

stampa | chiudi

SALUTE

Ora solare, il cambio fa bene al cuore

Lunedì cala il rischio di infarto

In genere nel primo giorno della settimana c'è un picco ma con il cambio ora (e un maggior sonno) ci sarà un calo del 10%

NOTIZIE CORRELATE

Fa bene non solo all'umore, perché si dorme un'ora in più, ma anche alla salute: il passaggio all'ora solare che ci sarà nella notte tra sabato e domenica è un toccasana anche per il cuore, al punto che la giornata di lunedì sarà quella con meno rischio di infarti dell'anno. Lo spiegano i medici internisti riuniti per il 114° Congresso nazionale della Società italiana di medicina interna (Simi), a Rom che alla relazione tra disturbi del sonno e malattie cardiovascolari dedicheranno una delle sessioni del programma congressuale.

IL GIORNO NERO - Il lunedì è noto per essere il «giorno nero» per gli infarti, che proprio all'inizio della settimana hanno il picco di massima incidenza perché si sommano tre fattori di rischio determinanti per l'insorgenza di patologie cardiovascolari: il dormire meno, il dormire peggio, ossia in orari non consoni rispetto a quanto richiesto dal nostro naturale orologio biologico e lo stress caratteristico dell'inizio settimana contribuiscono all'attivazione del sistema nervoso simpatico e al rilascio di citochine pro-infiammatorie che spianano la strada all'infarto.

IL CALO DI INFARTI - Ma secondo gli internisti lunedì prossimo sarà un'eccezione, tanto che si stima che il numero di infarti calerà in quel giorno di circa il 10% rispetto a un generico giorno della settimana nel resto dell'anno. «Quando in primavera si passa all'ora legale - spiega Gino Roberto Corazza, presidente della Simi - secondo recenti studi, la mancanza di sonno prima del riadattamento del nostro orologio biologico aumenta il grado di infiammazione e lo stress ossidativo a livello dei vasi arteriosi, e il sistema immunitario risponde peggio agli stimoli esterni: tutti elementi che rendono più probabile l'insorgenza di disturbi cardiovascolari acuti dopo il cambio dell'ora e soprattutto al lunedì, quando a tutto questo si aggiunge lo stress dell'inizio della settimana».

MA NON VALE PER GLI ANZIANI - Con l'ora solare avverrà il contrario. Anche se, spiega l'esperto, «il vantaggio non è evidente negli anziani, probabilmente perché in questi ultimi la quantità di sonno è più costante, non più influenzata dalla necessità di puntare la sveglia presto al mattino, oltre al venir meno dello stress da inizio settimana. La possibilità, inoltre, di poter essere svegli e attivi sfruttando al meglio le ore meno fredde e più luminose della giornata contribuisce al maggior benessere».

Lunedì, 28 Ottobre 2013, 08.14

Farmacista33

Spesa ospedaliera, Siviero (Aifa): migliori sinergie per un maggiore controllo

TAGS: ORGANIZZAZIONE E AMMINISTRAZIONE, PROFESSIONI SANITARIE, REPARTI OSPEDALIERI, STRUTTURE SANITARIE, COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA, SPESA FARMACEUTICA, SERVIZI FARMACEUTICI, FARMACIA OSPEDALIERA, AMMINISTRAZIONE OSPEDALIERA



«Per un maggiore controllo della spesa farmaceutica ospedaliera occorre sviluppare sinergie simili a quelle che medici di famiglia e farmacisti hanno realizzato a livello territoriale». Lo sottolinea a Farmacista33 **Paolo Siviero**(foto) direttore del Centro Studi dell'Aifa commentando il dato sulla spesa farmaceutica ospedaliera e il suo continuo sfioramento. «Il tetto sulla spesa ospedaliera» spiega Siviero «è notoriamente inadeguato. Si è passati dal 2,4% del 2012 al 3,5% del 2013 che comunque non arriva a coprire quella che è l'effettiva necessità. Ma lo

stesso ministero dell'Economia e delle Finanze aveva preannunciato uno sfioramento per il 2013. Ciò premesso» continua il rappresentante dell'Aifa «bisogna anche dire che la spesa farmaceutica ospedaliera non era sottoposta a tetto, e l'eventuale inadeguatezza prescrittiva può essere corretta proprio grazie all'introduzione di un tetto di riferimento, che potrebbe favorire nel tempo comportamenti più virtuosi».

