

i **f**ocus
del Mattino

Cardiochirurgia nove strutture e un buco nero

Maria Pirro

È la «partita del cuore». Per vincerla, bisogna correre verso l'ospedale attrezzato. Ma il percorso è a ostacoli come raccontano i fatti di cronaca e i dirigenti medici dell'emergenza cardiologica. Chi ha dolore al torace, e chiama il 118, viene trasportato nell'ospedale più vicino, che però potrebbe non avere strumenti adeguati per le terapie. «Questo accade perché non possiamo eseguire gli esami preliminari a casa o per strada, le ambulanze non hanno le attrezzature necessarie», chiarisce Giuseppe Galano, direttore del 118 nonché presidente campano degli anestesisti di **Aaroi-Emac**. **> In Cronaca**





La denuncia

Il direttore del 118 Galano: «Non tutte le Asl hanno fatto gli acquisti necessari»



La spesa

2,1 milioni di euro per il bando aggiudicato dalla Sorsa la società di acquisti regionale



I tempi

Intervenire entro 90 minuti riduce il rischio di danni gravi e la mortalità

«Pronto soccorso aperti nei Policlinici»



Occorre aprire i pronto soccorso nei policlinici. Lo sa bene il governatore Vincenzo De Luca, che lo ha annunciato nel suo programma. Per procedere, la riorganizzazione deve essere inserita nel nuovo protocollo di intesa tra Università e Regione Campania che è allo studio. Far rientrare la Federico II a pieno titolo nella rete può essere utile anche per la cardiocirurgia. E quindi anche per velocizzare il trattamento in caso di infarto. Il tempo ideale per intervenire è di 90 minuti, per l'angioplastica primaria. E ormai dimostrato che la rapidità dell'operazione equivale a grammi di muscolo cardiaco che vengono salvati, prevenendo lo scompenso cardiaco, che è una delle patologie più complesse.



L'emergenza

Cardiocirurgia, la «rete» che non riesce a decollare

Tra ospedali e cliniche il progetto pilota in ritardo

Maria Pirro

È la «partita del cuore». Per vincerla, bisogna correre nella direzione giusta. Ossia, verso l'ospedale attrezzato per le cure. Ma, ancora oggi, il percorso è a ostacoli come raccontano i fatti di cronaca e i dirigenti medici che lavorano nell'emergenza cardiologica.

Anzitutto, della diagnosi non v'è certezza. Chi ha un dolore al torace, e chiama il 118, viene trasportato nell'ospedale più vicino, che però può non avere strumenti adeguati per le terapie. «Questo accade perché non possiamo eseguire gli esami preliminari a casa o per strada, poiché le ambulanze non sono dotate delle attrezzature necessarie», chiarisce Giuseppe Galano, direttore del 118 nonché presidente campano del sindacato degli anestesisti Aaroi-Emac. Di provvedere se ne discute da un decennio, almeno.

Un esempio? Il progetto dell'Asl Napoli 1 chiamato «Muse» per eseguire l'elettrocardiogramma in ambulanza, trasmettere i tracciati tramite il telefonino e ottenere un consulto in tempo reale. Rimasto nel cassetto perché la rete avrebbe dovuto essere creata già allora a livello regionale. Ora la svolta è data per imminente: una gara è stata aggiudicata dalla Sorsa, la società di acquisti regionale per una spesa complessiva di 2,1 milioni. «Ma si registrano dei ritardi nell'acquisizione del sistema, perché alcune attrezzature come i server sono comuni, ma non tutte le Asl e gli ospedali hanno effettuato gli acquisti di loro competenza», chiarisce Giovanni Esposito, professore universitario di cardiologia alla Federico II nonché coordinatore scientifico del tavolo tecnico istituito nel 2014 a Palazzo Santa Lucia.

