



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Alla Federico II

Trapianti, apre al pubblico Sportello amico

Sarà presentato domani mattina lo «Sportello Amico trapianti» del Policlinico Federico II. Si tratta di una manifestazione (dalle ore 10 alle 14) nell'aula magna di Scienze Biotecnologiche, utile a sensibilizzare, in particolare i giovani, sul tema della donazione. Secondo i dati nazionali, nel 2016 il numero di donatori complessivi è salito a 1.596 contro i 1.489 dell'anno precedente. Il trend positivo viene confermato dall'aumento dei donatori coinvolti, che superano per la prima volta la quota di 1.300 (erano 1.165 nel 2015); un ulteriore dato incoraggiante riguarda le liste di attesa: per la prima volta quelle del rene e del polmone sono in diminuzione rispetto al 2015. È in questo contesto che si inserisce lo «Sportello Amico trapianti» del Policlinico Federico II che interviene in tutte le fasi relative al tema della donazione, in stretta collaborazione tra direzione sanitaria, Centro trapianti e associazioni. L'equipe ha il compito di fornire orientamento, accompagnamento e informazioni ai cittadini, ai potenziali donatori, ai donatori stessi e ai pazienti in attesa di trapianto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La chirurga di guerra arriva in moto nella Savana

Chiara Castellani è una missionaria laica di Aifo
Opera in Africa, unico medico per centomila persone
Ha perso un braccio in un incidente ma non si arrende

**In sella ho già fatto 700 km
tenendo stretta la borsa
refrigerata con i vaccini,
poi formiamo operatori
per combattere l'Aids**

di **SERENA ZOLI**

Chirurga di guerra e missionaria laica. L'unico medico per centomila persone sparse in cinquemila chilometri quadrati. Chiara Castellani fin da bambina sognava l'Africa: ma l'Africa del dottor Schweitzer, medico (e pianista: raccoglieva fondi con i suoi concerti), che si era trasferito nell'Africa davvero «nera» per le disumane condizioni di vita, a curare gli ultimi. E proprio quell'Africa la dottoressa Castellani, laureata in medicina e specializzata in ginecologia, otterrà subito: al suo primo arrivo nel 1991, in Congo, le viene assegnato un fatiscante ospedale che non ha né acqua corrente né elettricità e dove i malati dormono per lo più su stuoie che si portano da casa. Lontano da tutto, la capitale Kinshasa è a 500 km. Praticamente deve fare il medico «a mani nude». Ma, pur impiegandoci ostinatamente anni, otterrà la luce e l'acqua. A sostenerla – e mandarla a Kimbambau, questa la località – è l'Aifo, l'associazione fondata da Raoul Follereau, Amici dei lebbrosi. L'anno dopo

succede un fatto che rende ancora più «speciale» e unica Chiara: è in jeep con un autista locale nella foresta, l'auto si ribalta e lei resta sotto con tutto il braccio destro. «Ho capito subito che era perso – racconta – e ho dovuto farmi forza per dirigere io le manovre per il mio recupero a scampo di guai maggiori». Osserva anche: «Prima ero io che amputavo, adesso ero io l'amputata. È utile vedere le cose dall'altra parte».

Qui occorre un passo indietro: il primo volontariato da medico Chiara lo fece in Nicaragua, dove sognava di far nascere bene tanti niños. Ma si trovò in mezzo alla guerra tra sandinisti e contras e spinta dall'urgenza si specializzò sul campo chirurgo di guerra. Specialità che purtroppo, commenta lei, le venne utile anche nelle guerre intestine del Congo tra Mobutu e Kabila. Per sette anni fu Doctora Clarita. Poi l'Africa. E il soprannome di «angelo con una sola ala».

Dopo l'incidente torna dall'Italia con un braccio finto. E operare? Non ci sono altri medici lì intorno. Dapprima istruisce un infermiere chirurgo,

poi col tempo fa pratica per imparare a usare con destrezza la mano sinistra. È tornata come se avesse ancora le «due ali». La Castellani ha appena pubblicato un libro (con la giornalista Mariapia Bonanate, ed. San Paolo) Savana on the road sulla cui copertina troneggia una Yamaha 25 da motocross che è il mezzo con cui si sposta per raggiungere i più sperduti villaggi attaccata al fido infermiere Kiboko che guida. «Sulla moto ho già fatto 700 km, tra savana, guadi, foreste. Tengo stretta la borsa refrigerata con i vaccini, poi abbiamo istituito un tutoraggio itinerante dell'Aids con la formazione di operatori sanitari». L'Aids è una delle sue prime battaglie e Kiboko, dice, «è il mio mi-

gliore successo»: sieropositivo da 20 anni, ma ancora vivo. Lei, Chiara, si è battuta come un leone per ottenere i farmaci retrovirali. Ed ora che li ha e li diffonde grida: «Di Aids si vive! Non si muore».

La cura dell'Aids

Con la Comunità di Sant'Egidio ha fondato un centro «Dream» proprio per la cura dell'Aids. Ma la dottoressa Castellani non cura solo i corpi. Cura anche la dignità: ha creato a Kenge, dove è ora, un Istituto superiore di

scienze infermieristiche, ha usufruito di tante borse di studio per donne istituite dalla sua «sorella» Rita Levi Montalcini, spinge anche gli infermieri maschi a specializzarsi e laurearsi. Certo, la tutela delle donne viene prima perché un terzo di loro, ricorda, subisce violenza in Africa. «La grande battaglia della mia vita è per il diritto alla salute e per rivendicare i diritti civili. Aids, tubercolosi e malaria sono le tre grandi assassine del continente nero. Contro questi mali va di diritto il farmaco gratuito». Qual è la sua primigenia ispirazione?

«Il Vangelo, io vivo il Vangelo da laica. E credere in Dio non ti dà certezze, ma disperate speranze». Poi c'è il sogno, rivendicato come un diritto: «Io continuo a sognare nonostante i miei 60 anni passati. Il diritto di sognare è di tutti, anche dei poveri. Non gli va tolto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



dream.santegidio.org
Dream, che sta per Disease Relief through Excellent and Advanced Means, è un programma della Comunità di Sant'Egidio per la salute

La Ong

L'Aifo è un'Organizzazione non governativa (ONG) impegnata nel campo della Cooperazione socio-sanitaria internazionale. È stata fondata a Bologna nel 1961 da un gruppo di volontari e missionari comboniani www.aifo.it

Biografia

La storia di un'avventura vissuta on the road

Scritto a quattro mani assieme alla giornalista Mariapia Bonanate, il libro (da cui sono tratte le immagini di questa pagina) *Savana on the road. Il diritto di sognare* (edizioni San Paolo, 17 euro) racconta l'esperienza africana della chirurga e missionaria laica Chiara Castellani cominciata in Congo con un tragico incidente. Un lungo racconto sotto forma di lettera-colloquio, che nasce dal bisogno di scrivere a Kibobo, l'infermiere malato di Aids e diventato insostituibile assistente in ogni emergenza. È lui che guida la moto con cui i due macinano chilometri nella savana per raggiungere i villaggi più dimenticati e soccorrere i più disperati.