C'è però anche il capitolo innovazione che, come spiegato dal direttore generale dell'Aifa **Luca Pani** al recente Congresso Sif, con molecole "personalizzate" è destinato a subentrare al modello blockbuster ormai sul viale del tramonto e impatterà in maniera sempre più rilevante sulla spesa. «È evidente» sottolinea l'esperto «che la spesa ospedaliera è quella su cui insistono di più le innovazioni e quindi c'è da attendersi un fabbisogno sempre più consistente». Da questo punto di vista Aifa mette in campo nuovi strumenti come, per esempio, i modelli di valutazione dell'innovatività terapeutica che consentono di valutare l'efficacia terapeutica e l'effettivo rapporto beneficio/costo dei farmaci. «Uno strumento di trasparenza e chiarezza necessario, ma non è il solo» spiega «anche con le Regioni bisogna sviluppare un dialogo all'insegna della trasparenza per evitare differenze regionali nell'accesso ai farmaci e duplicazioni a livello regionale». In chiusura Siviero rivolge un plauso al ruolo svolto dai farmacisti territoriali nel controllo della spesa. «Ospedaliera e territoriale sono due tipologie di spesa profondamente diverse e difficilmente comparabili ma il ruolo svolto dai farmacisti territoriali è sicuramente importante e ancora di più lo sarà con l'avvento della farmacia dei servizi» conclude.

PSICHE, A RISCHIO1 TEEN SU 5 ANORESSIA A NOVE ANNI



ROMA Bimbe che si controllano ossessivamente allo specchio e arrivano a nascondere l'insalata sotto al cuscino per far credere ai genitori di aver mangiato almeno quello.

E mamme che scoprono il problema solo alla visita del pediatra. «L'anoressia, e in generale i disordini dell'alimentazione, sono in forte aumento negli ultimi anni, ma soprattutto si sta abbassando l'età dei pazienti: trattiamo bambine anoressiche di 9 anni, spesso tanto gravi da richiedere il ricovero. E i maschi non sono da meno: è recente il caso di un piccolo di 9-10 anni».

La testimonianza arriva da Stefano Vicari, responsabile dell'Unità operativa di Neuropsichiatria infantile dell'ospedale Bambino Gesù di Roma.

Circa il 15-20% dei bambini e degli adolescenti (1 su 5) soffre di una malattia psichiatrica. «La depressione colpisce fino a 8 ragazzi su 100 mentre l'anoressia, che è la malattia psichiatrica con il più alto tasso di mortalità, colpisce circa l'1% delle ragazze» aggiunge Vicari.

Le malattie mentali, specie in età dello sviluppo, spiega lo specialista, non sono patologie vere e proprie ma «l'espressione di un disagio ambientale, familiare e sociale».

Lunedì 26 OTTOBRE 2013

Tumori testa-collo. La prognosi si stabilisce con i microRNA

Uno studio multidisciplinare italiano dell'IRE di Roma ha svelato la correlazione tra una mutazione genica, l'espressione di specifici microRNA e la prognosi dei tumori della testa e del collo. Questa scoperta, pubblicata su Annals of Oncology, potrebbe avere importanti ripercussioni in campo clinico.

Stabilire la prognosi dei tumori della testa e del collo potrebbe da oggi essere più semplice grazie a uno studio pubblicato su Annals of Oncology e condotto da ricercatori dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma: gli scienziati avrebbero infatti scoperto che specifici microRNA sono associati alle mutazioni del gene TP53, da cui dipende una minore sopravvivenza dei pazienti con tumori della testa-collo. In altre parole le mutazioni di TP53 e i microRNA associati, sono un fattore prognostico negativo nei carcinomi squamosi della testa e del collo e sono indipendenti dalle altre variabili cliniche.

I tumori della testa e del collo (laringe, faringe e cavità orale) rappresentano il sesto tipo di malattia neoplastica più frequente al mondo, con circa 500.000 nuovi casi per anno. Queste patologie sono note per avere sviluppi molto differenti da paziente a paziente. Da qui nasce la necessità di studiare alcuni geni come possibili marcatori molecolari, capaci di predire il decorso clinico del paziente e la risposta alla terapia. “Dalle analisi svolte su una casistica di 121 tumori della testa e del collo afferenti al nostro Istituto, è emerso che il 60% dei pazienti ha una o più mutazioni nel gene TP53 e la presenza delle mutazioni è associata ad una minore sopravvivenza libera da malattia”, ha spiegato **Giulia Fontemaggi** coautrice del lavoro. “Questa associazione è ancor più significativa nel sottogruppo di pazienti che sono stati sottoposti a terapia adiuvante dopo l'intervento chirurgico.”

“La successiva analisi di espressione dei microRNA ha portato all'identificazione di 49 microRNA associati alla mutazione del gene TP53. L'espressione di alcuni di questi microRNA correla con la sopravvivenza libera da malattia, e/o con la sopravvivenza totale. Da sottolineare è il fatto che questi microRNA sono prognostici sia se considerati individualmente che come gruppi”, ha specificato. “L'analisi dei microRNA ci ha permesso di identificare i tumori più aggressivi ci sono ottime possibilità che queste molecole possano in futuro essere utilizzate come bersagli per lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche”, ha poi commentato **Ruggero De Maria**, Direttore Scientifico del Regina Elena.

