



# Sanità, quando l'eccellenza è di casa anche in Basilicata

Prendendo spunto da una recente inchiesta del Corriere della Sera, che parla di alcune eccellenze del sistema sanitario al Sud (a cui le cronache dei giornali sono solite destinare la loro attenzione soprattutto per raccontare le tante inefficienze ed i casi di malasanità), ci siamo chiesti: ma oltre a tante cose che non funzionano (liste d'attesa in primis) nella sanità lucana ci sono anche eccellenze di cui vale la pena di parlare? Allora le abbiamo cercate ed abbiamo provato a descriverne alcune, con particolare riferimento alle iniziative che, attraverso il coordinamento fra le strutture di diverse Asl, puntano a realizzare quella "rete" di servizi in grado di avvicinare la sanità pubblica alle esigenze dei cittadini. Non sono certamente le uniche eccellenze presenti nella sanità lucana, ma sono esempi di un percorso di cambiamento che, fra tante difficoltà, è stato avviato

## LE ECCELLENZE 1 / L'OSPEDALE SAN CARLO

Il "bollino rosa" per la ginecologia, l'ampliamento della cardiologia e della pediatria, un programma di rinnovamento che renda più forte il dipartimento interaziendale della reumatologia e, ancora, il successo continuo delle neuroscienze. Sono le eccellenze dell'Ospedale San Carlo di Potenza, quelle che alimentano aspettative e speranze di cittadini lucani e non, e che anche per questo motivo impongono alla struttura di raggiungere necessariamente un alto e continuato livello di specializzazione.

Conservare e migliorare queste eccellenze è uno degli orientamenti della nuova strategia aziendale in linea con quella degli anni precedenti. In questa logica si colloca il programma di rinnovamento di tutto il contesto pediatrico che, con



In alto:  
Potenza, veduta dell'ospedale "San Carlo"  
e della centrale operativa del servizio  
di emergenza - urgenza 118  
(foto Studio Immaginando)

l'introduzione della chirurgia, un'unità di cardiocirurgia e l'anestesia, gioca un ruolo determinante nella struttura potentina. "Un'intera area incentrata intorno alle problematiche del bambino - osserva Giovanni De Costanzo, direttore generale dell'ospedale potentino. Un aspetto da sviluppare in quanto in Basilicata non esiste un sistema di riferimento e il San Carlo può diventarlo non solo per la regione ma anche all'esterno".

Con il "bollino rosa" guadagnato per la Ginecologia, quello potentino è il secondo ospedale del sud - accanto al San Paolo di Bari per la radiologia senologica e il parto in analgesia gratuita - a differenziarsi per la qualità dei servizi erogati in ostetricia e ginecologia. Il dato emerge dallo studio condotto dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna nell'ambito del progetto "Ospedaledonna", finalizzato ad identificare le strutture più vicine alle donne. E l'importanza del riconoscimento andato al San Carlo assume maggiore rilevanza se si considera che sono novantatré in tutta Italia le strutture d'eccellenza "a misura di donna" e che quelle in vetta alla classifica appartengono all'Italia settentrionale. A conferma del cammino in continuo divenire della ginecologia potentina, il direttore generale annuncia l'avvio del parto indolore.

Il Centro Uva (Unità valutativa Alzheimer) e il Centro di Sclerosi Multipla del San Carlo sono l'espressione concreta del complesso di neuroscienze dell'azienda, uno degli altri volti dell'eccellenza che la struttura potentina vanta e che De Costanzo riconosce come "punta di tutto rispetto sia nella chirurgia che nella neuroradiologia e nella neurologia stessa".

Portare al massimo le specializzazioni, al San Carlo significa dare anche la giusta spinta all'innovazione. Innovazione che non esclude quanto già costruito, piuttosto lo migliora. Accade nel caso dell'Unità Operativa di Cardiologia. Da sempre



motrice di buona fama per l'azienda potentina, la specialità del cuore, oggi, al San Carlo guarda nella direzione di un ulteriore potenziamento, attraverso nuovi modelli organizzativi. E la prospettiva, in tal senso, è rimanere, ancora, punto di riferimento dei lucani e continuare ad essere fonte di speranza per i pazienti che arrivano da fuori regione.

Il direttore generale ribadisce la centralità del settore cardiologico all'interno del complesso che dirige, e aggiunge che nell'atto aziendale (lo strumento di indirizzo dell'attività ospedaliera) è previsto "un ampliamento di questa specialità con la creazione di una struttura di cardiologia vascolare, oltre alla realizzazione di strutture dipartimentali per metodiche e tecniche mini invasive innovative".

Innovativa è anche l'organizzazione prevista dall'atto aziendale che per questo si distingue da quelli storicamente stilati nella stessa struttura e in altre realtà regionali, e che segna un punto in più sul tabellone delle eccellenze. Si tratta di una organizzazione "a matrice", per dirla con le parole del direttore De Costanzo, attraverso la quale si cerca "di ottimizzare le risorse con strutture dipartimentali molto corpose, per un verso, e di individuare la soluzione migliore per il cittadino, per un altro". Il modello consente di dare risposta ad un'esigenza: "Se è necessario creare specializzazioni sempre maggiori, penso all'anestesia neurologica - aggiunge Giovanni De Costanzo - per riuscirci, o dovremmo avere a disposizione risorse infinite, e non è così, o dobbiamo utilizzare al massimo quelle presenti". Ecco che l'organizzazione a matrice in un certo senso "cancella il concetto di 'proprietà' delle risorse introducendo quello di 'condivisione'. Diversamente sarebbe impossibile mettere in piedi nuovi reparti".

Il senso concreto di questo discorso è rappresentato dalle liste di attesa, con le quali uno dei risultati raggiunti "non è inseguire l'offerta, ma abbattere la domanda, puntando sull'appropriatezza della stessa", argomenta De Costanzo. Per questo l'Ospedale San Carlo punta all'interazione con i medici di base, attraverso l'introduzione dei Rao (Raggruppamenti di attesa omogenei), una tattica che favorisce l'accesso "per priorità di prestazione su tutti i percorsi - spiega il direttore generale - avendo rilevato un gran numero di richieste spesso inappropriate". Saranno così i medici di famiglia a segnalare quali sono i casi davvero prioritari, lasciando che chi non ha urgenze o ha semplicemente prenotato per primo aspetti il tempo necessario.

A. P.

## LE ECCELLENZE 2 / L'OSPEDALE "MADONNA DELLE GRAZIE" DI MATERA

Testo di **Sissi Ruggi**, foto di **Michele Morelli**

450 posti letto destinati ai malati acuti, 10 dipartimenti ospedalieri, 22 unità operative complesse, 6 sale operatorie - ciascuna con una sala preparatoria annessa - 2 strumenti per eseguire la tomografia assiale computerizzata (Tac), 4 per la radiologia tradizionale, uno per la risonanza magnetica nucleare (Rmn), uno per la mineralometria ossea computerizzata (Moc) e due sezioni di ecografia. Sono i numeri dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera, una struttura "che ha punte di elevata qualificazione in molteplici reparti", spiega il direttore generale Vito Gaudiano che individua quale "eccellenza" del Madonna delle Grazie il "Centro studi qualità, formazione e ricerca". Un impegno, quello di rafforzare il rapporto tra sanità e ricerca, che ha coinvolto altre importanti realtà lucane come, sui temi della genetica, l'"Agrobios". A Matera non si dimentica che



In alto a sinistra:  
l'ingresso dell'ospedale  
"Madonna delle Grazie" di Matera



A destra:  
la reception

una buona sanità pubblica è qualificata se si fa ricerca. "L'emigrazione sanitaria oggi è in attivo - prosegue il direttore generale - ci si rivolge al Madonna delle Grazie non solo per interventi e cure specialistiche. Sono tante le mamme che, dalla vicina Puglia, scelgono di venire a partorire a Matera. Qui trovano professionalità e umanità, doti fondamentali in un momento così delicato della vita di ogni donna".

