

La pandemia in Italia Ieri accertati 27.354 nuovi positivi sulla base di 152.633 test processati. Oltre 500 i decessi

Infetti in calo, ma con 40mila tamponi in meno

ROMA - Sono in calo i nuovi contagi da Coronavirus in Italia, ma a fronte di un crollo del numero di tamponi processati, come è consuetudine il lunedì: sono 152.633, oltre 40mila in meno rispetto a domenica (195.275). I nuovi casi sono 27.354, contro i 33.979 di domenica, mentre resta elevato, seppure in calo, il numero dei decessi: 504, che portano il totale a 45.733. I positivi nel nostro Paese da inizio pandemia hanno superato il milione e 200mila (1.205.881). Resta alto il numero dei nuovi guariti, 21.554, per un totale di 442.364. Ma gli attualmente positivi sono 717.784, 5.294 in più di domenica, e rimane elevata la pressione sugli ospedali, con 70 nuovi ricoveri in tera-

pia intensiva (ora sono 3.492) e 489 nei reparti Covid. Sono quindi oggi 32.536 i ricoverati con sintomi da Coronavirus nel nostro Paese. I dati del ministero della Salute dipingono un quadro sempre problematico, anche se negli ultimi giorni la curva dei contagi si sta stabilizzando e non cresce. Forti i cali in alcune regioni, ma sempre per effetto del minor numero di tamponi processati. Come in Lombardia, dove i nuovi casi sono 4.128 (ma con 99 vittime), molti meno che nei giorni precedenti, ma il rapporto positivi/tamponi rimane oltre il 22%. Segue a breve distanza la Campania, con 4.079 nuovi casi e 37 decessi, poi il Piemonte, con 3.476 contagi e 71 decessi. Sempre alto il

numero di nuovi positivi in Emilia-Romagna (2.547), Lazio (2.407) e Toscana (2.433). Anche Veneto (1.966), Sicilia (1.461) e Puglia (1.044) sono sotto pressione. In questo clima di preoccupazione per la tenuta del sistema sanitario, il commissario straordinario all'emergenza, **Domenico Arcuri**, prova a tranquillizzare almeno dal punto di vista delle terapie intensive: "Oggi abbiamo 10mila terapie intensive e il prossimo mese arriveremo a 11.300", spiega, ricordando come a marzo, all'inizio della pandemia, i posti di terapia intensiva fossero 5.179 e al picco primaverile i ricoverati fossero oltre 7mila. Oggi, invece, sono 3.492. Perciò, ha sottolineato Arcuri, "non ci sono pressioni".

L'emergenza Coronavirus, però, "ha messo a nudo le fragilità dell'intero sistema" Paese. L'Italia è stata "l'epicentro della prima ondata: a marzo eravamo il secondo Paese al mondo per numero di contagiati, il primo in Europa a essere colpito e quello che nella prima ondata ha pagato di più i costi dell'epidemia. Oggi siamo il decimo Paese del mondo per numero di contagiati, nonostante la recrudescenza delle ultime settimane". In ogni caso, sottolinea Arcuri, "il Coronavirus rappresenta la grande emergenza degli ultimi 70 anni: il virus ha colpito un cittadino su 51 e determinato oltre 45mila morti. Sono numeri impressionanti".

©2020 LA PRESSE



Peso:19%

La ricerca

In Campania un algoritmo previene i casi più gravi

Nella storia dell'antibiotico-terapia e del corretto impiego dei farmaci il mistero della serendipity si lega alla rigidità della matematica e degli algoritmi. Così, se il caso diventa scienza come accaduto a Sir Alexander Fleming, che da una muffa formata in una coltura di stafilococchi ha estratto la penicillina dando il via alla moderna storia del trattamento delle infezioni batteriche, nei tempi più recenti lo sviluppo di sistemi intelligenti si è rivelato, in termini di sanità pubblica, di grande impiego per la lotta ai germi che non rispondono ai farmaci.