Lo studio è stato condotto dal team di **Giovanni Blandino** dell'area di Medicina Molecolare IRE, in collaborazione con l'Otorinolaringoiatria, diretta da **Giuseppe Spriano** e finanziato da AIRC e da fondi IRE (New Idea Award).

LA DENUNCIA DI UNO STUDIO AMERICANO

Usa, bambini autistici «curati» con psicofarmaci ma non esistono prove della loro efficacia

Bonati (Mario Negri): «In Italia il 17% riceve queste terapie. Siamo lontani da un uso razionale dei farmaci nei bambini»

NOTIZIE CORRELATE

Negli Stati Uniti la maggior parte dei bambini autistici, il 64%, è in terapia con farmaci psicotropi, nonostante non ci siano prove dell'efficacia di questi farmaci nella cura della malattia. Sono i risultati di uno studio americano condotto su 33.565 soggetti nati tra il 2001 e il 2009, pubblicato sulla rivista . Il 35% dei bambini esaminati prende simultaneamente due sostanze psicotrope, il 15% si loro almeno tre. Si tratta di sostanze chimiche che agiscono sul sistema nervoso centrale, i cui effetti collaterali possono comportare alterazioni nella percezione, nel comportamento e nell'umore.

IN ITALIA IL 17% - In Italia per fortuna la situazione è un po' diversa, e lo spiega **Maurizio Bonati**, responsabile del dipartimento di Salute Pubblica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano. «Negli Stati Uniti la stima della prevalenza dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti è 4 volte superiore che in Italia (90 vs 20 ogni 10mila bambini) - spiega -. In Italia i bambini autistici dovrebbero essere circa 20mila, sebbene i criteri diagnostici varino notevolmente. Diversamente dagli Stati Uniti, solo il 17% di loro è in terapia cronica con psicofarmaci, in particolare con il risperidone».

ANCHE BAMBINI PICCOLI - Secondo lo studio americano, i soggetti autistici oltre gli 11 anni sono i più curati con tali farmaci, ma sono significativi anche i livelli di somministrazione a bambini più piccoli: il 33% dei minori di età compresa tra i 2 e i 10 anni e il 10 % di quelli con un anno o meno vengono trattati con psicofarmaci. Inoltre, secondo i ricercatori, la percentuale di bambini sottoposti a trattamenti farmacologici è molto alta anche tra coloro a cui sono stati riscontrati altri disturbi gravi come le vertigini, il disturbo da deficit di attenzione e iperattività, l'ansia, il disturbo bipolare o la depressione. «Al contrario, in Italia la prescrizione di psicofarmaci in età prescolare rappresenta una rarità - prosegue Bonati -. Inoltre, va detto che, indipendentemente dall'indicazione terapeutica, l'uso degli psicofarmaci (in particolare gli antidepressivi che rappresentano la classe più utilizzata) sono prescritti in Italia 10 volte meno che negli Stati Uniti».

NESSUNA PROVA - Il problema è quello dell'efficacia di tali terapie. Gli autori dello studio, ricercatori dell'Università di Drexel a Philadelphia, affermano: «Esistono poche prove di efficacia e adeguatezza del

trattamento dell'autismo con i farmaci psicotropi, eppure questi farmaci vengono utilizzati come standard, somministrati sia separatamente che combinati». Non solo: gli studiosi americani si sono concentrati sui soggetti autistici, ma - sottolinea Bonati - «l'uso inappropriato di queste terapie riguarda in generale gran parte dei disturbi psichiatrici dell'età evolutiva». Un problema molto serio, perché per esempio l'autismo - come sanno bene i genitori di questi bambini - non ha cura. «L'efficacia del trattamento psicofarmacologico dell'autismo non è curativa (e non potrebbe esserlo essendo una sindrome), ma prevalentemente sintomatologica e di scarsa efficacia nel tempo» chiarisce Bonati.

RISPERIDONE - Recentemente però la Food and Drug Administration ha approvato due farmaci, tra cui il risperidone, per il trattamento dell'irritabilità che spesso si associa a disturbi dello spettro autistico. «Le evidenze scientifiche supportano l'utilizzo del risperidone nel trattamento a breve termine (non in quello cronico) di problemi comportamentali quali irritabilità, ritiro sociale, iperattività e comportamenti stereotipati in bambini con disturbi dello spettro autistico - chiarisce ancora Bonati -. La licenza pediatrica ne consente l'uso a partire dai 5 anni d'età. Indipendentemente dall'età, ma in particolare durante lo sviluppo, alcuni eventi avversi quali l'aumento di peso e l'aumento dei livelli di prolattina ematica devono essere attentamente monitorati». In generale e indipendentemente dall'autismo, conclude l'esperto del Mario Negri, «tutti i farmaci e in particolare gli psicofarmaci dovrebbero essere prescritti in modo appropriato. L'utilizzo razionale dei farmaci è un bisogno ancora largamente inevaso per la popolazione pediatrica».