S. MARIA C. V.

Saranno azzerate le liste d'attesa al Melorio

Nuove apparecchiature per il reparto di Radiologia

S. MARIA C. V. (mm)

- Buone notizie per il presidio sanitario cittadino. La scorsa settimana nuovi e più tecnologici macchinari sono stati consegnati al reparto di Radiologia dell'ospedale 'Melorio' (nella foto). Si tratta, nello specifico, di un nuovo ecografo, di un nuovo apparecchio radiografico e di una nuova Tac per ogni tipo di esame. Attrezzature che consentiranno, grazie anche all'arrivo di nuovo personale sia medico che tecnico, di azzerare le liste d'attesa e fornire prestazioni in tempo reale.

"Dalla scorsa settimana - ha dichiarato il diretto-



re sanitario **Diego Colaccio** - il nostro reparto sta funzionando a pieno regime. Adesso, con l'ausilio del nuovo personale, ci prefiggiamo come obiettivo quello di 'bypassare' le attese per questo tipo di esami per fornire in tempo reale tutte le prestazioni di cui hanno bisogno gli utenti".

© RIPRODUZIONE
RISERVATA

Il dossier

In 10 anni la spesa sanitaria pubblica salita dell'1% contro il 3,8 dell'Ue

Nell'ultimo decennio la spesa sanitaria pubblica in Italia è cresciuta in media solo dell'1% contro il più 3,8% degli altri Paesi europei di maggiore rilevanza economica. Lo rileva l'Università di Roma Tor Vergata. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil in Italia è sceso dal 7% del 2010 al 6,5% nel 2016. Questo a fronte di un trend inverso registrato negli altri Paesi Ue dove nel medesimo periodo è cresciuto dall'8% al 8,3%. Su questa tematica si apre a Roma il confronto promosso da Aprom, Associazione per il progresso del

mezzogiorno presieduta dal prof. Pasquale Dell'Aversana, con soci che sono espressione del mondo accademico e delle componenti emerite della Magistratura.

L'appuntamento è per domani, a partire dalle ore 15,30 nella sala convegni Vanvitelli (via Portoghesi, 12) dell'Avvocatura dello Stato a Roma. Un focus di altissimo profilo sul tema della sostenibilità del sistema sanitario e della propria capacità di fornire servizi coerenti con una domanda in rapida evoluzione.

La Sanità

Cardarelli sempre sotto assedio: pazienti trasferiti

Cardarelli senza respiro. Ieri è scattato l'ennesimo stato di crisi con procedure urgenti per decongestionare il pronto soccorso dell'ospedale trasferendo i pazienti sulle barelle nei reparti di degenza. La decisione del manager dopo un difficile weekend. Disagli per gli ammalati ma protestano anche gli infermieri.

> A pag. 34



Caos Lunghe attese al pronto soccorso del Cardarelli, istituita l'unità di crisi

La sanità, l'emergenza

Il Cardarelli torna sotto assedio pazienti trasferiti

Pronto soccorso in tilt per 250 ricoveri al giorno: scatta un nuovo stato di crisi

Ettore Mautone

Cardarelli ancora senza respiro: per il gigante della Sanità campana ieri è scattato l'ennesimo stato di crisi: significa che si mettono in campo una serie di procedure urgenti per decongestionare il pronto soccorso trasferendo i pazienti sulle barelle nei reparti di degenza. La decisione del manager Ciro Verdoliva è stata assunta dopo un nuovo fine settimana infuocato. L'ospedale della zona collinare di Napoli, sebbene fortificato da 15 padiglioni medici, chirurgici e specialistici, e da quasi mille posti letto, è di nuovo in ginocchio. Lentamente piegato dall'urto micidiale, costante, strutturale e martellante di oltre 250 pazienti al giorno che approdano al pronto soccorso a causa delle più svariate patologie. Nonostante la porta girevole degli ingressi giri veloce anche sul versante dell'uscita, il resto del flusso e la complessità degli altri casi, sono tali da riempire inesorabilmente i reparti. Prima quelli del padiglione di emergenza (l'Osservazione breve viaggia tra i 70 e i 100 pazienti ricoverati a fronte dei 36 posti disponibili), poi gli altri. La Medicina e la Chirurgia d'urgenza sono perennemente in affanno. La Neurochirurgia arranca nel badare ai gravi traumi, agli ictus e ai malati affetti da altre pa-

tologie spesso oncologiche o funzionali che devono pur essere assistiti ed operati. I medici del dipartimento di emergenza questa volta tacciono e a farsi sentire sono soprattutto gli infermieri della Uil che dichiarano lo stato di agitazione.

«Fate presto» scrivono in un appello-manifesto che evidentemente rimanda al terremoto che sta scuotendo il pronto soccorso del Cardarelli. «Oltre 100 pazienti allo stato attuale - si legge nel volantino - sono stipati tra l'Osservazione breve intensiva e i super affollati corridoi del pronto soccorso a fronte di una struttura che per spazi, personale ed attrezzature potrebbe contenere ed assistere al massimo 36 degenti. A partire dall'Osservazione breve, l'onda sismica - sostengono i camicci bianchi - di questa endemica disfunzione sta colpendo tutte le altre unità operative del dipartimento di emergenza creando una situazione insostenibile». Sicurezza dei pazienti, qualità delle cure somministrate ai malati e carichi di lavoro insostenibili per il personale i perniciosi effetti collaterali da fronteggiare. Stamattina, intanto, è in programma in direzione generale una riunione da cui potrebbero emergere alcune novità proposte dal bed manager (il dirigente incaricato della movimentazione e dei trasferimenti dei pa-

zienti). La richiesta dei sindacati medici, Cgil in testa, resta quella di drenare con fluidità, anche di notte, i pazienti stabilizzati verso i reparti di degenza rendendo quanto più possibile unidirezionale il flusso evitando che alla prima difficoltà dai reparti si dirottino pazienti in pronto soccorso. Così per le dimissioni da effettuare anche il sabato e la domenica se necessario con la garanzia di un sufficiente numero di medici e infermieri impegnati nei reparti come il pronto soccorso costantemente alle prese con attività ad alto carico assistenziale e ad alto rischio di violenza da parte dei familiari dei pazienti. Tra le proposte al vaglio della direzione anche quelle suggerite a più riprese in passato dai sindacati e solo in parte attuate. Ossia un diverso coinvolgimento dei Policlinici e del Monaldi nei trasferimenti, l'adeguata ricezione giornaliera dei pazienti nei reparti di degenza che poi passi attraverso un puntuale controllo dei tempi di degenza. La dimissione dei pazienti 7 giorni su 7, il ricovero diretto nei reparti specialistici e la presa in carico diretta dei pazienti ambulatoriali senza accesso dal pronto soccorso oltre che l'abolizione delle guardie padiglionali che «riducono i livelli di assistenza e non assicurano efficacia alle attività di reparto». Infine l'attenta regolamentazione dei trasferimenti interni da unire al miglioramento del servizio di trasporto interno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Tensioni
Protestano
per i disagi
gli infermieri
della Uil che
proclamano
lo stato
d'agitazione**

