



Lo scenario

(C) Il Mattino S.p.A. | ID: 00560080 | IP: 109.168.118.165

La sfida di Caldoro: i Policlinici nell'emergenza

Strutture universitarie a supporto del pronto soccorso, ma i prof fanno resistenza

Gerardo Ausiello

Da un lato la riorganizzazione della rete delle emergenze con il nodo dei Policlinici, dall'altro il potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, quelle cioè che fanno capo ad Asl e distretti. È un piano in due mosse quello studiato dalla Regione per far fronte ai gravi disagi del pronto soccorso a Napoli, sovraffollati e incapaci di reggere l'assalto quotidiano dei pazienti dopo i tagli determinati dai conti in rosso. In sofferenza sono soprattutto Cardarelli, Loreto Mare e San Giovanni Bosco, che accolgono non solo ammalati dalla città ma anche dai comuni dell'hinterland e spesso dalle altre province.

L'altra faccia della medaglia sono invece i Policlinici, della Federico II e della Seconda Università di Napoli, che non devono sopportare lo stress del pronto soccorso e di conseguenza non hanno un problema quotidiano con le barelle. La soluzione, allora, sarebbe quella di coinvolgerli nella rete delle emergenze, anche perché i costi di mantenimento di tali strutture sono da sempre molto elevati. È un obiettivo, questo, che viene inseguito da tempo dalla Regione (prima con Bassolino e poi con Caldoro) ma finora senza risultato. Basti pensare che nel piano di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, approvato nel 2010 al termine di un lungo iter, si parla espressamente proprio di questa improcrastinabile esigenza.

Uno dei scogli maggiori da affrontare è rappresentato dalle resistenze dei docenti universitari, che i medici ospedalieri chiamano «baroni» per i loro privilegi. Ora la giunta Caldoro punta ad accelerare su questo versante mentre in parallelo lavora ad una più intensa sinergia tra il Cardarelli e il suo pronto soccorso da un lato, il Monaldi e lo stesso Policlinico Federiciano dall'altro. Sul fronte dell'assistenza territo-



Il piano
Sul territorio
300 punti
di primo
intervento
un filtro
per alleggerire
gli ospedali

riale, invece, la rivoluzione (che scatterà nelle prossime settimane per poi entrare nel vivo entro fine anno) prevede l'istituzione di presidi oggi esistenti solo sulla carta: le Uccp, ovvero le unità complesse di cure primarie. Di cosa si tratta? Di strutture in grado di fornire primi soccorsi ma che non sono costose e complesse come il pronto soccorso ospedaliero. Saranno in funzione 7 giorni su 7, 24 ore su 24, e potranno disporre di medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, medici della continuità

assistenziale (le guardie mediche) nonché di unità infermieristiche e di operatori che potranno muoversi sul territorio. Un cittadino che dovesse accusare un malessere potrà allora rivolgersi a queste unità che effettueranno le prime diagnosi. In molti casi, secondo gli esperti, i problemi di salute sono infatti risolvibili senza particolari interventi o senza ricorrere alla chirurgia. Si pensi ai tantissimi codici bianchi ospedalieri, a fronte dei quali la Regione ha istituito un ticket aggiuntivo a quello statale (il costo totale della prestazione è 50 euro).

D'accordo, ma perché un paziente dovrebbe rivolgersi ad un'unità complessa territoriale con il rischio di dover poi essere comunque trasferito in ospedale? L'idea della Regione, che con il capidipartimento della Salute Ferdinando Romano sta lavorando senza sosta al progetto, è che sarà più conveniente per il cittadino farlo poiché le Uccp si troveranno in media a pochi chilometri da casa. In tutta la Campania ne dovrebbero sorgere oltre 300, così suddivise: nelle città più grandi ce ne sarà una per non più di 30mila abitanti; per quelle medie ogni 15mila abitanti; per quelle a bassa densità (si pensi al Cilento o alle aree interne, dall'Irpinia al Sannio) l'Uccp servirà un bacino di 5-10mila persone. Non solo. Un altro vantaggio sarà rappresentato dal raccordo telematico tra queste strutture e gli ospedali in una rete della salute che provvederà a prendere in carico il paziente e ad accompagnarlo fino alla risoluzione del problema. L'istituzione di queste unità sarà propedeutica ad un altro obiettivo altrettanto ambizioso: la telemedicina. Quando sarà realtà, un paziente cardiopatico potrà effettuare comodamente a casa un elettrocardiogramma e trasmetterlo in tempo reale ai medici di turno, che effettueranno la diagnosi e decideranno sul da farsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le criticità

La sinergia tra strutture di ricerca medica e cura già nel piano sanitario 2010



I costi

Investimenti nelle università per garantire la formazione ma obblighi assistenziali ridotti



I disagi

Nessuna preselezione anche le piccole patologie finiscono nei nosocomi

L'evoluzione

Emergenza così cambia il servizio

In Italia, il concetto di pronto soccorso è stato ormai superato dal più ampio Dipartimento d'Emergenza e Accettazione, tuttavia esistono ancora, in ospedali minori, dei servizi di Pronto Soccorso che non configurano la complessità assistenziale del Dea ma sono in grado di fornire servizi di emergenza e urgenza. Alcuni servizi a complessità minore sono detti Punti di Primo Intervento e si differenziano dai Pronto Soccorso in quanto i pazienti vi possono accedere solo autonomamente e non accompagnati da un'ambulanza del servizio di Azienda Regionale Emergenza Urgenza 118 ed inoltre possono fornire un servizio anche solo sulle 12 ore invece che sulle 24 ore.