TRATTAMENTI DANNOSI - Un allarme condiviso da **Stefano Vicari**, primario di Neuropsichiatria infantile dell'ospedale Bambino Gesù, che pochi giorni fa, proprio parlando dei trattamenti cui vengono sottoposti in Italia i bambini autistici, ha dichiarato: «Il Servizio sanitario nazionale e le regioni continuano a rimborsare trattamenti per l'autismo su cui non vi sono evidenze scientifiche, mentre sono poche le Regioni che passano quelli raccomandati dalle linee guida dell'Istituto superiore di sanità. Ho notizie di Asl - ha aggiunto - che continuano a rimborsare trattamenti come la camera iperbarica, che sono dannosi, o inutili e inefficaci come la logopedia, la psicomotricità, le diete restrittive, la pet therapy, i massaggi cranio-sacrali. Le linee guida dell'Iss sono uno strumento di garanzia per tutti i genitori e dovrebbero essere la base per i trattamenti riconosciuti dal Ssn». I trattamenti più efficaci, secondo Vicari, «sono quelli cognitivo-comportamentali: il Teach, l'Aba (Applied Behavior analysis), l'Early Start Denver Mode. Attualmente, che io sappia, c'è il Veneto che eroga un assegno mensile alle famiglie per scegliere il trattamento che vogliono, la Sicilia che ha destinato una quota del proprio budget per l'autismo, e la Toscana a favore dell'Aba. A Roma e Salerno abbiamo avviato il progetto "Una breccia nel muro" per erogare il trattamento Aba, in parte sostenuto dalla nostra associazione con la raccolta fondi, in parte dalle famiglie».

DISEGNI DI LEGGE - Di autismo ci si occupa anche nei palazzi della politica, dove è in discussione un disegno di legge che ha l'obiettivo di fornire nuove linee guida per la malattia. Prevede sostegno psicologico alla famiglia, insegnanti professionalizzati e costanza nella didattica, progetti terapeutici integrati e individualizzati, rafforzamento della diagnosi precoce. **Manuela Serra**, esponente dei 5 Stelle e promotrice dell'iniziativa, ha spiegato: «Ci sono piccole eccellenze e isole felici nel nostro Paese, ma mi è capitato di ascoltare dalla Sicilia a Roma storie angoscianti di genitori che non sanno a chi rivolgersi. Dobbiamo porre rimedio a tutto questo». **Serena Polinari**, dell'Istituto di Ortofonia di Roma, spiega: «È fondamentale offrire un sostegno ai genitori in uno spazio singolo e di gruppo per elaborare insieme la diagnosi. Importante è garantire una terapia domiciliare che attivi nella famiglia la sintonizzazione emotiva. Osserviamo inoltre i bambini nel contesto classe per lavorare con le insegnanti e rafforzare l'integrazione sociale. Non dimentichiamoci infine di tutte le altre attività, dalla pet therapy alla terapia in acqua, utili a rompere la ripetitività ossessiva tipica del disturbo».

La novità

Medicinali sempre in sicurezza

Ceva Logistics punta sul settore farmaceutico. Ha iniziato prima dell'estate con l'apertura della «città del Pharma». Un hub di 20 mila metri quadrati localizzato a Stradella, in provincia di Stradella. Interamente dedicato a stoccaggio e movimentazione di prodotti per il canale health. In particolare vaccini, antibiotici, farmaci salvavita e narcotici. La posizione geografica risulta strategica per creare un network logistico nazionale per rifornire

farmacie, ospedali e grossisti. Con la previsione di circa 350 mila spedizioni annue e di servire l'Est Europa e l'area balcanica.

È di questi giorni l'accordo siglato da Ceva con l'inglese Tower Cold Chain Solutions, per la realizzazione di contenitori speciali. La soluzione si chiama KryoTrans Modular (Ktm), consente di spedire pallet con prodotti sensibili alla temperatura. In particolare medicinali che richiedono il rispetto della catena del

freddo. Si tratta di contenitori, realizzati in dodici diverse dimensioni, capaci di mantenere temperature fino a -60° per periodi di sei giorni. Il Ktm è equipaggiato con sensori elettronici che forniscono la tracciabilità di ogni confezione, il monitoraggio di temperatura interna ed esterna e il numero di volte in cui vengono aperti.