### *Neonatologia e Pediatria*

Ospedale è sinonimo di malattia e sofferenza, ma c'è un reparto dove si respira tutt'altra aria. A Neonatologia è un piacere entrare e ascoltare il vagito di chi apre gli occhi alla vita. Nei corridoi si aggirano puerpere accompagnate da parenti e infermiere, mentre dalle camere a tratti arriva il pianto dei neonati. Il tutto in un clima sereno e disteso: di rispetto e cura per le nuove vite. Amorevoli ma efficienti le infermiere, sotto la supervisione dei medici, provvedono all'igiene e controllo del peso e delle funzioni vitali dei bimbi. La stessa aria di allegria, seppur mitigata perché questo è un reparto di cura, si respira a Pediatria. Sui muri disegni di fate e folletti, un po' lontani dai canoni disneyani e più vicini al "Signore degli anelli", dipinti dai ragazzi del liceo artistico di Matera "Carlo Levi". "I colori sono un po' scuri - ammette il direttore medico incaricato di Pediatria e Neonatologia Maria Cristina Mencoboni - ma sembra che siano molto graditi ai piccoli pazienti, del resto fu fatta un'indagine prima di realizzarli. Questi disegni contribuiscono a evitare l'effetto ospedale che può avere effetti negativi sui bambini che ospitiamo". Disegni che si rincorrono anche nelle otto stanze, tutte singole e destinate a pazienti fra gli zero e i 16 anni, del reparto e che nella

**Sopra:**

in una giornata di fine luglio, Andrea Forsennato di Scanzano Jonico è diventato da pochi minuti genitore di una bella bimba, la sua primogenita. È la seicentossessantaseiesima nata a Matera nel solo 2009, dato che conferma la fiducia delle puerpere per il reparto di neonatologia del Madonna delle Grazie di Matera. È talmente emozionato, Andrea Forsennato, che quasi non ricorda nemmeno il suo nome quando gli viene chiesto per sbrigare le pratiche burocratiche per la registrazione dei neonati. Il neo papà si tranquillizza e finalmente si apre a un sorriso solo quando l'infermiere gli pone delicatamente in braccio la sua bambina. Stringendola con cautela fra le braccia, il papà riesce solo a ringraziare il personale. "Grazie – dice sottovoce – siete stati tutti fantastici".

**A destra:**

la sala di attesa del reparto di pediatria e Maria Cristina Mencoboni nella scuola in ospedale



stanza adibita a scuola lasciano il passo ai lavoretti dei piccoli allievi. Perché nel voler mantenere un rapporto diverso, meno negativo possibile, fra malattia e piccoli degenti l'ospedale di Matera si è dotato di una vera e propria scuola. In collaborazione con il Provveditorato provinciale agli studi, la scuola dell'ospedale ha un'insegnante per tutto il periodo scolastico che aiuta i bambini a non tralasciare i programmi di studio per il periodo della degenza. "Cerchiamo di fare il possibile per rendere meno traumatica la loro permanenza qui – prosegue la dottoressa Mencoboni – chi effettua un prelievo riceve l'attestato del "coraggio". Una pergamena in cui si riconosce che il bimbo non ha avuto paura dell'esame. Oltre al nostro ruolo dobbiamo cercare di essere anche degli psicologi: liberarli dalle paure e comprendere, quando per età o per difficoltà a esprimerlo, non sono in grado di dirci i sintomi del male". Pediatria e Neonatologia sono fra quei reparti del Madonna delle Grazie di Matera che più ospitano degenti di fuori regione: il 40 per cento dei ricoveri è di puerpere o di bambini della vicina Puglia.

*La Centrale di sterilizzazione*

Piccolo gioiello di tecnologia apprezzato da chiunque lavori al Madonna delle Grazie, la Centrale di sterilizzazione garantisce la tranquillità del lavoro di chirurghi e infermieri. Migliorando gli standard di sicurezza dell'ospedale. Struttura in convenzione con le società "Tre Fiammelle " e "Servizi Italia", ha trovato collocazione in un'area di 400 metri quadrati accanto alle sale operatorie. Suddivisa in tre camere sterili, dove avviene la decontaminazione, il lavaggio, disinfezione e sterilizzazione e, infine, il confezionamento degli strumenti e dei set di medicazione, la Centrale di sterilizzazione lavora a pieno ritmo non solo per il



nosocomio materano. Offre i suoi servizi anche ad altre strutture regionali. A maggiore tutela del cittadino, la Centrale è dotata di un sistema informatizzato che registra tutti i passaggi del processo e rende rintracciabile e identificabile ogni singolo strumento sterilizzato.

#### *Il Centro studi e ricerche*

Il Centro di studi e ricerche dell'ospedale "Madonna delle Grazie" raggruppa tutti i laboratori che in collaborazione con strutture di ricerca come l'Agrobios e grazie a progetti cofinanziati dalla Regione Basilicata contribuiscono all'innovazione nelle cure delle patologie genetiche. Il laboratorio di biologia cellulare "Gianfranco Lupo", promosso dall'associazione "Gianfranco Lupo - Un Sorriso alla Vita" di Pomarico che ne ha finanziato la realizzazione con risorse di privati per 50mila euro, è una struttura qualificata nella lotta alle malattie emato-oncologiche. In un futuro forse non lontano e risolti i problemi di etica, potrebbe divenire un centro in cui coltivare le cellule. Traguardo non irraggiungibile, dato anche il recente brevetto dell'Agrobios. La struttura del Metapontino ha messo a punto un procedimento per rendere staminali (ovvero per far regredire a uno stadio di non specializzazione) le cellule del tessuto adiposo. "Sono cellule di scarto, quelle adipose - spiega Giuseppe Di Taranto, responsabile del Centro - e riportate allo stadio di staminali potrebbero essere utilizzate per la ricerca non scatenando problemi di bioetica. Ma questa è una possibilità ancora allo stadio di studio. Se ne stanno ancora valutando le potenzialità, non sappiamo ancora se sono stabili o se si trasformano in cellule tumorali".

Il Centro di riferimento trapianti (Crt) è valido e necessario supporto ai pazienti in attesa di trapianto o che hanno già avuto un trapianto. Esegue le diagnosi di compatibilità pre trapianto fra donatore e ricevente. Speranza per il futuro di malati e non è il laboratorio "X Life", dove si eseguono indagini di gnomica, branca della genetica che studia in che modo i geni sono correlati con la produzione di quelle proteine che mantengono in vita o fanno morire una cellula. Le sue applicazioni riguardano le patologie che si sviluppano dall'interazione di più geni con i fattori ambientali. E nel laboratorio "X Life", con un progetto cofinanziato dalla Regione Basilicata, si eseguono diagnosi predittive. Ovvero si studiano i geni di familiari di persone colpite da tumore al seno o al colon retto per valutare la percentuale di rischio di contrarre, a loro volta, la malattia. "È una branca nuova anche per noi medici - afferma ancora Di Taranto - tanto che abbiamo avuto la necessità di avere in equipe anche una psicologa. Con il suo aiuto valutiamo i rischi correlati dal rivelare a una persona che potrebbe contrarre un tumore,



Giuseppe Di Taranto

In alto a sinistra:  
la centrale di sterilizzazione

A destra:  
il centro studi e ricerche



oltre a capire noi stessi come offrire una simile probabile diagnosi al non malato che potrebbe ammalarsi. Un problema di non poco conto: rischiamo di creare 'ammalati di rischio'. Persone che non malate e che sapendo dell'eventualità di ammalarsi, potrebbero avere ripercussioni sulla qualità della loro vita".