Le donazioni**Al Policlinico apre
lo sportello trapianti**

Sarà presentato domani mattina lo «Sportello Amico Trapianti» del Policlinico Federico II. Si tratta di una manifestazione, in programma dalle 10 alle 14 nell'aula magna di Scienze Biotecnologiche, con l'obiettivo di sensibilizzare, in particolare i giovani, sul tema della donazione. Si apre così al pubblico lo Sportello già attivo dal mese di gennaio, offrendo un nuovo servizio per i cittadini che è parte integrante di una rete istituzionale in grado di affrontare i principali problemi legati alla donazione e al trapianto.

Secondo i dati nazionali, nel 2016 il numero di donatori complessivi è salito a 1.596 contro i 1.489 dell'anno precedente. Il trend positivo viene confermato dall'aumento dei donatori coinvolti, che superano per la prima volta la quota di 1.300 (erano 1.165 nel 2015); un ulteriore dato incoraggiante riguarda le liste di attesa: per la prima volta quelle del rene e del polmone sono in diminuzione rispetto al 2015. I dati sono meno positivi se si guarda alla differenza tra Nord e Sud: le regioni meridionali, infatti, registrano ancora un elevato numero di opposizioni ed un minore numero di donatori, sebbene quest'ultimo abbia registrato una lieve crescita. È in questo contesto che si inserisce lo Sportello Amico Trapianti del Policlinico Federico II che interviene in tutte le fasi relative al tema della donazione, in stretta collaborazione tra direzione sanitaria, centro trapianti e associazioni. L'équipe ha il compito di fornire orientamen-

to, accompagnamento e informazioni ai cittadini, ai potenziali donatori, ai donatori stessi e ai pazienti in attesa di trapianto. Intanto, sempre al Policlinico federiciano, oggi alle 10,30 è in programma la conferenza stampa di presentazione della nuova sede cittadina dell'associazione «Salute Donna Onlus», impegnata nella prevenzione dei tumori e nell'assistenza dei pazienti oncologici. Intervengono Vincenzo Viggiani, manager del Policlinico federiciano; Sabino De Placido, direttore del dipartimento di Ematologia, Oncologia, Anatomia Patologica e Diagnostica per Immagini; Rita Vetere, vicepresidente di «Salute Donna Onlus»; Antonella Esposito, responsabile scientifico nazionale «Salute Donna Onlus»; Rossella Lauria, dirigente medico del Policlinico federiciano e Caterina Condello, psico-oncologa del Policlinico Federico II.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, la cura attende troppo

I tempi per una visita specialistica o un esame nelle strutture pubbliche aumentati tra 20 e 27 giorni in 3 anni (2014-2017). Lo stabilisce un'indagine della Cgil-Fp condotta da Crea Sanità su un campione di oltre 26 milioni di cittadini in Lazio, Lombardia, Veneto e Campania. Il sindacato: colpa del taglio delle risorse. Lorenzin: ma la partita è in mano alle Regioni

Ettore Mautone

Sanità e assistenza: la tempestività è sempre più un servizio a pagamento. E le liste di attesa, quando si tratta di ricevere cure, fanno la differenza

nell'orientare le scelte. Dai dati dell'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nelle Regioni (ricerca commissionata dalla Funzione pubblica Cgil e condotta dal centro Crea Sanità) emerge che nelle 4 Regioni prese in considerazione (Lombardia, Veneto, Lazio e Campania) è in media di 65 giorni l'attesa per una visita nella sanità pubblica, contro 7 giorni nel privato e 6 in intramoenia. A confronto tempi e costi nell'arco di 3 anni (2014-2017) su un campione di oltre 26 milioni di cittadini (44% della popolazione).

Le Regioni sono state scelte per la loro rappresentatività geografica (Lombardia nel Nord-Ovest, Veneto nel Nord-Est, Lazio nel Centro e Campania nel Sud) e le loro dimensioni. Un altro dato generale è che i costi dei ticket pubblici e del totalmente privato sono sempre più vicini e in alcuni casi inferiori a quelli dell'intramoenia (regime libero-professionale all'interno delle mura dell'ospedale). La tempestività di accesso sembra inoltre essere una condizione garantita da ambulatori di Asl e ospedali solo per le prestazioni urgenti, mentre per ridurre le code nei casi rinviabili è necessario ricorrere all'intramoenia. E così la sanità privata (completamente privata o in convenzione) diventa sempre più competitiva, puntando sull'competenza, sui tempi rapidi di risoluzione dei problemi di salute con costi spesso di poco superiori ai ticket.

«La responsabilità della crisi del Servizio sanitario nazionale è data dal taglio di risorse operata dal suo governo e dalla incapacità del ministero della Salute di garantire una programmazione ordinata sul territorio», così la Fp Cgil replica intanto alle parole del ministro Beatrice Lorenzin che, a commento di un rapporto del sindacato, ha affermato che «la partita è in mano alle Regioni».

Regioni.

Nel 2017 i tempi medi per effettuare una visita medica attraverso il Ssn sono stati di 65 giorni nel pubblico a fronte di 6 nell'intramoenia, 7 nel privato e 32 per il privato convenzionato. E così sul fronte dell'offerta pubblica si va da 22,6 giorni per una Radiografia articolare a 96,2 per una Colonscopia. Nel mezzo con 47 giorni ci sono le coronarografie, con 70 giorni l'ecocardiografia, 73,9 per l'ecodoppler venoso, 55 giorni la visita ortopedica, 88 quella oculistica e per la gastroscopia, scendendo poi a 57 giorni per l'eco della tiroide e a 43 per la spirometria. Le stesse prestazioni registrano in intramoenia attese molto inferiori: di 4,4 giorni per l'Rx articolare e di 6,7 per una Colonscopia e rispettivamente di 8,6 e 46,5 giorni nel privato convenzionato; infine di 3,3 e 10,2 giorni nel privato completamente a pagamento. E ancora, nell'arco degli anni, si assiste anche a un trend in aumento dei tempi di attesa. Per una visita ortopedica nel pubblico nel 2014, i giorni di attesa erano 36, oggi sono 56 (+20 giorni) laddove guardando al solo 2017, nel privato a pagamento le attese sono state di soli 6 giorni. Lo stesso anche in intramoenia. Mentre nel privato accreditato si arriva a 27 giorni. «Emerge dunque con evidenza come il privato - si legge nel rapporto - riduca drasticamente i tempi di attesa per prestazioni mediche e anche il privato convenzionato garantisca un servizio notevolmente più rapido a quello del sistema pubblico degli ultimi anni». Per quanto riguarda i costi sostenuti dai pazienti, rilevati solo per intramoenia e privato a pagamento «risultano mediamente abbastanza consistenti, ma in molti casi non molto distanti dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate». «La sanità privata fa riferimento all'offerta pubblica per calibrare la propria e rendersi competitiva, puntando sul rapporto qualità-prezzo e dunque accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa», osserva la Fp Cgil. Va detto che sebbene poco