U. TOR.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ore 23, assalto al pronto soccorso

di **Vincenzo Iurillo, Renzo Mazzaro, Lucio Musolino e Nello Trocchia**

Le luci sono sempre accese. Trecen- tosessantacinque giorni l'anno. Non c'è festa che tenga. Perché il pronto soccorso non può chiudere. Mai. È qui che ci si rivolge quando le altre porte sono chiuse. In quegli ospedali davanti ai quali magari sfrecci ogni mattina voltandoti dall'altra parte per non pensare alla sofferenza che ci si consuma. Ma dove prima o poi tutti passiamo.

Ecco una notte nei pronto soccorso sparsi per l'Italia. Insieme con il signor Rossi - che siete voi lettori, ma anche noi cronisti - per scoprire vergogne ed eccellenze.

Genova, ore 22

lo smemorato di San Martino

Era l'ospedale più grande d'Europa. Così lo presentavano i genovesi. Oggi per il San Martino si annunciano colossali progetti di recupero - magari lasciando gli storici padiglioni alle operazioni immobiliari - mentre il cantiere del nuovo parcheggio langue da anni. E i padiglioni universitari sono impacchettati perché perdono letteralmente i pezzi. Eccoci al pronto soccorso, sempre in attesa di rivoluzioni. Di ammodernamenti. "Ogni sera è come giocare a poker. A volte è il deserto, a volte pare che sia scoppiata la guerra atomica". Giovedì sera era tutto perfetto. Corridoi semivuoti, tempi di attesa di pochi minuti anche per i codici bianchi. Oggi è tutta un'altra storia: cinque lettighe ferme nell'anticamera. Le sedie affollate di malati e parenti. Solo posti in piedi. La signora Giulia, 73 anni, è ferma da due ore in barella. Aspetta le analisi dopo un primo, rapido, accertamento. È caduta in casa, ha battuto la testa. Addosso vestiti stazzonati, la camicia da notte di chi è stata colta di sorpresa. Negli occhi la paura, ma anche lo sgo- mento di sentirsi improvvisamente alla mercè degli altri, nonostante la gentilezza di barellieri e infermieri.

È così il pronto soccorso, all'improvviso ti ritrovi ridotto al tuo corpo. Giulia come Luca, non importa che lui abbia vent'anni. Lei ha accanto la figlia che le accarezza i capelli bianchi (chissà da quanto tempo non lo faceva). Il ragazzo, ancora addosso i calzoncini da calcio e le scarpe con i tacchetti, è circondato dai compagni di pallone: "Dopo la testata non ricordo più niente. Vi giuro. Belin, lunedì avevo l'interrogazione di italiano e non so come fare". Giulia e Luca sono codici gialli. Per prudenza. Il primo

esame è stato rapido. Poi, però, eccoli parcheggiati in quel corridoio, dove si confondono sussurri, odori, paure.

Napoli, ore 23 assalto all'ospedale

Alle dieci decidono che ne hanno abbastanza. Le donne assaltano l'ingresso laterale, di fianco alla sala d'aspetto dell'emergenza. Pugni e calci sulla porta. "Aprite, sono tre ore che aspettiamo". Le due guardie giurate fanno muro. Discussioni, urla. Un signore con gli occhialini si infila nel mucchio e alza le mani, calma, calma, ma combina poco. "Si nun facimme 'e 'vrenzole, a Napoli non si ottiene mai niente" sentenza ad alta voce Anna Maria, una signora con una felpa consumatissima, contenta di aver lanciato l'attacco. "Vrenzola" indica una donna di modi sguaiati. Infatti, pochi minuti dopo, la mamma dell'urlatrice, codice giallo, conquista la sospirata visita. L'infermiera guarda senza battere ciglio. "È una normale nottata, ce ne sono di ben più agitate".

Benvenuti al pronto soccorso del Loreto Mare di Napoli. L'avamposto della sanità pubblica nel ventre caldo del capoluogo partenopeo, a poca distanza dalla stazione centrale, lungo via Marina. Notte appena iniziata, venti persone stipate in una stanzetta. Normale, spiegano gli addetti. La progressiva chiusura del pronto soccorso dei piccoli ospedali ha riversato su questo presidio da 240 posti

letto il triplo dell'utenza. La chiamano 'spending review', ma è il caos.