### LE ECCELLENZE 3 / IL CROB – IRCCS DI RIONERO IN VULTURE

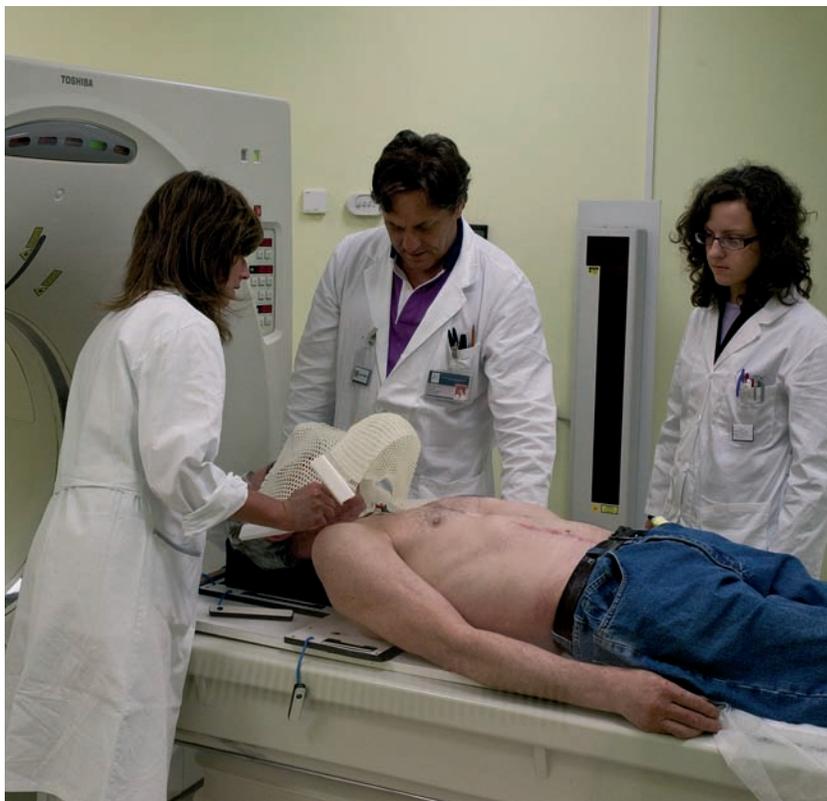
Testo di **Michele Chisena**, foto di **Giovanni Marino**

Innovazione, è questa la parola d'ordine. Che sia pronunciata come un tormentone dagli organi direttivi o dai dottori, dagli infermieri o dagli uscieri, poco importa. Quel che conta è raggiungere l'obiettivo al servizio della ricerca e cura oncologiche; insidiare la malattia e cercarla di sconfiggere, questa è la mission. "La ricerca di base - afferma Rocco Maglietta, direttore generale del Crob - presuppone un grosso investimento, cosa che stiamo facendo. Abbiamo 18 ricercatori che stanno svolgendo attività di formazione e ricerca in centri prestigiosi come la John Hopkins University di Baltimora (USA). Torneranno con un bagaglio di esperienza notevole che potranno valorizzare nel nascente laboratorio di mille e 500 metri quadri".

Un anno fa il Centro ha ottenuto l'Irccs, acronimo che sta per Istituti di Ricovero Cura a Carattere Scientifico. Il riconoscimento prestigioso viene attribuito a quegli ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Il percorso per rendere pienamente operativo questo riconoscimento è lungo e difficile. Un dato su tutti per capirlo: in Italia gli Irccs monotematici oncologici sono nove (otto pubblici e uno privato).

Le eccellenze non mancano, anzi sono un fiore all'occhiello di questo importante Centro oncologico lucano. "Si sta per completare il montaggio del terzo acceleratore lineare e si sta per implementare la risonanza magnetica da tre tesla, la prima apparecchiatura di questo tipo che viene installata nel Meridione, tra le poche in Italia", precisa ancora Maglietta. Sui risultati finora ottenuti il direttore generale è soddisfatto: "Nell'anno 2008 i ricoveri ospedalieri sono stati 5070, di cui il 34,6 per cento da fuori regione (+3 per cento rispetto al 2007) e sono state erogate 376.113 prestazioni ambulatoriali esterne, di cui il 19,5 da fuori regione. Poi c'è il dato assolutamente di rilievo: non abbiamo liste di attesa".

La visita che compiamo nella "pancia" del Crob ci conferma le impressioni iniziali. Qui nulla viene lasciato al caso, anzi: il senso di protezione contro la malattia



sembra assoluto.

Accompagnati nel "bunker" da Giovanni Storto, direttore di Medicina nucleare, e da Piernicola Pedicini, fisico del reparto di Radioterapia, si ha netta la sensazione dell'elevata sicurezza e efficacia delle tecnologie utilizzate. "Nella medicina nucleare ai pazienti vengono somministrati radiofarmaci che possono essere utilizzati per scopi diagnostici e terapeutici", chiarisce Storto.

Il reparto di degenza ha ricoveri in regime protetto. Le stanze sono rivestite di piombo. Il paziente trattato emette radiazioni fortissime. Le stanze sono pulitissime, i bagni iper-igienici, il paziente viene monitorato 24 su 24 ore. Ha il suo telefono e la sua televisione. Si riescono a ricoverare 6 pazienti alla settimana, "ed è un buon trend", sostiene Storto. Il bacino di utenza attuale è praticamente rappresentato dalla Puglia. Vengono da Taranto, Lecce, Brindisi e Bari. Meno dalla Basilicata. E Storto non nasconde un po' di delusione.

Ci sono tante eccellenze nel reparto. Da una cappa per la produzione e la marcatura dei radionuclidi a una cassaforte che contiene lo iodio radioattivo. Dalle marcature delle cellule autologhe dei pazienti alle gamme camere. Ma è su una, soprattutto, che si incentra l'attenzione del dottore: la Pet/Tac mobile. "Una delle più importanti innovazioni nel campo della diagnostica – precisa – che consente di fare uno studio morfologico e metabolico, allo stesso tempo". "Con uno dei radiofarmaci utilizzati – spiega Storto – andiamo ad esplorare la via presente del glucosio (il tumore più è attivo e più mangia zucchero)". Il dottore ci fa osservare una ricostruzione tridimensionale (la "bambolina", così la chiama) della distribuzione, apparentemente fisiologica, del glucosio marcato. "Allo stesso tempo, il paziente ha fatto una Tac dalla quale si osserva l'organo interessato, quanto è attivo metabolicamente e se si concentra glucosio", chiosa il direttore di medi-