pubblicizzate le norme prevedono una ciambella di salvataggio per i cittadini. Se i tetti massimi previsti dalla legge (per un ventaglio di 46 prestazioni

sentinella di riferimento) sono superati da un'azienda sanitaria e non ci sono strutture alternative in grado di assicurare i tempi previsti, il cittadino ha il diritto di accedere a una prestazione intramoenia pagando l'equivalente del ticket, senza alcuna maggiorazione. «Gli sportelli delle Asl - sottolinea Sergio Canzanella direttore dell'osservatorio regionale Cure Palliative e Medicina del Dolore - solo in rarissimi casi informano il paziente di questa possibilità». In Campania un anno fa il ci ha pensato il governatore Vincenzo De Luca a disporre la sospensione dell'attività intramoenia al superamento dei valori soglia di attesa. Gli effetti saranno certificati al Tavolo con i ministeri per i controlli sui Lea (Livelli di assistenza) in programma a Roma alla fine di questo mese. Dalle prime anticipazioni i miglioramenti sono stati netti. Al Pascale ad esempio, da gennaio del 2017 ad ottobre scorso, l'attesa per iniziare una chemio è passata da 21 a soli 2 giorni, per gli

interventi alla mammella da 62 a 9 giorni. La coda per un intervento chirurgico alla prostata è passato da 176 a 20 giorni, per la chirurgia del colon retto dimezzata da due mesi a 30 giorni. Così per i tumori dell'utero da 53 a 31 giorni. Liste ridotte anche al Monaldi grazie ad ambulatori centralizzati in cui ruotano tutti i medici e a sedute straordinarie anche di sabato. Per la prima visita cardiologica, ecografia, ed elettrocardiogramma si è passati da oltre un anno a 30 giorni e in 72 ore per le urgenze rispettando gli altri codici di priorità in tutte le prestazioni sentinella. Unico neo la visita oculistica che sconta ancora due mesi di coda (rispetto a un anno del 2017). Il Policlinico Federico II si è regolato inserendo in overbooking le visite urgenti e rispettando grosso modo gli altri codici di urgenza. Il Cardarelli ha invece impiegato un tesoretto accantonato sull'intramoenia per

smaltire lunghe attese soprattutto in ambito chirurgico, azzerato quelle in medicina nucleare (da 60 giorni a zero), ridotto da 9 mesi a 5 le attese per la cataratta, da 60 giorni a 10 per le ernie discali, da 426 a 167 giorni le code in chirurgia, da 240 a 100 giorni le attese in otorino. Bene anche l'università Vanvitelli con pochi giorni di attesa in tutte le prestazioni ambulatoriali e nei 30 giorni i ricoveri per interventi chirurgici. Unico neo la colonscopia che sconta ancora 126 giorni di attesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IN CAMPANIA SONO STATI REGISTRATI MIGLIORAMENTI: FANALINI DI CODA OCULISTICA E COLONSCOPIA

I tempi di attesa per prestazione e regime di offerta

In giorni di attesa

	Pubblico	Intramoenia	Privato conven.	Privato solventi
Visita oculistica	88,3	6,7	52,2	6,3
Visita ortopedica	55,6	6,1	27,0	6,0
Rx articolare	22,6	4,4	8,6	3,3
Spirometria	43,9	4,6	12,8	5,2
Eccardiografia	70,3	5,2	22,6	5,9
Ecodoppler venoso arti inf.	73,9	5,1	19,2	6,0
Eco tiroide	57,6	4,9	15,5	5,5
Colonscopia	96,2	6,7	46,5	10,2
Gastroscopia	88,9	6,3	42,3	10,2
Elettromiografia	62,2	5,0	20,9	6,2
Coronarografia	47,0	9,0	90,0	13,0

I tempi di attesa per prestazione e Regione in strutture pubbliche a regime SSN

In giorni di attesa

	Lombardia	Veneto	Lazio	Campania	Totale
Visita oculistica	96,8	58,8	86,2	101,1	86,3
Visita ortopedica	59,5	26,1	84,3	55,3	55,6
Rx articolare	25,9	32,0	42,9	7,5	22,6
Spirometria	54,9	34,8	69,4	32,5	43,9
Eccardiografia	83,7	95,4	117,9	36,2	70,3
Ecodoppler venoso arti inf.	98,1	55,0	123,0	42,5	73,9
Eco tiroide	110,0	35,0	123,7	22,1	57,6
Colonscopia	96,4	60,4	175,7	87,4	96,2
Gastroscopia	56,7	93,0	158,4	78,1	88,9
Elettromiografia	77,6	50,0	116,0	30,5	62,2
Coronarografia	-	100,0	80,0	30,0	47,0

L'analisi**LA SVOLTA NON BASTA
TROPPI NODI IRRISOLTI****La svolta non basta, troppi nodi irrisolti****Ettore Mautone**

È una Sanità a due velocità quella che è ancora in viaggio, in Campania, nel tunnel stretto del commissariamento e del Piano di rientro.

> Segue a pag. 38**Ettore Mautone**

Il governatore Vincenzo De Luca, prima da presidente della Regione, poi da commissario delegato dei ministeri della Salute e dell'Economia, ha senza dubbio impresso un impulso determinante al superamento della ripida salita cui sono costretti i Livelli di assistenza. L'attenzione costante e quasi ossessiva alla griglia con cui i ministeri stilano la pagella per la Campania ai tavoli di verifica e i riflettori costantemente accesi sui tempi di pagamento, sull'entità dei tagli cesarei, sull'efficienza clinica degli ospedali, sugli screening e la prevenzione e finanche sulla sanità veterinaria, ha innescato oggettivi processi di miglioramento che stanno dando buoni frutti. Un'accelerazione su questo fronte è innegabile. I manager di Asl e ospedali sono pressati quotidianamente. Un fiato sul collo che spinge a lavorare bene e fare in fretta e soprattutto a produrre dati certificati da trasferire (finalmente) su una piattaforma informatica (Saniarp). Tra l'altro dati in grado di fornire in tempo reale una fotografia dei risultati utili anche ai tavoli romani per far valere le buone ragioni della Campania sulla partita degli iniqui criteri di suddivisione dei finanziamenti per la sanità.