Padova, ore 24 sale la marea

La grande ondata arriva tra le 20 e le 24. Questa settimana al Centrale di Padova, nella fascia oraria 20-24, si è passati da un minimo di 15 a un massimo di 27 pazienti. Due settimane fa la punta è arrivata a 48 in due ore. Una bolgia. Oggi c'è calma. Sono le 23, in attesa ci sono 2 pazienti e 18 sono i casi aperti, cioè le persone già visitate che aspettano l'esito o sono nell'ospedale a completare gli esami. Le 2 attese sono un codice giallo e uno bianco, una signora

di 61 anni con le palpazioni idestinate all'area medica e un extracomunitario con traumi per la chirurgica. "Ha botte dappertutto, forse l'hanno picchiato", dice il dottor Franco Tosato, smettendo sul pc, nella plancia di comando che somiglia ad una sala macchine nell'interrato del monoblocco. Tosato è il primario dal 1997. Ha strutturato il pronto soccorso come una sua creatura. Capelli lunghi, barba e baffi, sopracciglia cespugliose, tutto in grigio, pare un sessantottino in ritardo. Parla e intanto scruta l'interlocutore: riesci a reggere o ci salutiamo qui? Un mastino.

Reggio Calabria, ore 0,30 cercansi ambulanze e poliziotti

"Quel signore in fondo è fortunato ad essersi sentito male stasera. C'era l'ambulanza". Non scherza l'infermiere degli ospedali Riuniti, il Bianchi Melacrino Morelli. A Reggio Calabria è così: prima di tutto al pronto soccorso bisogna

arrivarci. "Ci sono due ambulanze in tutta Reggio. Per una terza emergenza non potevamo intervenire". Poi, appena si spalancano le porte cominciano altri guai: non malati stipati nei corridoi. Almeno non stanotte. Ma il posto di polizia funziona solo di giorno. Poi il personale: tre medici e quattro infermieri. Ed è l'unico pronto soccorso della provincia di Reggio. Fino a poco tempo fa c'erano Melito Porto Salvo, Locri e Scilla.

Napoli, ore 2 privacy addio

Ti lascia indifeso la malattia. Nudo. E vorresti qualcosa per proteggerti. Al Loreto Mare c'è solo un telo da doccia azzurro per la privacy delle prime analisi. Sul pavimento liquidi maleodoranti. Varia umanità staziona all'ingresso. Due avvisi in bacheca, significativi: un numero di cellulare per i "senza fissa dimora" accampati nella sala d'aspetto, e l'indicazione di un presidio sanitario per gli extracomunitari. Gettato su un lettino da tre ore, un ragazzo di 17 anni. Vomita un liquido biancastro sul pavimento.

Ha gli occhi stravolti, cerca lo sguardo della madre e della zia. "Alle 4 del pomeriggio abbiamo provato a ricoverarlo al San Giovanni Bosco e ce lo hanno portato qui, siamo in attesa dalle 21". Il ragazzo continua a rigettare. La mamma gli stringe una mano.

"Signora infermiera, ma c'è sempre così tanta gente?", chiede qualcuno. "Ma se siamo persino in pochi stasera".

Genova, ore 3 c'è chi rinuncia

I codici verdi e bianchi devono attendere due, tre, quattro ore. Ma nessuno fiata: basta veder arrivare l'ambulanza, scendere un ragazzo con gli occhi persi e il braccio che penzola dalla barella. "Un motociclista", sussurra l'infermiere. Ha due braccia da culturista, ma maneggia il ferito come fosse suo figlio: "Codice rosso", si sbraccia avvian-

dosi verso la sala emergenze. Si dice così, "codice rosso", forse per non dire chiaramente che c'è pericolo di morte. La gente osserva muta. C'è comprensione, si è tutti sulla stessa barca. Anche gli infermieri, i medici che quando possono escono dalla sala visite e scambiano qualche parola. Matteo, infermiere di lungo corso, scrolla la testa: "C'è qualcosa di profondo che non funziona. I medici di famiglia non ce la fanno più e la gente viene qui per un'influenza. E poi... poi per fare delle analisi aspetti mesi, così chi non può permettersi di farle privatamente viene

qui. E chi ha bisogno deve aspettare ore". Sì, come Tommaso, 44 anni, codice bianco, ma per trauma cranico, la tempia gonfia come un limone. Dopo ore di attesa si ritira. Speriamo sia solo un bernoccolo.

Napoli, ore 4,30 Addio precedenza

C'è un ragazzo di 35 anni che si è sentito male tornando in auto da una trasferta di lavoro. I paramedici riscontrano pressione minima a 120, e lui trema, ha paura di un ictus. Passa un'ora, ma non riesce a conquistare l'ingresso nella sala cure. Va meglio, dopo una lunga contrattazione, a un signore in tuta azzurra su una sedia a rotelle. Ma nessuno protesta. Qui si sta tutti dalla stessa parte. E poi quell'uomo non se la passa bene: ha 70 anni e non cammina per un'operazione di ernia del disco finita male.