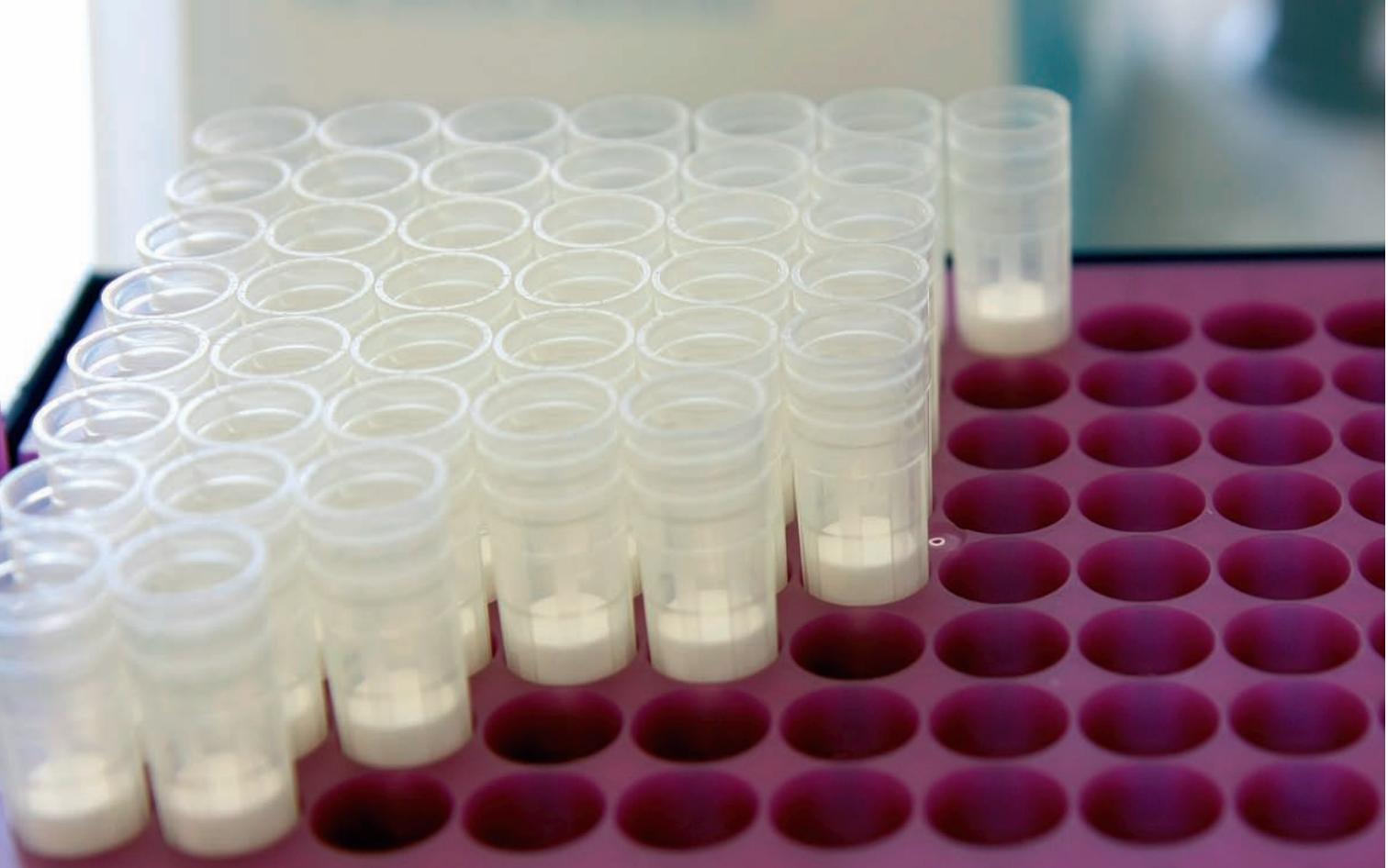
cina nucleare.

Sul fronte della Radioterapia, Pedicini ci spiega le maggiori innovazioni del reparto. Ad iniziare dall'implementazione, a breve, del terzo acceleratore che consentirà di mettere in pratica le tecniche avanzate del gating respiratorio. Spiega Pedicini: "La finalità di questa tecnica è quella di ridurre i volumi di trattamento. Il polmone è molto sensibile alle radiazioni: se si hanno dei volumi grossi, si andrà, sì, a curare la malattia, ma con conseguenze gravi". Poi c'è la Brachiterapia: la sorgente di irradiazione viene introdotta nelle cavità naturali dei pazienti dove la malattia è localizzata. Le terapie possono essere ad alto o basso dosaggio di radiazione, con una sostanziale differenza nei tempi di trattamento. Potentissimi software da 100 mila euro gestiscono e calibrano le dosi di radiazioni, facendo intervenire i dottori in modo preciso e capillare. Innovazione, tecnologia sofisticata e competenza al servizio dei cittadini.

#### LE ECCELLENZE 4 / GLI SCREENING DI PREVENZIONE DEI TUMORI

Nel luglio 2007 la Basilicata è stata tra le prime regioni d'Italia ad avviare la campagna di vaccinazione contro l'Hpv, il papilloma virus umano, principale responsabile del cancro al collo dell'utero. Un passo che segue l'esperienza ormai decennale del programma di screening oncologici del progetto "Basilicata Donna", pensati per la prevenzione del tumore della mammella e del tumore del collo dell'utero, e del più recente programma di screening esteso alla diagnosi del cancro colon-rettale, destinato anche agli uomini.

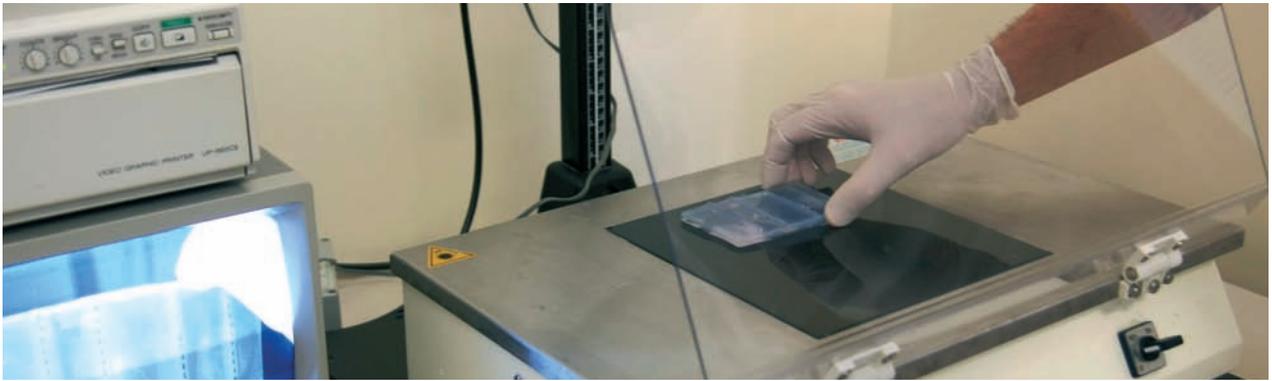
Prevenzione e controllo costante e continuato, a tutela della salute della perso-



**In alto e nella pagina accanto:**  
il laboratorio di genomica del centro di ricerca  
dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera  
(foto di Michele Morelli)

na, e della donna in particolare, entrambi fiori all'occhiello della sanità lucana, che di quell'apparentemente scontato e quasi antico "prevenire è meglio che curare" ha fatto il suo motto.