La Soresa, pur sommersa da ricorsi e carta bollata, macina gare su gare e gli uffici delle Asl iniziano a sperimentare migliorate routine per il reclutamento del personale. Questa tensione produttiva ha effetti positivi su annosi e irrisolti problemi strutturali del sistema salute della Campania.

Ma porta con sé una dote di nodi irrisolti che non si possono trascurare. L'affollamento che sconta il Cardarelli, con l'allarme rosso suonato sul fronte barelle a mesi alterni, gli affamati del 118 e lo sbilenco assetto degli ospedali della Asl Napoli 1 ne sono un indicatore preoccupante. Come anche la marcia lenta delle Asl provinciali ad affrancarsi da una subalterna assistenza rispetto ai principali ospeda-

li metropolitani. Senza contare il vuoto spinto che ancora mette le vertigini nei percorsi di cura alternativi all'ospedale sui territori di molte aziende sanitarie. A Napoli c'è poi da rifinire e qualificare tutta la rete dell'offerta ospedaliera della Asl Napoli 1 dotata di pronto soccorso, da collaudare l'emergenza del Cto che dovrà contare su continui scambi e trasferimenti anche logistici con il Monaldi che sono ancora un'incognita organizzativa. Lo stesso ospedale del Mare in assenza di una collaudata formazione sul campo, (perché non condurre un affiancamento e uno scambio sol Cardarelli?) rischia di decollare con il piede sbagliato.

E intanto c'è da definire nei dettagli la nuova mission di ospedali come il Loreto Mare incastonato nel cuore del centro storico, da riorganizzare l'Annunziata delineando una credibile funzione di raccordo tra ospedale e territorio. E c'è un intero pezzo dell'assistenza delegato alle Asl, alle case per la salute, agli hospice, alle cure psichiatriche e alle reti tra medici di base e specialisti, alle cure domiciliari, alle Rsa per cronici e anziani che è ancora tutto da costruire. Se per gli ospedali molte procedure sono state corrette generando una migliore qualità dell'assistenza a mancare è ancora l'anello di congiunzione e di integrazione delle reti cliniche con la sanità del territorio dunque. L'affermazione di forza per uscire dal piano di rientro e tornare alla ordinaria amministrazione, la spinta propulsiva del Governatore, in assenza di correzioni di rotta in questo ambito rischia di scontrarsi con nuovi insormontabili ostacoli. L'azione prodotta fin qui si potrà compiutamente misurare solo tra un anno, visti i ritardi con cui si raccolgono i dati all'Agenas.

Ma è sotto gli occhi di tutti cosa sta funzionando e cos'altro. Da un lato finalmente siragiana per reti di attività (oncologica, malattie rare, pronto soccorso, ictus, infarto, traumi, cure pediatriche) e vengono accantonate resistenze e personalismi dall'altro i continui aggiustamenti e le definizioni dei dettagli avrebbero bisogno di una vasta platea gestionale laddove gli uomini del presidente si contano sulle dita delle mani e molti sono spesso silenziosi nella discussione e assenti nella critica. Che sarebbe invece preziosa per correggere quello che c'è da cambiare. Perché le difficoltà da superare sono ancora e i tempi del viaggio non certo brevi.

Sanità in crisi

Obi, storia di un reparto a metà Per ora ospiterà codici gialli e rossi

Un reparto ospedaliero inaugurato tre mesi fa ma impiegato per soluzioni tampone in attesa di entrare a pieno regime. L'Obi, reparto di osservazione breve intensiva, è aperto ormai dallo scorso 19 dicembre allo scopo di monitorare i pazienti che arrivano in ospedale e sottoporli ad una serie di controlli per capire se predisporre il ricovero o

le dimissioni. Ma da allora il reparto dell'ospedale San Leonardo non ha ancora svolto la funzione a cui era destinato e intanto si accinge ad ospitare i codici gialli e rossi del pronto soccorso. «Stiamo ultimando i lavori per il completamento di un'altra ala con tre nuove sale - spiega il direttore sanitario **Savio Marziani** - e questo ci impone di fare di necessità virtù. Contiamo di portare l'Obi a regime entro fine aprile, ma intanto il reparto non è inutilizzato, bensì è aperto sin dal giorno della sua inaugurazione e soltanto una serie di ragioni contingenti, legate al miglioramento della fruibilità dell'intera struttura ospedaliera, rende necessaria l'adozione di misure temporanee che saranno presto accantonate». L'Obi fu inaugurato in pompa magna alla presenza di rappresentanti politici e istituzionali. Una sala con 6 posti letto che dovrebbe garantire un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche e consentire un rapido inquadramento clinico. Le organizzazioni sindacali,

intanto, si chiedono dove siano i medici, gli infermieri e gli oss per farlo funzionare, ritenendo il personale carente a far fronte all'implementazione del pronto soccorso con un nuovo reparto all'avanguardia che eluderebbe anche il rischio di ricoveri in barella. «L'Obi non implica un incremento del personale all'interno dell'ospedale. - prosegue **Marziani** - La carenza di oss e di altre figure rappresenta una tematica da analizzare separatamente alla questione del reparto di osservazione breve intensiva, ragion per cui le polemiche dei sindacati risultano perlopiù strumentali. Per intenderci, nei giorni scorsi è stato consegnato il reparto di otorino-laringoiatria, dove confluiranno per un po' anche gli oculisti, dato che nel frattempo i lavori sono iniziati anche nel loro reparto. Inoltre, abbiamo una nuova sala gessi e stiamo disponendo un ambulatorio trasfusionale. Se vogliamo un ospedale con tutti i crismi, dobbiamo anche accettare qualche sacrificio».

Mauro De Riso



IL REPARTO FANTASMA

Il reparto di Osservazione Breve Intensiva è stato inaugurato il 19 dicembre scorso alla presenza del Governatore Vincenzo De Luca

Il corso

La chirurgia tecnologica in 3D “in diretta” dall’Azienda Monaldi

Una settimana di interventi di alta complessità spiegati a distanza. La presenza del professor Marescaux

GIUSEPPE DEL BELLO

Una settimana di chirurgia live, in diretta dalle sale operatorie dell'Azienda Monaldi. Si terrà durante il corso residenziale annuale, cioè nell'International Surgical Week Update in Mini-Invasive Surgery, organizzato dalla Chirurgia generale, laparoscopica e robotica diretta da Francesco Corcione.