Reggio, ore 5 volontari a un euro l'ora

Meno male che ci sono i volontari. Eccone uno. È un ragazzo di 21 anni, cerca di strapparsi la pausa per una sigaretta, un caffè. Sono ore che trasporta malati: "Cerco di aiutarli, e di parlare. A volte è anche più importante". I volontari lavorano per un'associazione che paga 10 euro a turno per accompagnare i malati da un reparto all'altro. Meno di un euro l'ora. "È l'undicesima notte questo mese, lo faccio perché a Reggio non si trova lavoro. E poi credo giusto aiutare chi sta male", racconta il ragazzo. Poi via, sirene, arriva un'altra ambulanza. Addio sigaretta.

Padova, ore 5,30 La scorciatoia dell'emergenza

Nel monitor Tosato vede tutto quello che succede in tempo reale, incluso il pronto soccorso pediatrico e l'ospedale distaccato di Sant'Antonio. Tra i 18 casi aperti c'è un ragazzo con un braccio rotto. Infortunio sportivo: è caduto sul gomito, uno schiocco ed è svenuto. È arrivato pallido, con sudorazione fredda. Classificato codice rosso, in stato di shock fino a prova contraria. "Per non rischiare, io devo sopravvalutare", dice il primario. Arriva un paziente che è andato in sincope, con perdita di conoscenza: colica addominale, codice giallo. Il Triage, che vuol dire scelta, prevede 4 colori: i codici rosso e giallo sono a rischio: il primo viene visto immediatamente, il secondo aspetta in media 10 minuti. Il bianco e il verde non rischiano: il verde ha un'attesa rapportata alla gradazione di sofferenza, la media è un quarto d'ora; il bianco non rischia e la sua media d'attesa è mezz'ora.

Naturalmente è una media del pollo, che può sballare da un momento all'altro. L'accesso quotidiano a Padova è sui 220 pazienti, 260 al lunedì. Ma un lunedì di cinque anni fa si presentarono 520 persone. Afflusso imprevedibile. I codici bianchi aspettarono fino a 8-9 ore. La gente telefonava ai giornali, arrivarono le tv, il direttore generale era imbufalito. Ma Tosato fece i complimenti ai suoi: i rossi e i gialli avevano avuto lo stesso trattamento degli altri giorni, nessun rischio supplementare a causa dell'assalto. Era la prova che il metodo funzionava.

"Da noi il 30 per cento degli accessi è inappropriato, ma io non posso dare la colpa ai pazienti. Altri dovrebbero ragionare sulle motivazioni", dice Tosato. Qui s'innesta il ticket, che meriterebbe un discorso a parte. Al centrale di Padova lavorano 26 medici e 52 infermieri.

Napoli, ore 6 Armi da fuoco

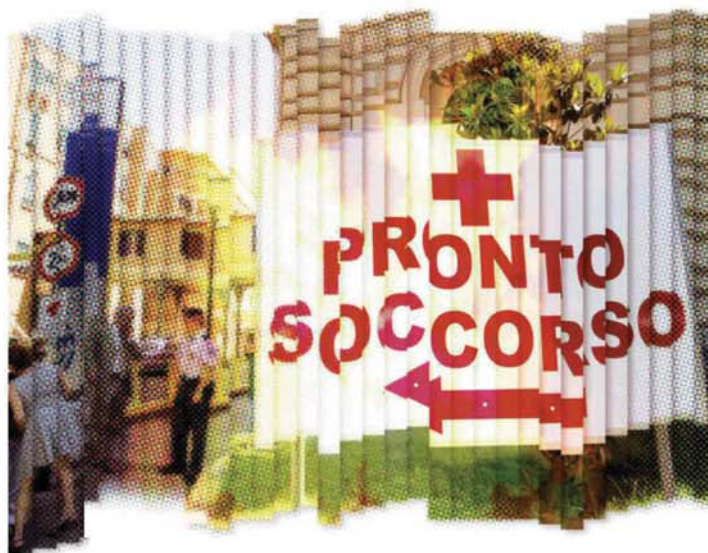
Quando arriva qualcuno insanguinato al Loreto Mare cala il silenzio. Qui non sono rari i feriti da arma da fuoco, le vittime delle faide di camorra che insanguinano Napoli. Ma stanotte no, è andata bene. Medici, pazienti, qualche malato escono che fa alba. Li aspetta un parcheggiatore abusivo che pretende un'offerta. Anche a chi viene dal pronto soccorso. Ma se esci da un ospedale non ci fai nemmeno caso. Paghi e rientri nella vita della città. Il pronto soccorso lo vedi di nuovo dall'altra parte delle vetrate.