Il progetto regionale "Basilicata Donna", con un programma di controllo gratuito, coinvolge circa 227 mila persone: 67 mila per la mammografia, 160 mila per il pap-test. Promosso dall'assessorato regionale alla Salute della Basilicata, sulla base delle considerazioni della comunità scientifica internazionale, e in collaborazione con le Aziende sanitarie della regione, il progetto negli anni si è proposto obiettivi definiti, e continua a farlo. Dalla riduzione della mortalità per i due tumori che aggrediscono il corpo della donna al miglioramento della qualità della vita per le pazienti in cura, alla sensibilizzazione della popolazione ad una sempre maggiore attenzione alla prevenzione. È articolato operativamente su tre centri di riferimento per la lettura dei pap-test e delle mammografie: l'Ircs-Crob di Rionero, l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera. Tra i centri di riferimento per la lettura degli screening mammografici rientra anche l'Asp di Potenza. L'esame è rivolto a donne che abbiano tra i 50 ed i 69 anni. La procedura prevede l'invio a casa di un "invito" in cui sono indicati luogo, data e ora dell'esame, con la possibilità, grazie a una semplice telefonata, di spostare l'appuntamento. Da settembre 1999, anno di attuazione del progetto, sono stati poco meno di 175 mila gli esami mammografici effettuati, oltre 326 mila le donne invitate, 646 le neoplasie maligne individuate. Già dai suoi primi anni di attuazione, il programma ha servito anche i comuni più lontani dai Centri Screening, effettuando le mammografie su mezzi mobili attrezzati, consentendo anche a donne che non si erano mai sottoposte all'esame, soprattutto le più anziane, di potervi accedere.



Quanto al pap-test, è destinato a donne dai 25 ai 64 anni d'età e si propone di prevenire e diagnosticare precocemente il tumore del collo dell'utero. Come nel caso della mammografia, anche per l'esame cervico-uterino la donna si presenta al Centro screening con la lettera d'invito che dà diritto alla prestazione gratuita. Successivamente viene recapitata la comunicazione contenente il risultato dell'indagine e, se necessario, si procede ad ulteriori approfondimenti.

Nell'ambito del progetto "Basilicata Donna", per la parte dello screening del cancro della cervice uterina, in questi dieci anni, e fino allo scorso giugno, sono stati oltre 422 mila i pap test, e più di 131 mila le donne che si sono sottoposte almeno ad un esame. Sono state 135 le neoplasie maligne diagnosticate, 1500 le precancerosi: situazioni che prevedono un percorso personalizzato per evitare completamente la malattia. L'obiettivo principale di questo screening è proprio scoprire le precancerosi per evitare la neoplasia.

Guarda alle donne di domani, nel tentativo di garantire la prevenzione primaria contro il cancro del collo dell'utero, la vaccinazione contro l'Hpv, strumento non alternativo al pap test, ma integrativo. La Regione ha destinato il ciclo delle tre dosi di vaccino gratuito non solo alle dodicenni, come dettato dal Ministero della Salute, ma anche alle quindicenni, alle diciottenni e alle venticinquenni. Dei due vaccini disponibili, in Basilicata è stato adottato il tipo tetravalente che protegge da quattro dei cento tipi noti di papilloma virus umano. I dati aggiornati al 31 dicembre 2008, forniti dal Dipartimento Salute - Ufficio Politiche della Prevenzione - riferiscono che la copertura della vaccinazione per le dodicenni lucane sfiora l'85 per cento, l'80 per le 15enni, e, ancora, il 78,10 e il 52,16 per cento rispettivamente per le diciottenni e le venticinquenni.

L'eccellenza lucana in campo preventivo è confermata anche dal progetto di screening del cancro colon-rettale, promosso e finanziato dalla Regione Basilicata in due round. Il primo (per un costo pari a 2 milioni di euro), relativo agli anni 2005/2007, ha visto un tasso di adesione da parte della popolazione nella fascia di età compresa tra i 50 e i 70 anni pari al 34 per cento del totale della popolazione di circa 135 mila cittadini residenti. Il secondo (costo totale circa 1 milione di euro), iniziato a novembre 2008, riguarda l'anno finanziato 2008/2009, e terminerà a novembre 2009. In questo step è stata sottoposta a controllo direttamente la popolazione di cittadini residenti tra i 60 ed i 70 anni, pari a circa 70 mila persone tra maschi e femmine.

Entro la fine dell'anno potrebbe essere completamente operativo un altro progetto a carattere preventivo, ad oggi attivo in Basilicata in via sperimentale.

Si tratta dello screening genetico di alcune forme tumorali, tra le quali anche quello mammario, del colon retto e il carcinoma prostatico. Obiettivo del pro-



Due immagini del centro di ricerca dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera (foto di Michele Morelli)



getto, realizzato dagli ospedali Madonna delle Grazie di Matera e San Carlo di Potenza, dal Crob di Rionero in Vulture e dall'Agrobios, è un nuovo passo a favore della diagnosi precoce e della prevenzione della malattia, focalizzando questa volta l'attenzione su quei nuclei familiari in cui si sono verificati casi in precedenza.

A. P.

## LE ECCELLENZE 5 / I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI

### Cristiana Lopomo

I Dipartimenti interaziendali di Prevenzione sono stati previsti con appositi deliberati regionali circa 5 anni fa e sono organizzati in Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale. Implementato il modello dipartimentale (L.r. 31 agosto 2001 n.39) quale strumento di armonizzazione e razionalizzazione dei servizi e delle risorse, lo schema d'interazione ha già prodotto effetti con punte d'eccellenza in più di un caso. Particolarmente intuitivo risulta lo schema posto alla base del funzionamento dei Dipartimenti interaziendali, da considerare quasi come una sorta di "anelli operativi e funzionali che agiscono in senso orizzontale lungo il territorio" e rendono disponibile al paziente un percorso assistenziale pressoché completo, costituito da tre livelli di prestazioni:

- I livello: le prestazioni garantite dai medici di assistenza primaria e dagli ambulatori distrettuali e ospedalieri che, dislocati sull'intero territorio regionale,



Domenico Lacerenza

erogano i servizi sociosanitari di base;

- Il livello: le prestazioni erogate dalle Unità operative individuate presso gli ospedali del territorio a seconda della peculiare specializzazione di ognuno;
- III livello: le prestazioni altamente specializzate garantite dall'azienda sanitaria competente per la casistica più complessa.

Nel panorama sanitario regionale brillano, in particolare, tre casi di eccellenza: si tratta dei Dipartimenti interaziendali di Oculistica, di Reumatologia e di Neuropsichiatria dell'età evolutiva. Ad un passo dalla loro definitiva ufficializzazione all'interno del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, alla luce delle più recenti processi di semplificazione, questi Dipartimenti sono ormai pienamente operativi sul territorio ed hanno fatto registrare significativi risultati.

### *Dipartimento Interaziendale di Oculistica*

La volontà della Regione Basilicata di realizzare il Dipartimento interaziendale di Oculistica trova chiara esplicitazione in una delibera della Giunta del luglio 2008 con cui, per la prima volta, ha trovato consistenza l'idea di realizzare una Rete specializzata di Oculistica che agisse sull'intero territorio regionale; un'idea, tra l'altro, lanciata ancor prima, a gennaio 2008, con la firma del protocollo d'intenti da parte delle allora cinque Asl lucane, con l'unica esclusione del San Carlo.