L'obiettivo di questo approccio è mettere a punto strategie mirate, in costante aggiornamento, per selezionare i soggetti a rischio e monitorare l'andamento delle resistenze batteriche. In questo senso solo poco tempo fa la Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (Siaarti) ha proposto un algoritmo in diversi step per la gestione del paziente con sepsi, una sorta di infezione generalizzata che mette a rischio la vita. L'obiettivo è quello di valorizzare l'importanza di una gestione clinica efficace e di un'adeguata formazione degli operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura del paziente.

Per raggiungere questi obiettivi appare fondamentale adottare

una "strategia integrata" che tenga conto delle criticità di gestione attualmente riscontrate nelle nostre realtà dovute, in gran parte, all'assenza di percorsi standardizzati e condivisi.

Molto interessante, sul fronte pratico, è anche l'esperienza della regione Campania che sta valutando un algoritmo per il monitoraggio della resistenza ai farmaci. L'idea è di Alessandro Perrella ed è nata all'Ospedale Cardarelli: si basa sull'impiego di una serie di algoritmi di "machine learning".

Si tratta di un sistema predittivo, utilizzato prevalentemente in finanza e meteorologia che, opportunamente modificato e adattato, consente di controllare la correttezza dei percorsi diagnostici e prescrittivi in ambito infettivo. Associando a tutti quelli che sono i normali percorsi previsti dal Piano Antibiotico-Resistenza del ministero della Salute (PnCar), prima ancora che dall'europeo Ecdc o dal Cdc di Atlanta, è stata implementata un'analisi deduttiva di tutto quello che era lo scenario infettivo e microbiologico dell'azienda in esame (il Cardarelli in questo caso).

Nel sistema sono stati inseriti tutti i germi multi resistenti categorizzati per reparto, modalità e motivo di accesso alle cure ospedaliere con relativo percorso diagnostico terapeutico, ne è stata validata la predittività simulando la risposta rispetto a dati reali già



in possesso e, settando tutti gli interventi in quei reparti che avevano una previsione di esplosione di infezione di germi multi-resistenti con dei correttivi ad hoc, alla fine si è riusciti ad abbassare di oltre un punto percentuale l'incidenza di infezioni multi-resistenti.

L'approccio insomma non è finalizzato soltanto a capire come va l'infezione ma anche alla comprensione di come si evolve una specifica infezione e come gli antibiotici cambiano nel loro modo di determinare la loro azione.

L'obiettivo è capire, con i "Big Data", come agire sul fenomeno

della resistenza, potenziando al contempo le microbiologie territoriali e quindi non concentrandosi soltanto sugli ospedali.

— **F.Me.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 14%

San Giorgio del Sannio • L'annuncio dell'Uccp

Medici di base, tamponi negativi

Sospiro di sollievo per il personale dell'Uccp di viale Manzoni, a San Giorgio del Sannio, che dopo aver effettuato i test presso il Palatedeschi di Benevento ieri ha conosciuto il responso: tamponi negativi. Lo ha annunciato la stessa Unità di cure complesse, che ha anche reso pubblico il nome del medico positivo - Giovanni Liviero - su sua richiesta.

“E' doveroso comunicare”, hanno spiegato dal presidio attraverso la pagina facebook ufficiale - che si è provveduto e si sta provvedendo tutt'ora ad avvisare chi tra i suoi pazienti e non, ha avuto un contatto diretto con lui stesso tra martedì 10 e mercoledì 11 novembre”.

Abbiamo contattato alcune persone che dopo la notizia hanno fatto ricorso al tampone e, al momento, non emergono contagi, ma c'è chi sta ancora aspettando il risultato.

Inoltre, dall'Uccp hanno fatto sapere che “in linea con la nuova ordinanza è possibile richiedere telefonicamente l'invio del promemoria (copia della ricetta) sull'email del paziente o di un suo familiare; e comunicazione del numero di ricetta elettronica.