LA ROULETTE RUSSA DELL'EMERGENZA

A QUALE PRONTO SOCCORSO bussare con il femore rotto? Al Sant'Eugenio di Roma, dove al 94% ti operano entro le 48 ore previste o al Rizzoli di Bologna (86%). Incrocia le dita se capiti al Maddaloni di Caserta (3%) e rassegnati al San Rosario di Isernia, speranze prossime allo zero. Puoi tornare dopo due settimane se finisci a Loreto Mare di Napoli, dove si aspetta mediamente 13 giorni quando la media nazionale è 4. È la devolution sanitaria vista dal pronto soccorso, figlia della sanità regionalizzata, del taglio di 72mila posti letto nell'arco di vent'anni e della tagliola continua sui camici bianchi per contenere la spesa. Alla fine si condensa tutto lì, nel presidio di emergenza-urgenza che da tempo non è più luogo di stazionamento e invio ma di permanenza del malato. Né pronto né soccorso. Con quali percentuali di rischio e aspettative si capisce dalle tabelle dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), che ha appena redatto il Programma di valutazione degli esiti sui dati 2012. Ha messo sotto le lente le prestazioni di 1.400 ospedali passando al setaccio dati di mortalità, tempi di intervento e indicatori delle performance raggiunte. Oltre al trattamento della frattura del collo del femore una cartina di tornasole dei Pronto Soccorso è il trattamento dell'infarto acuto del miocardio con angioplastica entro 48 ore dal ricovero. La tempestività che salva la vita. La media nazionale è 36,7. La roulette russa della geografia, che solitamente vede il Nord su performance migliori, dimostra l'incidenza della struttura e del bacino di utenza. Alla Casa di Cura Città di Lecce il 94% dei pazienti infartuati fa la Ptca entro 48 ore, al San Biagio di Domo-dossola, nel verbano, uno su cento. Idem per la mortalità a 30 giorni: il Civico di Palermo ha un tasso dell'1%, il Massaia di Asti superiore al 6%. L'Italia devoluta è così, paese che vai soccorso che trovi. A Pordenone c'è l'ospedale col massimo rischio (41%) ma la sua sede distaccata di Sacile, a 15 km, è tra le migliori d'Italia (1,68%).

Thomas Mackinson

**QUELLE LUCI CHE
NON SI SPENGO NO MAI
VIAGGIO NEI REPARTI DI
FRONTIERA DOVE SI
GIOCA LA VITA DEI
MALATI. A NAPOLI
L'ASSEDIO DELLE DONNE
IN ATTESA. A REGGIO
CALABRIA SOLO DUE
AMBULANZE E
VOLONTARI A 1 EURO
L'ORA. CODE A GENOVA.
E IL MODELLO PADOVA**



LA FRONTIERA AVAMPOSTO DECISIVO

La rapidità dell'intervento nei pronto soccorso è decisiva per la sopravvivenza dei malati.

CODICE ROSSO E VERDE



**VENETO
OSPEDALE DI PADOVA**

Al centrale di Padova lavorano 26 medici e 52 infermieri. Tutti sono addestrati a gestire autonomamente il paziente critico, sul modello nord-americano. Lo specialista se serve arriva dopo e trova procedure corrette. I medici di Padova sono a loro volta addestratori. Da qui sono usciti i primari che oggi dirigono il pronto soccorso di Treviso, Rovigo, Arzignano, Feltre, Castelfranco, Conegliano e del Sant'Antonio di Padova.



**CAMPANIA
NAPOLI, LORETO MARE**

A poca distanza dalla stazione Centrale. È l'ospedale cui fa riferimento una buona parte del centro storico cittadino. La progressiva chiusura dei pronto soccorso dei piccoli ospedali del comprensorio ha riversato su questo presidio da 240 posti letto il triplo dell'utenza. Una spending review che somiglia molto al caos.



**CALABRIA
REGGIO, OSPEDALI RIUNITI**

È l'unico pronto soccorso della provincia di Reggio. Fino a poco tempo fa c'erano anche quelli di Melito Porto Salvo, Locri e Scilla. Di notte a garantire l'assistenza ci sono tre medici e quattro infermieri. Indispensabile il contributo dei volontari che, però, sono pagati un euro l'ora. Di notte è chiuso il posto di polizia. Ma soprattutto mancano le ambulanze: due per tutta la città.



**LIGURIA
GENOVA, SAN MARTINO**

Era definito uno dei più grandi ospedali d'Europa. Oggi i padiglioni ottocenteschi - su cui puntano gli occhi gli imprenditori immobiliari - sono quasi inagibili. I reparti universitari sono stati "imballati" perché perdevano letteralmente i pezzi. Al pronto soccorso l'assistenza è adeguata, soprattutto per i casi gravi. Ma le attese sono spesso lunghe, con i malati posteggiati nei corridoi.