Da settembre 2009 il Dipartimento di Oculistica si regge stabilmente sulle proprie gambe e corre lungo una rete specializzata che attraversa, per il momento, solo il territorio dell'Asp. Si tratta di un importante traguardo per un processo che attende ancora di trovare il suo definitivo completamento anche sul terreno dell'Asm e, dunque, l'attivazione ufficiale di un vero e proprio Dipartimento interaziendale. A quella prima delibera del luglio 2008, sarebbe dovuta seguire la costituzione di un Comitato permanente che avrebbe riunito i direttori generali delle Asl lucane aderenti al progetto, al fine di definire tempestivamente le linee guida del costituendo Dipartimento interaziendale di Oculistica, che avrebbe preso ad operare al più presto e sull'intero territorio regionale. A tutt'oggi però il Comitato permanente non è stato ancora costituito. Il processo di razionalizzazione sanitaria, infatti, nell'ottica della creazione di due sole aziende sanitarie, ha di fatto "raffreddato" l'intero processo, procrastinando la creazione e l'ufficializzazione del Dipartimento interaziendale di Oculistica a quando il nuovo assetto della sanità lucana avrà trovato attuazione definitiva. Nella provincia di Potenza la rete è costituita dalle unità operative di Venosa, Villa d'Agri e Chiaromonte. "Da settembre 2009 – spiega il dottor Domenico Lacerenza, direttore del Dipartimento di Oculistica – gli ambulatori territoriali che rappresentano il I livello di prestazioni, sono collegati in rete con le Unità operative di Oculistica, di Chiaromonte e di Villa d'Agri, che rendono disponibili le prestazioni specializzate di II livello che prima erano possibili solo a Venosa, adesso diventato centro di prestazioni di III livello". Chirurgia vetroretinica, chirurgia corneale (trapianto corneale, trapianto endoteliale, "cross linking") e chirurgia refrattiva: sono solo alcuni dei capitoli disponibili, dallo scorso mese di settembre, non più solamente all'Unità operativa di Venosa, ma anche a Chiaromonte e a Villa d'Agri. Ad essere costantemente impegnata nell'erogazione di prestazioni specializzate di II livello circa una decina di specialisti oculisti ospedalieri dell'intera l'Asp. A tali risorse si deve aggiungere, poi, il contributo prezioso di specialisti territoriali che operano negli ambulatori dislocati sul territorio della provincia di Potenza e che erogano prestazioni di I livello, i cosiddetti medici "sumaisti". Secondo i dati forniti, relativi al 2008, sono stati oltre 2mila i pazienti operati presso l'Unità operativa di



Ignazio Olivieri  
(foto Studio Immaginando)

Venosa per le molteplici patologie dell'occhio: di questi circa 500 sono venuti da fuori regione; altrettanti sono stati quelli provenienti da fuori i confini di competenza dell'Asl di Venosa; circa mille, invece, sono stati i pazienti appartenenti alla stessa Asl 1. Considerevole risulta, pertanto, il peso della migrazione attiva, cioè verso il centro specialistico venosino: un trend positivo che adesso, si dovrà calibrare rispetto al nuovo e più articolato scenario. "Resta, tuttavia, anche per il 2008 - sottolinea Lacerenza - il dato di una migrazione passiva verso i centri specializzati della Puglia, soprattutto per le patologie retiniche e corneali, a cui ricorrono in particolare i cittadini dell'area murgiana e jonica. L'auspicio di tutti noi - conclude - è che tale migrazione passiva possa essere gestita mettendo in rete anche questi territori con il Dipartimento interaziendale dando così proseguo ad un percorso già avviato".

### *Dipartimento Interaziendale di Reumatologia*

Il Dipartimento Interaziendale di Reumatologia è nato nel 1999 con un'intesa fra l'azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e l'allora Asl 4 di Matera. L'accordo prevedeva la creazione di ambulatori specialistici negli ospedali dei due capoluoghi lucani, del reparto di degenza e di day Hospital nel solo Ospedale San Carlo e di ambulatori periferici nelle altre Asl della Regione. La direzione del Dipartimento interaziendale fu affidata al dottor Ignazio Olivieri, reumatologo materano in Servizio presso la Divisione di Reumatologia dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna il quale ricorda ancora, per filo e per segno, la telefonata ricevuta dall'allora assessore alla Sanità, Filippo Bubbico, nell'estate del 1998. "L'assessore mi spiegò - racconta il dottor Olivieri - l'idea di voler creare in Basilicata una Rete regionale di Reumatologia che potesse riunire le 5 Asl, allora previste, secondo lo schema di ambulatori periferici interconnessi ai centri specializzati dell'Azienda San Carlo e dell'Ospedale di Matera. Per questo progetto serviva una persona già formata, nota nell'ambiente reumatologico e che ci credesse fermamente. Così tornai in Basilicata e da allora non me ne sono più andato".

Il progetto, unico in Italia, del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia è da allora una realtà all'avanguardia nell'intero panorama sanitario nazionale, e non solo. Metà degli otto posti di degenza ordinaria dell'Unità Operativa dell'Ospedale San Carlo sono occupati costantemente da pazienti provenienti da fuori regione. Delle 18mila prestazioni ambulatoriali, che ogni anno vengono eseguite negli ambulatori dei due ospedali, il 30% è a favore di pazienti provenienti dalle altre regioni meridionali ma anche da Lazio, Abruzzo, Toscana ed Emilia Romagna. Inoltre, nel Dipartimento è stata svolta ed è svolta un'importante attività di ricerca clinica e farmacologica che ha posto il Dipartimento Interaziendale fra le prime strutture reumatologiche del Paese. "Quell'iniziativa, certamente d'avanguardia - prosegue Olivieri - fu presentata, nel corso dello stesso anno, nella prestigiosa cornice del circolo della stampa di Milano e proprio qui torneremo, a breve, per presentare il Dipartimento Regionale di Reumatologia di prossima istituzione". Il Direttore Generale dell'Ospedale Regionale San Carlo, Giovanni De Costanzo, ha infatti proposto alla Giunta regionale, nel luglio 2009, la trasformazione del Dipartimento Interaziendale in Dipartimento Regionale di Reumatologia. Il progetto è il frutto di un accurato lavoro di esperti che hanno proceduto a stilare le linee guida necessarie alla definizione dell'intesa tra l'Asp, l'Asm e l'Azienda Ospedaliera San Carlo alla luce del nuovo riassetto territoriale del Sistema sanitario regionale. Lo schema di integrazione tra modello organizzativo e percorsi assistenziali, prospettato nel protocollo d'intesa, individua nei medici



Reparto di Reumatologia  
dell'ospedale "San Carlo" di Potenza  
(foto Studio Immaginando)

di assistenza primaria e negli specialisti del Dipartimento che opereranno negli ambulatori distrettuali e ospedalieri i principali soggetti erogatori delle prestazioni di I livello. "A loro - sottolinea ancora Olivieri - spetterà il compito di avere il primo e più importante contatto con il paziente che dovrà essere indirizzato ai livelli socio-assistenziali successivi, a seconda della gravità della patologia".

Il modello organizzativo e funzionale del Dipartimento Regionale di Reumatologia individua nell'ospedale Madonna delle Grazie di Matera e in quello di Lagonegro le strutture sanitarie specializzate che garantiranno l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie di II livello; infine, nell'Ospedale San Carlo la struttura per le prestazioni di III livello.

L'accordo prospettato al Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà sociale della Regione Basilicata, insomma, indica chiaramente di continuare lungo quella strada intrapresa con convinzione sin dal lontano 1998: la concorrenza tra le diverse strutture di uno stesso territorio non è utile e deve necessariamente cedere il passo all'integrazione sempre più stretta ed alla cooperazione per dare a tutti i pazienti lucani le stesse possibilità di essere curati al meglio, ovunque si trovino, lungo un percorso sanitario-assistenziale di qualità. Nel corso degli anni, agli specialisti del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia si devono numerose pubblicazioni sulle riviste specializzate internazionali dotate di impact factor. In particolare, specifici approfondimenti hanno riguardato alcune delle artriti croniche: le spondiloartriti. Si tratta di un gruppo di affezioni che hanno comuni manifestazioni cliniche e comune predisposizione genetica. Esse sono: la spondilite anchilosante, l'artrite psoriasica, l'artrite reattiva, l'artrite associata alla colite ulcerosa ed alla malattia di Crohn e le spondiloartriti indifferenziate. Tali malattie colpiscono l'1,5% della popolazione generale, indipendentemente



Il centro radiologico dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera (foto di Michele Morelli)

dal sesso e dall'età. Pubblicazioni di rilievo hanno anche riguardato una rara patologia, la malattia di Behçet, per la quale il Dipartimento lucano si qualifica come centro nazionale ed internazionale di riferimento.