A partire da oggi (*ieri per chi legge ndr*) tale procedura potrà essere applicata anche alla maggior parte dei farmaci erogati su ricette tosse del Servizio sanitario regionale. La nuova ordinanza non consente al medico l'invio delle prescrizioni sulle email delle farmacie”.



Peso: 22%

Rsa all'anno zero: ecco come spendere i fondi europei

Barbara Gobbi — a pag. 41

Residenze sanitarie. Il ministero della Salute punta a spendere fino a 1,5 miliardi: stop a babele di regole tra le Regioni, più tecnologie e umanizzazione delle cure

Rsa, l'anno zero dopo il Covid: ecco come spendere i fondi Ue

Barbara Gobbi

Punto e a capo sulle Rsa. O almeno si spera. Questo 2020 cui la pandemia ha già assegnato un posto di diritto nei libri di storia potrebbe almeno essere ricordato come l'anno zero di un nuovo modello di assistenza agli anziani. Così fragili che in Italia non siamo neanche in grado di contare quanti il virus ne abbia falciati, nel chiuso delle loro abitazioni, in un letto d'ospedale o nella stanza di una Rsa. Lo aveva già drammaticamente dimostrato la survey presentata a giugno dall'Istituto superiore di sanità (Iss), sui decessi nelle residenze sanitarie: il 41% dei morti erano "sospetti Covid". «E quell'indagine ha colto solo la punta dell'iceberg, perché appena il 40% delle strutture ha aderito. Di certo è emersa la difficoltà di censire il settore», spiega Graziano Onder, che all'Iss dirige il Dipartimento Malattie cardiovascolari, endocrinometaboliche e dell'invecchiamento.

Oggi con la seconda ondata dei contagi poco è cambiato nella sostanza: nelle Rsa circolano più dispositivi di protezione e ci si è attrezzati meglio per i tamponi, ma manca il personale e a parte le iniziative dei singoli gruppi il settore resta un far west. Tariffe, standard strutturali e setting assistenziali diversi tra Regioni e anche tra Province, nessuna classificazione univoca dei bisogni dei pazienti e quindi impossibilità di raccogliere dati certi e omogenei, scarsa preparazione sanitaria, tecnologie col contagocce, formazione

degli addetti inadeguata. Il pianeta Rsa in sintesi sfugge a misurabilità e controllo di qualità. Tanto che gli stessi gestori dei principali gruppi attivi in Italia si dicono pronti a sedersi a un tavolo con il ministero per concordare criteri comuni che li mettano al riparo dal fai-da-te dei territori - alimentato dal federalismo sanitario - e diano nuova linfa al settore. Facendo emergere, si spera, anche il tanto "nero" che c'è.

Il Covid insomma per le cure agli anziani fragili può diventare, dopo la tragedia delle morti silenziose, un'opportunità di chiarezza e qualità. In palio ci sono risorse mai viste: 1,5 miliardi di euro che figurano alla voce Rsa nell'elenco di proposte - in tutto 70 miliardi - con cui il ministero della Salute si è candidato a ottenere una fetta del Recovery Fund. Il capitolo delle cure alla terza età non autosufficiente viaggia su un doppio binario: da un lato l'assistenza domiciliare integrata (Adi) - l'Italia è fanalino di coda in Europa con appena 11 ore l'anno garantite - dall'altro la residenzialità. Di entrambe c'è estremo bisogno: già oggi sono 4,5 milioni gli ultra 80enni, di cui circa 800mila novantenni; il 33% dei nuclei familiari è "single" e di questi la metà ha più di 65 anni. Gli ospiti (stimati) delle Rsa sono 290mila, con età media di 87 anni. Il 70% ha problemi di demenza. «Molti anziani è impossibile seguirli a casa - spiega Roberto Bernabei, geriatra e componente del Comitato tecnico-scientifico - e allora invece di spingerli nell'imbuto del Pronto soccorso