È un appuntamento particolare perché offre la possibilità ai tanti specialisti che vi parteciperanno di “vedere” a distanza come si effettuano interventi ad alta complessità e come si utilizzano le nuovissime tecnologie. «Di qui scaturisce, sottolinea Corcione, l'elevato valore didattico-formativo della comunità chirurgica nazionale e internazionale». Alle sessioni infatti sono stati invitati 30 specialisti, chirurghi provenienti da tutt'Italia che intendono avvicinarsi alla laparoscopia avanzata. Medici in formazione, ma anche professionisti di lungo corso che, già in possesso di una buona esperienza con le tecnologie laparoscopiche, vogliono confrontare la loro realtà con quelle di colleghi d'oltrefrontiera. Il cor-

so è organizzato con cadenza semestrale e prevede la partecipazione diretta, a turno, di ogni corsista agli interventi di chirurgia laparoscopica, interventi sul colon retto, sullo stomaco, sui pancreas, sul fegato e sulle vie biliari. Ma l'elenco è lungo e comprende anche altre aree anatomiche. Per esempio quelle di milza, surrene, rene e giunto esofago-gastrico.

«Durante le mattinate in sala operatoria a cui si accompagna- no le lezioni di anatomia chirurgica tenute da Francesco Ruotolo – aggiunge Corcione – saranno proiettate le immagini in diretta nella sala conferenza. Il pomeriggio invece sarà dedicato all'approfondimento, con lezioni teoriche, degli aspetti tecnico-scientifici delle singole patologie affrontate».

Tutte le live sessions si svolgono nel complesso operatorio del Monaldi, attrezzato con tecnologia 3D. La novità di quest'anno è rappresentata dalla partecipazione di Jacques Marescaux (Strasburgo), primo e unico chirurgo al mondo ad aver eseguito a distanza una procedura di chirurgia robotica in teleconferenza intercontinentale. In particolare, in questa full immersion, Marescaux presenterà la lettura magistrale “Next step in Minimally Invasive Surgery: Image-Guided Surgery and Artificial Intelligence”.

Di cosa si tratta? Dello sviluppo della robotica e della sua connessione con l'uomo, risponde il docente francese che è anche il fon-

datore dell'Ircad (Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif). La robotica si sta rivelando sempre di più preziosa collaboratrice del chirurgo. «Nell'ottica di una formazione capillare – continua Corcione – tutte le sale operative dovranno avere in dotazione i nuovi modelli. E si badi bene: in questo caso non avremmo una diseconomia perché i robot che entreranno sul mercato sono molto più versatili degli attuali e soprattutto avranno un costo di gran lunga inferiore. E questo sarà un vantaggio che permetterà di ampliare le indicazioni al loro utilizzo».

Ancora Marescaux: «A Strasburgo, sempre per la formazione, stiamo allestendo una piattaforma di 500 metri quadri. Qui saranno collocati i robot di ultima generazione indispensabili per partire con le esercitazioni sul manichino. È questo il primo step formativo per i futuri specialisti. La chirurgia diventerà sempre meno invasiva, e non solo per gli accessi dello strumentario attraverso i minuscoli fori, ma grazie alle tecnologie che consentono una gestualità mininvasiva; per la dissezione chirurgica, per la riduzione dei tempi e per la perfezione dell'atto operatorio». Alle sessioni parteciperanno anche i professori Dallemaigne e Perretta (Strasburgo): fanno parte della prima équipe mondiale ad avere effettuato un intervento per emilia- le per via laparoscopica.

GIUSEPPE DEL BELLO

2 Alzheimer

Bisogna trovare i marcatori che possano dire se il morbo insorgerà. Perché, nonostante il fallimento di molte sperimentazioni, qualunque farmaco potrà funzionare solo se il male non è in fase avanzata

Ricerca

Obiettivo
AlzheimerColloquio con NICK FOX
di ELISA MANACORDA

Un istituto creato per scoprire i segreti del morbo. Tracciare una mappa delle sue diverse forme. Capire cosa lo causa. E come scoprirlo. Parla il neodirettore

È l'immagine di una *débacle*: trial clinici arrestati per mancanza di risultati soddisfacenti, linee di ricerca chiuse, colossi del farmaco come Pfizer e Merck che dicono di voler dirottare gli investimenti in settori più promettenti della medicina. La lotta alle malattie neurodegenerative (Alzheimer su tutte) sembrerebbe segnare il passo. Ma perché è così difficile trovare una cura per le demenze? Perché questo settore non cammina alla stessa velocità dell'oncologia, che nell'ultima decade ha visto progressi impensabili nella diagnosi e nelle terapie? I motivi sono tanti. Il più evidente, spiega Nick Fox – professore di Neurologia e Direttore del neonato UK Dementia Research Centre, dello University College of London – è che il cervello è l'organo più complesso che abbiamo. E solo di recente abbiamo cominciato a occuparci delle malattie che lo riguardano. Il paragone con la lotta ai tumori è fuorviante: non possiamo valutare i successi nel cancro e nelle demenze con lo stesso metro, come se avessimo avuto lo stesso livello di risorse e di investimenti, dice.

«Abbiamo cominciato a svelare i segreti dei tumori 40 anni fa, grazie a un incredibile sforzo globale di ricerca, mentre i riflettori sulle demenze si sono accesi 30 anni dopo», spiega il neurologo britannico. Grazie a quello sforzo oggi sappiamo che ogni tumore è un caso a sé, che merita un approccio terapeutico differenziato, mentre continuiamo a parlare di Alzheimer come se fosse una unica malattia, uguale per tutti. Così non è: «Oggi dovremmo addirittura parlare di Alzheimers, al plurale, perché ce ne sono diverse forme: ereditarie, a insorgenza precoce, con genotipi differenti». E questo complica assai la ricerca di una terapia, a partire dai trial clinici. Dice ancora Fox: «È come se, in oncologia, cercassimo di sperimentare un unico nuovo farmaco su pazienti colpiti dalle forme più diverse di tumore: alla mammella, al cervello, al polmone nelle sue diverse forme, e poi tutti i tipi di leucemie... Il fallimento è assicurato. Solo quando caratterizzeremo tutte le innumerevoli forme di neurodegenerazione potremo fare progressi nelle terapie».