#### *Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria dell'età Evolutiva*

È stata la delibera della Giunta regionale n° 1830 del 27 luglio 2004 ad indicare ai cinque Direttori Generali delle Asl lucane la strada da intraprendere per la creazione del Dipartimento interaziendale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva (Dinpee). Un percorso che ha preso avvio sotto i migliori auspici, stante la piena disponibilità espressa.

A quasi due anni di distanza da quel primo deliberato, il primo gennaio 2006, il Dipartimento di neuropsichiatria dell'età evolutiva ha iniziato a lavorare: ma solo quattro delle cinque aziende sanitarie complessive, hanno inizialmente aderito al progetto. Secondo le aspettative, infatti, l'ex Asl 1 Venosa, l'ex Asl 3 Lagonegro, l'ex Asl 4 Matera e l'ex Asl 5 Montalbano Jonico hanno attivato realmente e sin da subito le loro specifiche attività, mentre sul territorio del potentino, tanto l'ex Asl 2 quanto l'Azienda sanitaria San Carlo, non avevano proceduto a definire l'adesione al Dinpee. Poi, ad ottobre 2006 arriva il protocollo d'intesa del San Carlo con il Dinpee finalizzato a consentire prestazioni di consulenza neuropsichiatrica infantile ai ricoverati presso il reparto ospedaliero di pediatria.

"Nel corso del tempo si sono consolidate le relazioni tra le diverse Unità operative; si sono svolti incontri, eventi, riunioni; e sempre più stringente si è rivelata la collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, il Tribunale dei minori, Associazioni delle famiglie presenti, in prima linea, alle riunioni del Comitato del



Dipartimento che si riunisce periodicamente ogni tre mesi”.

È quanto tiene ad evidenziare il dottor Carlo Calzone, alla direzione del Dipartimento interaziendale di Neuropsichiatria Infantile dal suo avvio e fino al 31 dicembre 2008. Da allora ad oggi, infatti, l’incarico della direzione non è ancora stato rinnovato a fronte del riassetto complessivo delle Asl che ha indotto a procrastinare tanto l’atto aziendale che ufficializza la nuova nomina, così come la più ampia riformulazione dell’intero Dipartimento interaziendale sulla base di una nuova intesa tra le due nuove aziende sanitarie.

Ad oggi, solo l’Asm ha confermato e rilanciato il suo impegno nel progetto: ai primi di luglio 2009 ha, infatti, presentato alla Regione Basilicata il suo specifico atto aziendale a cui farà seguito la definizione di un nuovo accordo con nuove regole per tutti i soggetti coinvolti.

Il Dinpee si articola in diversi livelli di attività e con strutture operative diffuse sul territorio regionale. La funzione di primo livello, identificazione dei problemi e presa in carico territoriale è svolta dalla rete dei pediatri di libera scelta e dai consultori familiari distribuiti sul territorio, uno ogni 20 mila abitanti.

Queste attività risultano particolarmente importanti per una diagnosi tempestiva delle patologie neuropsichiatriche per la cui età media di insorgenza si è progressivamente abbassata, ed ora è stimata intorno ai tredici anni e mezzo.

“È molto importante - sottolinea Calzone - che i pediatri nel corso dei periodici bilanci di salute nei momenti cruciali dello sviluppo del bambino, identifichino i segnali di rischio di disturbi neuropsichiatrici”. Secondo la prassi generalmente seguita, il pediatra invia una lettera allo specialista, in cui spiega nei dettagli le anomalie riscontrate nel paziente. “È fondamentale il ruolo dei pediatri sul territorio - evidenzia ancora Calzone - poiché hanno il compito di sollecitare tem-

pestivamente ed indicare il percorso sanitario da seguire. Spetta allo specialista approfondire, diagnosticare ed erogare gli altri livelli di prestazione".

Gli ambulatori territoriali di II livello (dove si fa diagnosi e si danno indicazioni terapeutiche sui disturbi a minor complessità per i pazienti residenti) sono dislocati a Matera, nell'ex Asl 5 di Montalbano jonico e nell'ex Asl 3 di Lagonegro. Inoltre, presso l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera è attivo un ambulatorio per i pazienti provenienti da altre Aziende Sanitarie.

Per i ricoveri ospedalieri il Dipartimento di Neuropsichiatria dell'età evolutiva si appoggia al reparto di Pediatria: "una scelta ponderata - spiega Calzone - sulla base del fatto che riteniamo più giusto che un bambino o un ragazzo per essere curato debba trovare collocazione sempre e comunque in un ambiente pediatrico, senza fare distinzione tra le patologie".

Un day hospital diagnostico e terapeutico è attivo presso l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera, identificato come centro di III livello per le patologie più complesse, che possono necessitare di accertamenti strumentali. Presso i servizi di neuropsichiatria vengono trattati i disturbi psichiatrici e neurologici in età infantile ed adolescenziale con trattamenti riabilitativi logopedici e motori e con percorsi assistenziali integrati che prevedono interventi psico-sociali e farmacologici. Presso l'unità operativa complessa di Neuropsichiatria infantile di Matera nel corso del triennio di attività del Dinpee 2006-2008 sono state effettuate 1509 prime visite ambulatoriali a 732 nuovi pazienti (48%) residenti nella provincia di Matera, 356 (24%) provenienti dalla provincia di Potenza e 421 (28%) da altre regioni.

Dal 2006 al 2008 il numero di nuove visite per residenti nella provincia di Potenza è aumentato dalle 96 unità del 2006, alle 154 del 2008 (+67%), mentre sono calate negli stessi anni dell'11% quelle dei residenti in provincia di Matera. "Nonostante gli sforzi della direzione della Asm per rinforzare l'offerta di servizi agli utenti, la carenza dei servizi territoriali in alcuni ambiti regionali comporta un sovraccarico dell'ambulatorio e del Day hospital del Madonna delle Grazie di Matera, presso il quale - dice Calzone - si devono attendere in media almeno tre mesi per avere la prima visita e dai quattro ai sei per un day hospital. Un rinvio nel tempo che è ancor più insopportabile, considerando che una diagnosi ed un intervento tempestivi possono significativamente per ridurre l'impatto dei sintomi sullo sviluppo dei bambini".

A fronte dei sei dirigenti medici e di uno specialista ambulatoriale che operano nel territorio dell'Asm, nel territorio della Asp è presente solo uno specialista ambulatoriale con un numero congruo di ore. Pertanto il problema della migrazione sanitaria dei pazienti con patologie neuropsichiatriche infantili dalla Provincia di Potenza verso Matera o verso altre Regioni rimane un fenomeno rilevante, più volte denunciato dai pediatri del territorio.