va organizzata una filiera assistenziale che inizi da check sistematici nello studio del medico di medicina generale a partire dai 75 anni, per stimare le potenziali fragilità. Da qui eventualmente ci si orienta per l'Adi o per la Rsa, soluzioni che devono dialogare per mettere fine a questa Babele. Nelle residenze l'umanizzazione deve passare necessariamente per le tecnologie e per un sistema di valutazione dei bisogni dell'anziano uniforme e validato a livello internazionale, come l'Interrai, che consente di costruire il "fascicolo" indispensabile per ogni monitoraggio. Intanto in ospedale vanno attivate "Unità per la fragilità", con percorsi separati fin dal Pronto soccorso e una centrale di continuità assistenziale che al momento delle dimissioni sappia dove indirizzare l'anziano. I soldi in arrivo sono un'occasione da non sprecare», aggiunge Bernabei.

Intanto e sempre in vista della partita Recovery fund, all'Istituto superiore di sanità si lavora per dipanare il garbuglio Rsa: «Pensiamo a un sistema di monitoraggio sul modello del Piano nazionale esiti già applicato



agli ospedali – afferma Graziano Onder – ma prima ancora va definito l'identikit della Rsa valido per tutto il Paese. Poi bisogna riorganizzare la governance con criteri di qualità e strumenti che rendano comparabili le strutture, e inserire d'obbligo in ogni staff almeno un responsabile medico o un direttore sanitario esperto in geriatria e infezioni. Infine – conclude Onder – vanno migliorati abitabilità e spazi con standard tec-

nologici che facilitino il contatto con la famiglia anche in periodi come questo, quando il Covid alla fragilità somma la sofferenza della distanza dai propri cari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 1-1%, 41-28%

Le unità speciali scarseggiano. L'Emilia una delle poche regioni efficienti

Senza ecografi né emogas L'assistenza a casa è un flop

IL DOSSIER

CHIARA BALDI
MILANO

Mancano i medici di base, mancano le Unità speciali di continuità assistenziale (Usca) istituite a marzo e mancano gli infermieri di famiglia, istituiti con il Dl

Rilancio: la medicina territoriale fa acqua da tutte le parti anche e soprattutto nella seconda ondata. «Se consideriamo che nei prossimi 3-4 anni ci saranno circa 25 mila pensionamenti tra i medici di medicina generale e ne entreranno meno di 15 mila, è facile capire come affronteremo qualsiasi evento sanitario», spiega Domenico Crisarà, vicesegretario della federazione di categoria, la Fimmg. A Milano, già oggi ne mancano 56 in città, 160 se si comprende tutto l'hinterland, 600 se si considera l'intera Lombardia. Ma anche sul fronte Usca, i team di medici deputati all'assistenza

a casa di pazienti Covid non gravi, a livello nazionale, la situazione è drammatica. Anche perché, come ha chiarito ieri una sentenza del Tar del Lazio, «i medici di base risultano investiti di una funzione di assistenza domiciliare ai pazienti Covid del tutto impropria, che per legge dovrebbe spettare unicamente alle Usca». I numeri sono oscuri: «Pur chiedendone conto spesso, non si riesce a sapere. Il rapporto sarebbe di una Unità ogni 50 mila abitanti ma siamo a una ogni 102 mila», dice Crisarà. Una copertura del 49 per cento, come dice un rapporto di luglio dell'Altems, l'Alta Scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari che fa riferimento all'Università Cattolica. «Ma c'è molta disomogeneità tra le varie regioni e, in più, è probabile che dall'estate a oggi alcune Unità siano state disattivate», chiarisce Eugenio Di Brino, uno dei ricercatori che l'ha curato.