Ma questo è solo uno degli ostacoli da superare. Un'altra grande limitazione delle ricerche sulle demenze riguarda il tempo della diagnosi. «Per lungo tempo ci siamo concentrati sui pazienti che ritenevamo essere a un livello iniziale di malattia. Ora sappiamo invece che l'Alzheimer ha un periodo silente di circa 20 anni, forse

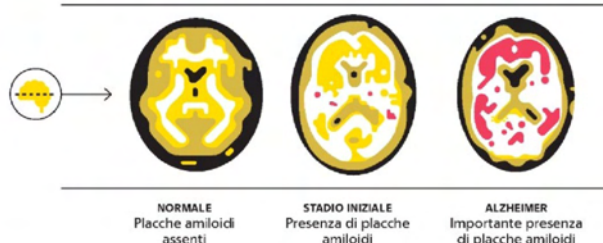
di più. Anche malattie come la Corea di Huntington, il Parkinson o la demenza frontotemporale hanno una lunga fase presintomatica. Questo significa che oggi trattiamo individui che sono già malati da anni. E non esiste settore della medicina in cui questa strategia venga ritenuta opportuna». Questo, aggiunge il neurologo, non significa che non siano necessari trattamenti per pazienti che già mostrano i sintomi, ma che forse dobbiamo anticipare la ricerca di segni clinici per sviluppare terapie più efficaci. Dunque uno degli obiettivi della ricerca che verrà è quello relativo alla diagnosi sempre più precoce (come spieghiamo nell'articolo a fianco).

Ma ci sono altre aree promettenti su cui è necessario investire più risorse, continua Fox. «Negli ultimi anni abbiamo aperto delle nuove finestre sul cervello, grazie alle tecniche di imaging e all'analisi del fluido cerebrospinale, che ci hanno fornito opportunità di trattamento prima impensabili». Dobbiamo poi studiare meglio il sistema vascolare e l'afflusso di sangue ai neuroni, e il metabolismo, cercando di comprendere i suoi cambiamenti con l'invecchiamento. Un altro settore molto incoraggiante è quello del silenziamento genico, che prevede la regolazione dell'espressione genica all'interno della cellula per prevenire la produzione di determinate proteine. È verosimile che all'inizio si otterranno risultati interessanti solo su forme molto specifiche di demenza, ma d'altra parte anche nel cancro i primi trattamenti efficaci hanno riguardato tumori rari, e solo ora abbiamo terapie per neoplasie più diffuse nella popolazione. Infine, aggiunge Fox, studieremo sempre meglio la relazione tra l'infiammazione e la neurodegenerazione, riconoscendo le molte componenti delle malattie neurodegenerative come la sclerosi multipla, una malattia da cui abbiamo molto da imparare. «Il punto è proprio questo: dobbiamo prendere spunto dai progressi compiuti in altri settori, come quello dell'oncologia, e capire in che modo quei successi possano trasformare anche la ricerca nel nostro settore», continua il direttore del Dri. Sarebbe bello avere un'unica pillola in grado di trattare tutte le demenze: ma è inutile sperarci. «Cominceremo invece ad avere i primi trattamenti per le condizioni rare – conclude Fox – e quello sarà il nostro primo risultato. L'importante è mettere in conto decenni di ricerca e grandi investimenti». La strada è ancora lunga.

DEI PROGRESSI NEUROLOGICI

Cosa svela la Pet

È una tecnica di immagini avanzata che permette di visualizzare le placche di amiloide (proteina decisiva nello sviluppo dell'Alzheimer) nel cervello in vivo



L'epigenetica

Cambiamenti pericolosi

I neurologi dell'università della Pennsylvania hanno pubblicato su *Nature Medicine* quanto osservato in persone giovani, anziane e in malati di Alzheimer

dal punto di vista dell'epigenetica - e cioè delle modificazioni che non alterano la struttura del Dna ma ne modificano l'espressione - di alcune delle zone più coinvolte, quelle dei lobi temporali. E hanno dimostrato che lo scenario dei malati è molto diverso (tanto da quello dei

giovani quanto da quello degli anziani sani) e specifico, e che alcune modifiche proteggono, mentre altre predispongono alla malattia. Esistono già farmaci che intervengono in questi processi, usati contro i tumori, e potrebbero rivelarsi utili.

— a.c.



I MALATI IN ITALIA

2 MILIONI
affetti da demenze

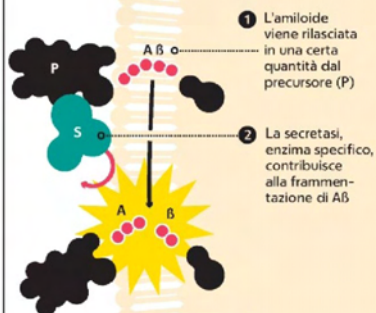
600 MILA
colpiti dall'Alzheimer

4 %
degli over 65

L'INIZIO DELLA MALATTIA

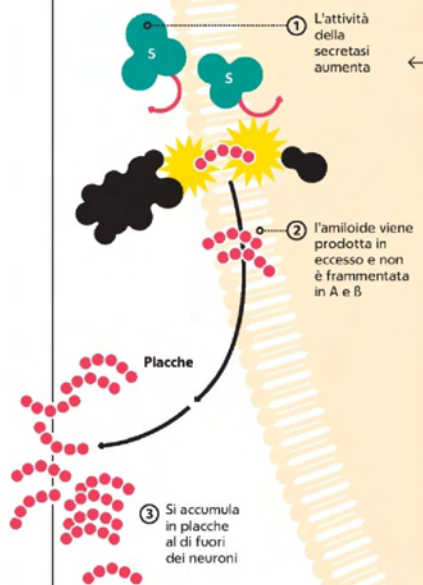
La beta amiloide (detta amiloide o A β) è una proteina composta dalle sottounità A e β

NEL CERVELLO SANO



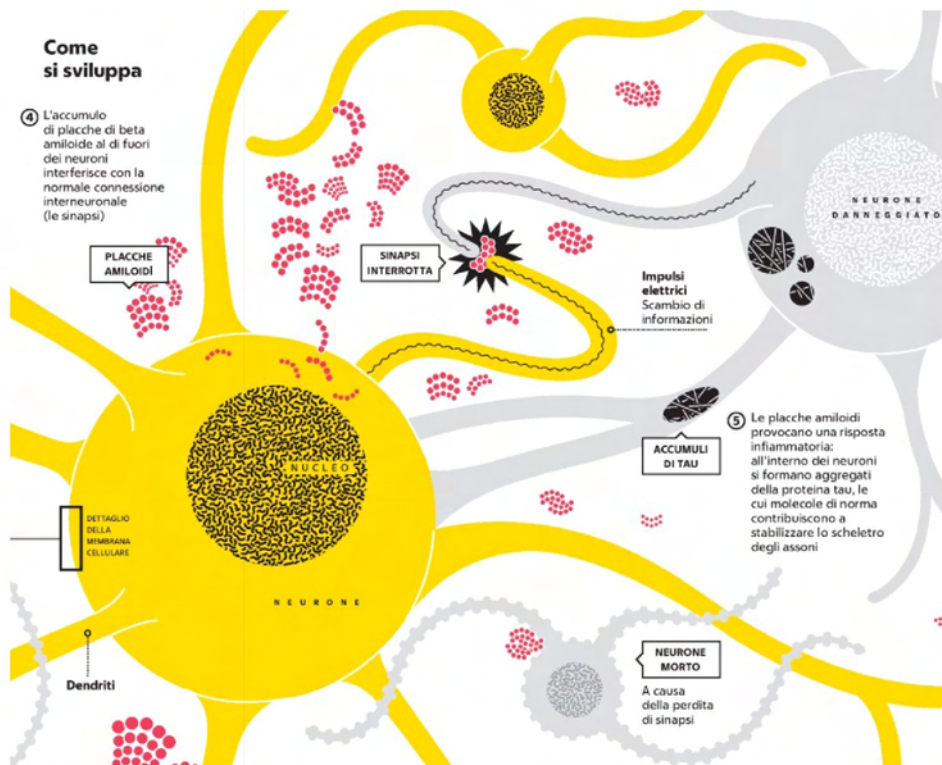
- 1 L'amiloide viene rilasciata in una certa quantità dal precursore (P)
- 2 La secretasi, enzima specifico, contribuisce alla frammentazione di A β

