcere, malformazioni, osteoporosi o ictus di Gina Pavone

Mai valutata la possibilità di indagare lo stato delle arterie cerebrali? O la ragione per cui le mestruazioni sono così dolorose? Per stare bene c'è dell'altro oltre agli esami di routine come analisi del sangue e delle urine, pressione ed elettrocardiogramma, pap test e mammografia. Agli esami che si ormai si eseguono con regolarità per prevenire, potrebbe essere opportuno affiancarne altri, anche estremamente semplici, da fare, anche in assenza di sintomi specifici, almeno una volta nella vita. Eccone alcuni.

Gastroenterologia. Un esame poco diffuso ma che ha notevoli vantaggi è il gastro panel per la diagnosi di malattie digestive. Si tratta di un semplice prelievo del sangue, che però permette di evitare la più invasiva gastroscopia. Il test consente di individuare anche stati precancerosi dello stomaco e la presenza di infezioni da *Helicobacter Pylori*, batterio che è la causa di gastriti e ulcere.

Apparato respiratorio. Indagine spirometrica per individuare la broncopneumopatia cronica ostruttiva. In caso di affanno, tosse cronica o produzione importante di catarro, la spirometria dovrebbe essere l'indagine di base da fare, ma risulta in larga parte ancora sottoutilizzato, «metà delle persone con problemi respiratori riferiscono di non aver mai effettuato questo esame», specifica Fernando De Benedetto, direttore dell'unità di Pneumologia dell'ospedale di Chieti e presidente dell'Aimar, Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie. «E per i forti fumatori si dovrebbe considerare una Tac a basse dosi del polmone, per una diagnosi precoce della neoplasia polmonare».

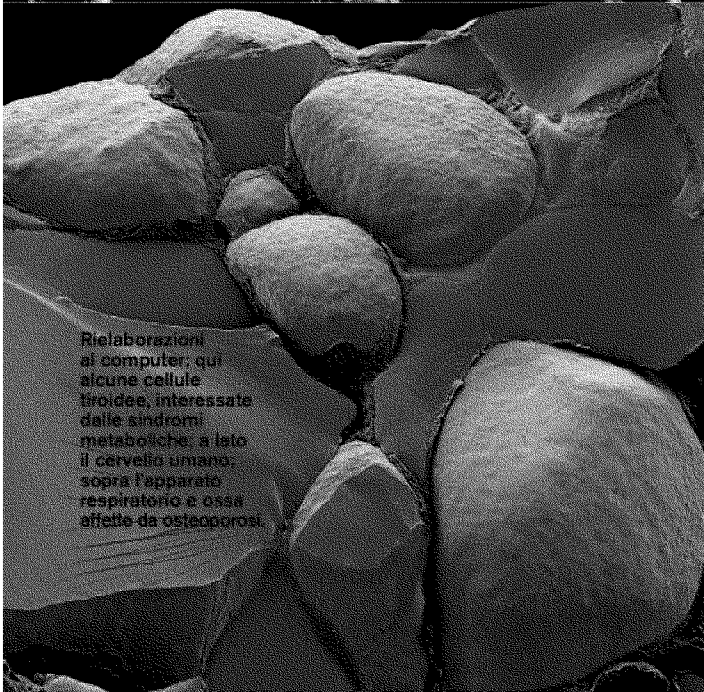
Neurologia, ecodoppler dei vasi del collo e doppler transcranico. Due esami che permettono di osservare lo stato delle arterie del collo e intracraniche, e valutarne l'adeguatezza per la richiesta di ossigeno da parte del cervello. Consigliabili dopo i 60 anni o in presenza di fattori di rischio tra cui problemi di circolazione. «Testare l'attività vascolare consente non solo di verificare la presenza di eventuali ostruzioni, ma anche di valutare la capacità di assolvere compiti intellettualmente impegnativi», spiega Leandro Provinciali, docente di neurologia all'Università politecnica delle Marche e direttore del dipartimento di scienze neuro-

logiche degli Ospedali riuniti di Ancona.