Una delle regioni più efficienti è l'Emilia Romagna con «oltre 60 Usca su un totale di 90», dice l'assessore alla Sanità Raffaele Donini, ma altrove la situazione non è così rosea. In Lombardia, ad esempio, secondo i dati della Regione ce ne sono 157 con 422 medici arruolati, ma dovevano essere 203 (con più o meno lo stesso numero di dottori). Ma in province come Varese e Milano oltre a essere poche – nel varesotto, una delle aree più colpite, sono 7 su 18 – hanno pure scarsità di mezzi: «Non abbiamo né ecografi polmonari né emogas, spesso andiamo dai pazienti e possiamo fare poco di più dell'auscultare il battito», denunciano alcuni medici delle Usca lombarde. È nel vuoto lasciato dal pubblico che si inserisce il privato: il San Raffaele di Milano, ad esempio, offre visite a domicilio a 450 euro. «In Lombardia manca un piano di assistenza domiciliare per i malati Covid,

la Regione deve attivarlo», chiedono i dem Samuele Astuti e Carmela Rozza.

C'è poi un terzo nodo: l'infermiere di famiglia, figura prevista dal Dl Rilancio per l'assistenza domiciliare ai malati "normali", sia in tempo di Covid che non. Ma sono poche le regioni che li hanno già messi in campo. Spiega Barbara Mangiacavalli, presidente Fnopi «Dovevano essere 9600 ma sono 950, il 10 per cento». —



Peso: 20%

L'esortazione di Antonio Novissimo a capo del laboratorio Salus

“Intercettare ora gli altri virus influenzali”

“Il Covid-19? Sì, ma arriva la classica influenza”

Presso il nostro centro, ci siamo dotati di quanto necessario per svolgere tutti i tipi di test: possiamo svolgere tutte le ricerche, da quella dell'antigene Covid-19 a quelle che comprendono tutti gli altri virus respiratori...”. Antonio Novissimo, a capo del Laboratorio di Analisi Salus, al civico 1 di piazza Vincenzo Calenda a Napoli, tace per un momento, poi riprende: “...se lo facciamo noi, credo che non manchi nulla alla sanità pubblica per fare la stessa cosa, invece di impiegare migliaia di euro a iosa per tamponi a tappeto”. Va bene, ma fare cosa?

“Mi segua. Stiamo affrontando un virus respiratorio che è il Covid-19 – dice Novissimo – i cui sintomi sono comuni ad altri virus respiratori: influenza A, influenza B, virus parainfluenzali (1, 2 e 3), Rsv (virus respiratorio sinciziale), Rinhovirus, Adenovirus, Coxsackievirus, Coronavirus Sars-Cov2. Se i sintomi sono gli stessi nessuno sta tenendo conto di un particolare”. Di cosa si tratta? “Ecco, tenga conto che oggi, qua a Napoli, c'è ancora un clima primaverile. Prima o poi, però, arriverà l'inverno: ovvero freddo, umidità, pioggia”. Beh, naturale... “Appunto, naturale. Ci saranno molti sintomatici con il solito raffreddore, accompagnato da starnuti e tosse. Visto che è tanto 'naturale', pongo un quesito: in questi casi quale sarà la diagnosi dei medici? Cosa dovranno attenzionare? Il Covid-19 o gli innumerevoli tipi di influenza?”.

Il problema si pone, è vero:

e Novissimo lo fa emergere adesso. “Certo – continua – poiché stiamo tutti guardando in un'unica direzione: il Coronavirus. Non sarà però il caso di pensare in anticipo ad un rilevamento più serio?”.

Bella domanda. Sì, ma come? “Ad esempio, pensando in anticipo; e pensare in anticipo vuol dire che, laddove si verificassero referti negativi al Covid-19, dovremo strutturarci per essere in grado di guardare subito agli antigeni, possibili da rilevare, degli altri virus respiratori. La mia proposta, quindi, è volta ad intercettare dall'influenza A, che è la più comune, all'Adenovirus, fino al Rinhovirus o l'Rsv”. Tutto questo è veramente possibile? “Altro che. Questi virus possiedono tutti un minimo comun denominatore: la presenza di febbre, mialgia, dolori articolari, raffreddore. Per fare una diagnosi, a questo punto, sarebbe necessario ed importante effettuare test; test in grado di rilevare la presenza di antigeni ad hoc, effettuando così una discriminazione proficua tra i virus intercettati, e determinando una diagnosi con la D maiuscola, degna di un monitoraggio che rende onore al significato di questo nome”.