Secondo il cronoprogramma originario, la rete per l'infarto (per interventi



Organizzazione
La rete di soccorso cardiologico prevederebbe il soccorso ai pazienti entro 90 minuti

re entro 90 minuti, e quindi ridurre i danni al cuore e la mortalità) avrebbe dovuto diventare operativa già a gennaio nella provincia-pilota di Salerno. Il via qui è slittato agli inizi dell'estate, a Napoli a settembre. Il sistema prevede che l'elettrocardiogramma, collegato al server centrale, consenta di inviare il tracciato al reparto (unità coronarica) competente per fare la diagnosi e quindi decidere in anticipo la destinazione del paziente: se ha bisogno di un'angioplastica, è previsto il trasferimento in una struttura attrezzata per operare, così da evitare il doppio viaggio o ping-pong tra un centro e l'altro, e non perdere tempo prezioso.

I centri più importanti, detti hub, sono quelli dotati di cardiocirurgia, cardiologia, emodinamica e terapia intensiva coronarica, presenti nelle seguenti strutture in Campania: Monaldi, Ruggi, Moscati, Rummo, ospedale di Caserta e Federico II. In aggiunta, per Napoli, ci sono Cardarelli, Loreto Mare e San Giovanni Bosco, che però non possono gestire tutte le emergenze cardiocirurgiche (perché manca la cardiocirurgia).

Mentre a Pozzuoli e Castellammare i reparti di emodinamica sono previsti, ma non ancora in funzione. Naturalmente, la rete tra ospedali non è operativa. «Perché è indispensabile attrezzare prima le ambulanze di modo che si possa fare la diagnosi prima del trasporto in ospedale», spiega Esposito. In attesa della svolta, capita che sale operatorie e posti letto nei centri specialistici siano tutti occupati. «È accaduto anche nella notte tra mercoledì e ieri», dice Galano, che registra come la ricerca del 118 abbia avuto esito negativo. «A quel punto l'ospedale affronta l'emergenza in autonomia».

Il nodo resta far funzionare la rete, quindi avere una cabina di regia. Esposito spiega: «Con la nuova organizzazione, è previsto che il paziente possa essere operato anche in una struttura che non ha letti disponibili, e poi sia eventualmente trasportato, dopo la chirurgia, in un altro ospedale detto spoke». Due o tre ne sono individuati in ogni provincia. Tutti in ospedali pubblici, mentre le sinergie con i centri privati accreditati restano parziali. «Non sono coinvolti in questa prima fase perché di notte non accettano pazienti tramite il 118, ma l'intenzione è quella di allargare la rete», aggiunge Esposito. Già oggi, «di domenica e nei giorni festivi è molto difficile trasferire i pazienti nelle strutture convenzionate», allarga le braccia Bernardino Tuccillo, primario del Loreto Mare che provvede a un alto numero di interventi: 250 angioplastiche all'anno per infarto, 800 in totale e mille procedure di emodinamica programmate.

«Quando non c'è alternativa, il paziente resta in barella anche dopo l'operazione». Ancor più complessa è la ricerca per la cardiocirurgia. «Servirebbe avere una camera operatoria sempre libera in ambito regionale», propone Galano. Secondo una sua analisi sui trasferimenti eseguiti a Napoli dal 118 e riferiti al 2014, sono stati inviati un centinaio di pazienti al Monaldi, una sessantina alla Federico II; mentre si contano sulle dita delle mani gli ammalati portati nei centri accreditati. «Ma un vero problema è anche la carenza di personale», interviene Carlo Vosa, direttore della cardiocirurgia della Federico II, che spiega: «Io ho dodici posti in terapia intensiva, ma ne possono tenere solo cinque in funzione perché mancano gli infermieri. Inoltre, per effetto di una riduzione dei posti letto anche in reparto è molto difficile accettare pazienti di emergenza anche se a giorni alterni arrivano richieste. Per fronteggiarle tutte, sarebbe decisivo anche aprire il pronto soccorso ai policlinici». Tuccillo aggiunge: «Al Loreto Mare, in funzione 7 giorni su 7, 24 ore su 24, anche io, che sono il primario, faccio i turni e garantisco la reperibilità perché solo tre colleghi medici non potrebbero reggere». Sembra un'impresa fare tutto. Eppure, ci sono regioni in cui tutto questo funziona da anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