Ginecologia, esami per endometriosi. Il ciclo arriva abbondante, con forti dolori addominali, ma spesso la patologia è asintomatica e la si indaga solo cercando di concepire un figlio che tarda ad arrivare. «I sintomi dell'endometriosi tendono a essere sottovalutati», osserva Pietro Giulio Signorelli, presidente della Fondazione italiana endometriosi. Ma la malattia che porta l'endometrio, il rivestimento interno dell'utero, a crescere in zone addominali dove non dovrebbe colpire almeno il 10% delle donne in età riproduttiva, e di queste il 40% risulta sterile. «Per accertare la malattia si procede con indagini integrate: visita ginecologica, risonanza magnetica della zona pelvica, indagine rettale, esami del sangue per la presenza di alcuni antigeni sierici».

Neonatologia, screening neonatale metabolico allargato. A poche ore dalla nascita, in ospedale prelevata una goccia di sangue dal tallone: l'esame consente di individuare dalle tre alle cinque patologie metaboliche. Ma si potrebbero individuare 50 patologie con la versione "allargata" dello stesso test, «ad oggi presente in modo molto frastagliato sul territorio nazionale e anche all'interno delle stesse regioni o la stessa città, a seconda della disponibilità nei vari punti nascita, coprendo solo il 25% dei nuovi nati», sottolinea Manuela Vaccarotto, vice presidente di Aismme, l'associazione italiana a sostegno delle malattie metaboliche ereditarie. In Italia colpiscono un neonato su 500. Due proposte di legge sono state presentate per estendere il test su tutto il territorio nazionale. Per sapere se nell'ospedale dove si partorisce c'è, si può contattare l'Aismme (vd. box pagina accanto).

Apparato scheletrico, densitometria ossea per osteoporosi. Malattia asintomatica che consiste nella perdita di densità ossea e che a lungo andare porta a una notevole fragilità dello scheletro. Il primo passo è una valutazione dei fattori di rischio da parte del medico, specie per le donne all'inizio della menopausa. L'esame di riferimento è la densitometria ossea, anche detta Moc o Dexa. Invece, in presenza di fattori di rischio o condizioni particolari come fratture da fragilità, l'esame è utile per entrambi i sessi e a qualsiasi età. Inoltre nelle donne che presentano fattori di rischio, «una Moc potrebbe essere consigliata all'inizio della menopausa o, in assenza di fattori di rischio, verso i 65 anni».



Rielaborazioni al computer; qui alcune cellule tiroidee, interessate dalle sindromi metaboliche; a lato il cervello umano; sopra l'apparato respiratorio e ossa affette da osteoporosi.



A CHI RIVOLGERSI

■ Screening neonatale metabolico allargato.

L'associazione Aismme fornisce informazioni sulla disponibilità del test nei singoli ospedali. Se nel proprio punto nascita non viene effettuato si può richiedere, gratis, l'invio del kit per il prelievo e tutte le informazioni per la consegna al più vicino centro di analisi. Numero verde dell'associazione: 800.910.206 (www.aismme.org).

■ **Gastro panel.** «Si fa in diversi ospedali pubblici ma è diffuso a macchia di leopardo sul territorio nazionale», osserva Francesco Di Mario, docente di gastroenterologia a Parma e membro della Sige, Società italiana di gastroenterologia ed endoscopia digestiva. «Per esempio si fa negli ospedali pubblici di Padova, Parma, Napoli, Genova, Udine, Bari e al policlinico Gemelli di Roma».

■ Densitometria ossea, servizi specializzati in indagini pediatriche.

All'Istituto auxologico italiano Irccs di Milano sono presenti un centro di malattie metaboliche ossee e reumatologia e un laboratorio sperimentale di ricerche sul metabolismo osseo infantile. «Se l'indagine riguarda bambini e adolescenti la Moc deve essere eseguita in un centro con esperienza specifica: la valutazione è complicata e deve essere più approfondita», sottolinea Maria Luisa Bianchi, direttrice del laboratorio all'Irccs di Milano. Un altro servizio di Moc pediatrica è presente all'ospedale San Giovanni Battista di Foligno, in Umbria.

■ **Indagini per endometriosi.** Centro italiano endometriosi, in via Aurelia 559 e via Michelangelo Buonarroti 48, entrambi a Roma. www.endometriosi.it