È verosimile che sinora nessuno lo abbia proposto? “Sino ad oggi – risponde Novissimo – mi sembra che nessuno ne abbia parlato e, per quanto mi è dato capire, nessuno ci sta nemmeno pensando. Se ciò fosse vero,

sarebbe grave. Tra poco si paleseranno i sintomi influenzali di massa, e sarebbe insopportabile non sapere, ad ogni esame compiuto, se trattasi di Covid-19 o altro virus influenzale”.

Per diagnosi del genere, però, serviranno test specifici... “Certo. In questo senso è bene far sapere che oltre a determinare la presenza del RNA o dell'antigene del Covid-19, fortunatamente esistono test con i quali possiamo conoscere la presenza di antigeni di altri virus respiratori. Un consiglio, insomma: i medici guardino anche in questa direzione, e non si limitino a mirare solo al Covid-19”.

Su temi tanto delicati, normale ritenere pro domo sua il ragionamento di Antonio Novissimo. “Credo proprio di no – precisa il timoniere di Salus – non ho bisogno di questo. Credo fermamente che dobbiamo ristabilire verità scientifiche. La mia formazione proviene da un grande infettivologo, Giancarlo Vecchio. Col tempo ho capito che i “grandi”, ed è



comprensibile, occupandosi di ricerca teorica si distanziano dalla realtà quotidiana. Per me, invece, è stato determinante svolgere continuamente ed intensamente l'attività di laboratorio, ovvero applicarmi alla diagnostica di laboratorio". E con questo? "Con questo dico che, ogni giorno, ascolto

interventi di esimi professori e, spesso, resto sbalordito". Da cosa? "Dopo quanto le ho detto - sorride Novissimo - faccia un po' lei".



Il Laboratorio di Analisi Salus, al civico 1 di piazza Vincenzo Calenda a Napoli



Sulla destra Antonio Novissimo, all'interno dei suoi laboratori



Fase di lavorazione presso il Laboratorio di Analisi Salus



Peso: 51%

Pozzuoli

PalaTrincone, test in auto con l'aiuto dell'Esercito

DRIVE THROUGH

Pasquale Guardascione

Sarà attivo da questa mattina il nuovo drive through, nel parcheggio nei pressi del pala Trincone di Monterusciello, per praticare i tamponi covid-19. Tutto questo consentirà di alleggerire il lavoro del drive-in presso l'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli.

Nel pomeriggio di ieri, è terminata l'installazione delle due tende da parte degli uomini dell'esercito e della segnaletica attorno alla zona. Le persone arriveranno direttamente in auto, munite obbligatoriamente della prenotazione presso l'asl Napoli 2 nord e della mascherina: senza scendere dall'autovettura gli sarà praticato il tampone direttamente dal finestrino. Un'iniziativa che rientra nel

progetto "Igea" e che è stata realizzata grazie alla collaborazione tra il comune di Pozzuoli, la protezione civile comunale, l'asl Napoli 2 nord e l'esercito italiano.

L'ORGANIZZAZIONE

Nel drive through ci sarà personale sanitario specializzato delle forze armate: un ufficiale medico e due infermieri sottufficiali dell'esercito, oltre naturalmente al personale dell'azienda sanitaria locale Napoli 2 nord. Si prevede un minimo di almeno 150 tamponi giornalieri praticati dal personale medico solo su indicazione dell'asl.