Cardiologia, stop per il pavimento nuovo e il 25 luglio la palazzina 10 chiuse i battenti

Il retroscena

Bocche cucite dopo le accuse: quei lavori erano indispensabili i Nas potevano bloccare il reparto

Marisa La Penna

Bocche cucite tra i vertici della Cardiologia del policlinico Federiciano, il cui titolare di cattedra - tra i nomi con maggiore visibilità medica per i suoi straordinari interventi soprattutto pediatrici e per le missioni umanitarie nei territori di guerra, a cominciare da quelli Palestinesi - è a capo della struttura sanitaria dal 2008, quando lasciò il Monaldi (e la seconda Università) dove dirigeva la cardiologia per bambini.

Non vogliono parlare, dunque, nel reparto al terzo piano della palazzina 10 del nuovo policlinico che è stato chiuso dallo scorso 25 luglio per fare effettuare lavori inidonei, improcrastinabili. Le saracinesche della struttura sono state abbassate a fine luglio per consentire gli interventi per la ripavimentazione della terapia intensiva e la bonifica dell'intero reparto. Così come prevede una legge precisa in materia.

Nè vogliono entrare nel merito del «caso», denunciato sulle pagine del nostro giornale da Giuseppe Galano, presidente dell'Aaroi, il sindacato dei medici anestesisti e rianimatori, nonché direttore della centrale operativa regionale del 118. Vale a dire la concomitanza di chiusura delle tre cardiologie cittadine.

Nella terapia intensiva del repar-



La storia

Dal 1972 una città con 3.400 «abitanti»

La costruzione, progettata da Carlo Cocchia e iniziata nei primi anni sessanta terminò nel 1972. Nel 1995 diventa «Azienda Ospedaliera Policlinico», e il 1° gennaio 2004 ha assunto l'attuale nome di Azienda Ospedaliera

Universitaria in seguito a un protocollo d'intesa stipulato nel 2003 tra l'Università degli Studi di Napoli «Federico II» e la Regione Campania. La struttura ospedaliera si estende per un totale di 440.000 metri quadrati di superficie con 21 edifici a

destinazione assistenziale, per un totale di 1000 posti letto per ricoveri ordinari e 200 posti letto per day hospital. Il totale di impiegati, tra medici, infermieri, tecnici, ausiliari è di circa 3400 unità.



Il sistema
Nessuno avrebbe chiesto di fermare a rotazione tra gli ospedali

to finito nell'occhio del ciclone del policlinico dell'Università Federico II c'era il bisogno urgente di fare eseguire lavori alla pavimentazione. D'altra parte se non l'avessero fatto incorrevano nel rischio di chiusura. Se i Nas, il nucleo dei carabinieri che si interessa di sanità, avessero fatto un sopralluogo, presumibilmente avrebbero imposto l'alt alle attività sanitarie. E poi si sono dovuti effettuare gli interventi di bonifica che vengono eseguiti con periodicità - anche due volte all'anno - come impone la legge.

Perché non c'è stato coordinamento tra le tre strutture? E perché non è stato chiesto di effettuare le chiusure dei reparti a turno, in modo da garantire su Napoli una presenza di almeno una cardiologia? Neppure a queste domande si intende rispondere. Ma certamente il problema vero è il mancato coordinamento di questi centri di vitale importanza.

Sta di fatto che la cardiologia del Monaldi era parzialmente attiva perché hanno ricoverato gli adulti nel reparto pediatrico per continuare a garantire il servizio.

La mancata tempestività in un intervento come la dissecazione aortica può compromettere la vita di un paziente? Per la dissecazione aortica c'è un'altissima percentuale di mortalità. Fino al quaranta per cento. La dissecazione o dissecazione aortica è una malattia vascolare relativamente rara gravata da una alta mortalità se non trattata con chirurgia d'urgenza. È caratterizzata dallo slaminamento della tonaca media del vaso con formazione di un secondo lume detto «falso lume».

In casi del genere il paziente va messo immediatamente sul tavolo operatorio. Attendere l'ok da un ospedale lontano può essere dunque fatale per il paziente che potrebbe morire per dissanguamento. Il decesso infatti sopraggiunge per shock in seguito a rottura dell'aorta e grave emorragia interna.

© RIPRODUZIONE RISERVATA