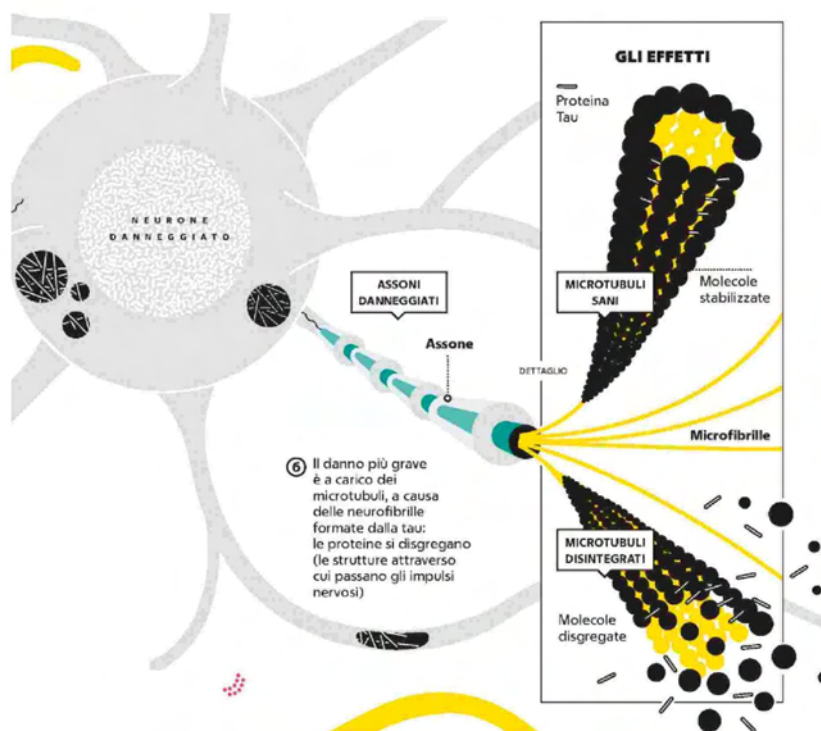
CON ALZHEIMER



- 1 L'attività della secretasi aumenta
- 2 l'amiloide viene prodotta in eccesso e non è frammentata in A e β

- 3 Si accumula in placche al di fuori dei neuroni





Diagnosi precoce

Caccia al test che lo scopre 20 anni prima

Ci sono sostanze che segnalano le anomalie nel cervello

di AGNESE CODIGNOLA

Le notizie più interessanti sull'Alzheimer delle ultime settimane riguardano un obiettivo rincorso da decenni: quello dei biomarcatori precoci della malattia, cioè di sostanze che possano segnalare la presenza delle prime anomalie anche quando non ci sono sintomi, permettendo così di mettere in atto tutte le possibili contromosse. E lo studio più importante giunge da *Nature*, dove un gruppo nippo-australiano ha riportato i risultati ottenuti con un test che si è rivelato in grado di predire la malattia anche 20 anni prima del suo esordio. In sintesi, l'esame consiste in un'identificazione immunologica accoppiata a una tecnica chimica (una spettrometria di massa) di diverse frazioni della beta amiloide e del loro anda-

mento nel tempo, da effettuare nel sangue. Ebbene: nel 90% dei casi l'esame del sangue delle frazioni di beta amiloide, che è anche economico e facilissimo da eseguire, aveva dato il giusto responso, identificando i malati molto tempo prima che iniziassero a vedersi deficit cognitivi, perdita dell'udito o dell'olfatto e agli altri segni premonitori.

Diverso è il test in studio all'Istituto Neurologico Besta di Milano, che sta verificando l'efficacia predittiva dell'amplificazione di pochissime copie di alcune proteine con anomalie specifiche, secondo una tecnica chiamata appunto *protein misfolding cyclic amplification* (Pmca). Se fosse confermata, la Pmca offrirebbe anche un altro vantaggio, come sottolinea Fabrizio Tagliavini, direttore

scientifico del Besta. «Negli ultimi anni gli studi che indagano i meccanismi molecolari alla base della malattia hanno prodotto indizi significativi del fatto che le proteine patologiche coinvolte, cioè la beta amiloide e la tau, possano dare vita a quadri clinici eterogeni della malattia. Test a elevatissima sensibilità molecolare potrebbero permettere di distinguere tra le diverse forme di Alzheimer, da curare, in futuro, con terapie più mirate». Insomma, anche l'Alzheimer potrebbe essere trattato con medicina di precisione. E naturalmente anche nel caso della Pmca, se i risultati fossero positivi, si potrebbe pensare a un utilizzo su vasta scala, per esempio come strumento di primo screening.

ORIPRODOTTORE RISERVATA

Prevenzione

Fatti proteggere dalle lingue

Parlare una o più lingue oltre a quella materna ha un effetto protettivo nei confronti dei deficit cognitivi e delle demenze. E, probabilmente, attenua gli

effetti della malattia, che procede più lentamente. Lo dimostra uno studio pubblicato su *Neuropsychologia* dai ricercatori dell'università Concordia di Montreal, in Canada, che hanno sottoposto a risonanza magnetica una trentina di pazienti con difetti cognitivi lievi (Mci) che

memoria e al linguaggio) più spessa, mentre la densità delle aree sottostanti era migliore per i multilingui solo nel caso di Mci, ma non di demenza, a conferma del fatto che gli stadi iniziali di malattia sono quelli nei quali si vede bene un eventuale effetto protettivo.

— A.C.

non avevano mai imparato nessuna lingua e altrettanti che invece ne parlavano due o più, e poi hanno ripetuto i test su 13 malati di Alzheimer di controllo e 13 multilingui. La differenza è risultata molto chiara: coloro che avevano imparato altre lingue avevano una corteccia (nelle zone associate alla