Questa mattina in occasione dell'avvio delle attività, intorno alle 11 saranno presenti il gene-

rale di corpo d'armata Giuseppe Nicola Tota, il sindaco di Pozzuoli, Vincenzo Figliolia, e il direttore dell'asl Napoli 2 nord, Antonio D'Amore.

Le persone una volta nel parcheggio dovranno esibire la prenotazione dell'asl Napoli 2 nord e successivamente sempre seduti nelle vetture attraverso un percorso arriveranno ai punti prelievo dei campioni. L'obiettivo è alleggerire il lavoro dei laboratori privati e delle strutture ospedaliere facendo in modo di accelerare i tempi di attesa alle persone che necessitano un tampone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 11%

Il dossier degli ispettori “Ecco tutte le criticità degli ospedali sul Covid”

Le tre pagine che registrano i rilievi degli inviati del ministero della Salute con i carabinieri del Nucleo antisofisticazione saranno inoltrate alla Procura

Tre pagine che, seppur in estrema sintesi, bacchettano la «mancata programmazione» di un Piano anti-Covid per il temuto autunno nero. La relazione degli ispettori inviati, insieme con i carabinieri del Nas, dal ministro Roberto Speranza, indica - come anticipato ieri da *Repubblica* - le fragilità strutturali del sistema sanitario. Sarà ora passata ai vertici dei presidi. E il documento firmato dai tecnici e condiviso con i militari del Nucleo antisofisticazione, sarà inviato, per conoscenza, anche alla Procura di Napoli.

Intanto, quei rilievi hanno già prodotto un primo risultato. Al Cotugno, polo d'eccellenza per le malattie infettive - preso d'assalto da tanti pazienti di cui la Medicina territorial e le Asl non riescono a prendersi cura - sta per essere completata la realizzazione della nuova tensostruttura che servirà ad accogliere i positivi in attesa di diagnosi definitiva o ricovero: potranno aspettare, non nella loro auto privata, con la bombola d'ossigeno, ma in condizioni più dignitose e con la possibilità di essere collegati ai bocchettoni di ossigeno della nuova tenda. Ecco la “fotografia” dei vari presidi.

Monaldi e Cotugno. Il Monaldi è l'unico ospedale in cui non ci sono code. «Non essendo quell'ospedale provvisto di Pronto Soccorso, non si sono rilevati assembramenti di persone e autoveicoli». Per il resto, la squadra di cinque tecnici

inviati il 9 e 10 novembre scorso dal Ministero della Salute, accompagnati dai carabinieri del Nas, guidati dal colonnello Vincenzo Maresca, registrano che tutti i posti di Terapia Intensiva (28) sono occupati, ma anche che «per l'approccio terapeutico si predilige ormai il ricorso alla Sub-intensiva». I problemi sono spesso indipendenti dall'impegno profuso da medici e infermieri. «Il notevole aggravio di lavoro» - scrivono infatti - «è derivato da una quasi totale assenza di appropriato coordinamento tra Azienda ospedaliera, Asl (Usca) e Medicina generale. Ciò comporta un iper-afflusso di pazienti, anche di quelli potenzialmente trattabili a domicilio». Con ritardi che possono essere fatali: «un mancato avvio precoce dei trattamenti in grado di evitare l'aggravamento delle condizioni e i ricoveri». Non solo: si ribadisce la «carenza di personale specialistico». E, punto dolente: «Nonostante il percorso del paziente e l'approccio diagnostico siano appropriati e protetti (dentro, ndr), l'elemento di assoluta criticità è rappresentato dall'assenza di qualsivoglia area protetta e coperta dove allocare i pazienti in attesa di visita e/o successivo trasferimento. Si tratta di soggetti che, in più del 70 per cento dei casi, sono positivi e sintomatici». Al Cotugno, infatti, gli 007 rileveranno che «al momento della visita ispettiva, erano presenti nel viale di accesso i veicoli privati», in ciascuno «era presente un paziente

sotto ossigenoterapia».

Ospedale del Mare. Gli ispettori registrano il sovraffollamento e la mancanza di medici, non sono attivati tutti i posti letto. «L'afflusso giornaliero attuale è di 150 pazienti al giorno, di cui 50 Covid. L'ospedale è provvisto di un'area prefabbricata con capacità massima di 72 posti letto di Terapia Intensiva (Ti): attualmente sono dichiarati 32 attivi, di cui 16 occupati». E gli altri? «Come dichiarato dal Dg, sarà necessario reclutare rianimatori», anche tramite «sospensione» di Ti al Loreto Mare e al San Giovanni Bosco.

Cardarelli. «Da quanto dichiarato, l'accoglienza viene garantita a tutti, e nel Pronto Soccorso sono assicurate aree per la sosta e attesa». Resta però il «collo di bottiglia» e l'affollamento di pazienti Covid. Proprio 24 ore dopo queste dichiarazioni dei vertici agli ispettori, ecco la morte di Giuseppe Cantalupo in condizioni choc in quel reparto. E l'invio di altri tecnici per una ispezione ad hoc.

— **conchita sannino**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Su Repubblica



Nell'edizione di ieri
l'anticipazione sul dossier

“Quasi totale assenza di coordinamento tra Azienda ospedaliera Asl (Usca) e Medicina generale”



In coda
Nella foto alcune auto fuori dal Cotugno. Una scena che si ripete ormai da diversi giorni



Peso:4-34%,5-3%

L'ossigeno scarseggia un silos all'Umberto I

NOCERA INFERIORE

Nello Ferrigno

La carenza di contenitori per l'ossigeno inizia a farsi sentire anche negli ospedali e nelle ambulanze. Sta capitando sempre più spesso che i mezzi di soccorso sono costretti a lunghe file prima di poter consegnare l'ammalato ai medici e durante l'attesa il paziente Covid consuma diverse bombole di ossigeno. Quando la dotazione dell'ambulanza è esaurita tocca all'ospedale rifornirla. Per sopperire a questa ulteriore criticità, il direttore sanitario del Dea di primo livello di Nocera, Maurizio D'Ambrosio, ha chiesto alla direzione generale dell'Asl Salerno di poter installare nel piazzale dell'Umberto I dei silos di ossigeno sia liquido che gassoso. «In questo modo - ha spiegato il medico - si supererebbero le difficoltà che si stanno riscontrando». Allo studio nuovi provvedimenti per ridurre la pressione sul pronto soccorso ospedaliero e razionalizzare il personale in

servizio. Sospesi da tempo i ricoveri in Medicina generale, si sta pensando ad un reparto Covid per cercare di far funzionare al meglio l'emergenza urgenza dando, inoltre, un supporto al pronto soccorso. Potrebbe aprire entro questa settimana, ma c'è bisogno di incrementare il personale a disposizione coinvolgendo anche medici ed infermieri di quei reparti che in questo periodo hanno visto notevolmente ridotta la propria attività. La macchina per analizzare i tamponi ha superato il rodaggio. A una settimana dalla consegna al laboratorio di microbiologia, riesce a processare quasi 200 tamponi al giorno. Nelle prossime ore dovrebbe andare a regime con 400 test al giorno riducendo l'attesa dei pazienti sospetti che devono essere ricoverati.

LE CRITICITÀ

Elevate criticità si registrano all'ospedale di Sarno dove non si riesce più a garantire la nor-

male apertura del pronto soccorso per la contemporanea presenza di ammalati Covid-19. La parlamentare del M5S, Virginia Villani, ha chiesto all'Asl di allestire al «Martiri di Villa Malta» un reparto Covid, come fatto già durante la prima ondata, se non trasformare l'intero plesso per assistere gli ammalati positivi al virus. «Ritengo fondamentale - ha detto la parlamentare - il ripristino del reparto Covid vicino alla Cardiologia incrementando i posti letto. Bisogna riaprirlo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 10%