Un nuovo impulso alla soluzione del problema è arrivato il 19 maggio 2009 con la delibera della Giunta regionale n° 920/2009 sulla "Proposta di qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile e costituzione della Fondazione in partecipazione Stella Maris Mediterraneo Onlus", in collaborazione con l'Irccs Stella Maris di Calabrone di Pisa. Questa prestigiosa istituzione, che è un punto di riferimento nazionale ed internazionale per la neuropsichiatria dell'età evolutiva, registra che il 40% della sua utenza proveniente dalle regioni meridionali. La Stella Maris Mediterraneo si propone di divenire in Basilicata un polo di eccellenza per queste patologie con valenza sovraregionale. Infine, tra i progetti in cantiere: un centro specialistico a Chiaromonte per l'autismo e un polo di ricovero in Provincia di Matera per le patologie psichiatriche gravi in adolescenza.



Il centro radiologico dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera (foto di Michele Morelli)

## LE ECCELLENZE 6 / LE RETI REGIONALI PER LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE – TERRITORIO

### Cristiana Lopomo

È un problema di programmazione sanitaria di non facile soluzione quello relativo all'integrazione fra ospedale e territorio nell'ottica di spostare l'asse di intervento, nel caso delle patologie croniche, il più vicino possibile al cittadino, mantenendo elevato e costante il livello di qualità tecnica e contenuto quello della spesa sanitaria complessiva. È su questo terreno che si gioca, d'altronde, la grande partita del riassetto delle Asl lucane secondo logiche di semplificazione, efficacia ed efficienza: un processo complesso e delicato che inevitabilmente dovrà bilanciare da un lato, il rapporto qualità/costi che suggerisce di concentrare le funzioni assistenziali complesse; dall'altro, gli aspetti relativi ad accessibilità, tempestività e flessibilità che rappresentano ragioni valide a favore della distribuzione dei servizi.

La realizzazione di Reti Integrate di Servizi Ospedale – Territorio ha l'obiettivo di combinare le esigenze di accessibilità con quelle di qualità ed efficienza facendo prevalere la mobilità degli operatori rispetto a quella dei malati. La Regione Basilicata ha ritenuto il modello di assistenza in Rete adeguato alla propria realtà, in particolare, perché in grado di esaltare le professionalità presenti e migliorare l'offerta globale di assistenza sanitaria, senza aumentare in maniera significativa la spesa sanitaria.

L'architettura delle Reti in Basilicata si ispira al modello Hub & Spoke, che garantisce un'idea dinamica dell'assistenza, collegata al grado di complessità e quindi



Un elicottero del 118  
(foto Studio Immaginando)

organizzabile per livelli di diagnosi e cura e di assistenza.

Quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede di assistenza da unità più semplici (Spoke) ad unità più complesse di riferimento (Hub) utilizzando, secondo le peculiarità di ciascuno, le diverse strutture esistenti in una definita area territoriale. Il modello funzionale del sistema assistenziale sanitario, cioè, ricorre ad un modello caratterizzato dalla concentrazione della casistica più complessa in centri specializzati (Hub) in grado di garantire indubbi standard di qualità dell'assistenza; e il trattamento della casistica meno complessa in centri periferici (Spoke) strettamente integrati funzionalmente con le Hub.

A supporto delle Reti, inoltre, sono stati predisposti servizi di Telemedicina - teleconsulto ed è già in fase di sperimentazione la Rete informatica che permette l'interazione diretta tra il più piccolo centro fino all'ospedale specializzato di III livello che renderà consultabile da qualunque punto della Rete la cartella clinica di un paziente.

Questo sarà possibile grazie al sistema Lumir (di cui si parla diffusamente in un altro articolo di questo speciale), con cui sarà messo a disposizione della Rete il fascicolo sanitario elettronico che conterrà, fra l'altro, tutti i dati biomedici, oltre alla storia clinica ed agli esami eseguiti dal paziente. Tale strumento nasce dalla collaborazione fra Regione Basilicata e Cnr e rappresenta una svolta enorme per l'intera sanità lucana. Per meglio intendere l'entità di questa rivoluzione basti solo pensare, ad esempio, alla possibilità per un operatore del 118 di accedere già presso il domicilio del paziente a tutte le informazioni, utilizzando un semplice palmare collegato ad internet, velocizzando le decisioni sui casi dubbi e l'avvio delle terapie indicate.



### 118 - Rete Regionale dell'emergenza - urgenza

Oltre 40 interventi al giorno, per un totale di 15mila all'anno; ma le telefonate che quotidianamente arrivano alla centrale del 118 sono molte di più: oltre 500. Meno del 10% di tutte le chiamate generano un evento che necessita di una reale situazione di emergenza; del restante 90%, circa il 30% consiste in chiamate di servizio tra la Centrale e le postazioni territoriali di soccorso, la rimanente quota del 60%, invece, in telefonate improprie con una buona percentuale di telefonate di disturbo, al limite del procurato allarme. Numerose le chiamate finalizzate a conoscere la farmacia di turno o ad avere qualche consiglio quando il medico di famiglia non risponde. "L'utenza è solita chiamare il 118 per qualunque tipo di problema per il semplice fatto che la risposta c'è sempre, 24 ore su 24, senza preoccuparsi che in questo modo si distolgono risorse destinate ad occuparsi di chi ha realmente bisogno tempestivamente di una adeguata risposta sanitaria urgente". Non transige su queste cattive abitudini il dottor Libero Mileti, direttore del Servizio di Emergenza (118) della Basilicata, che negli anni ha visto la Rete dell'emergenza crescere e consolidarsi nonostante il trend pressoché costante di telefonate improprie. La lunga storia del 118 risale al Dpr del 1992 che, per la prima volta, indicava come prioritaria l'organizzazione del servizio di emergenza su tutto il territorio nazionale. Il provvedimento, inoltre, richiamava, l'attenzione sulla necessità di garantire un sistema di soccorso in massimo 8 minuti nelle aree urbane ed in 20 minuti in quelle extraurbane. Nel 1999 la Regione Basilicata, recependo gli atti normativi di indirizzo, istituisce la Rete regionale dell'emergenza - urgenza denominata "Basilicata Soccorso" con l'apposita legge regionale n° 21. Ma Basilicata è l'ultima regione d'Italia ad attivare questo servizio perché solo a maggio del 2004, pur se in fase sperimentale, prende avvio il sistema di emergenza Basilicata Soccorso. Successivamente, la legge regionale di riordino del sistema sanitario regionale n. 12 del 2008 dispone, insieme alla riduzione del numero delle Asl regionali, anche la soppressione di Basilicata Soccorso e la sua sostituzione con un Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria (Dires). Tale struttura operativa unitaria a carattere interaziendale è istituita presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e si occupa della gestione in forma coordinata del sistema sanitario dell'emergenza - urgenza attraverso un'apposita convenzione stipulata tra l'As Potenza, l'As Matera e l'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo". Il sistema di emergenza territoriale è un sistema dinamico per definizione ed è da immaginare come una copertura elastica in grado di allentarsi e stringersi a seconda delle necessità. Questa capacità costante di adattarsi alle varie situazioni, consente di ridisegnare sempre una nuova mappatura

Libero Mileti

In alto a sinistra:  
un'infermiera del 118

A destra:  
la pista di atterraggio  
(foto Studio Immaginando)



Sopra:  
la pista di atterraggio

Nella pagina accanto:  
due immagini della centrale operativa  
(foto Studio Immaginando)

del territorio cercando di continuare a garantire in qualsiasi momento il soccorso in un tempo massimo 20 minuti. Le aree geografiche più difficili, oltre a quelle fortemente condizionate dalla difficile orografia (Pollino e area Nord), sono anche quelle a maggiore valenza turistica delle coste, delle Dolomiti lucane e del Materano. "Il servizio di emergenza del 118 - afferma Mileti - è fortemente dinamico e le ambulanze non possono assolutamente avere un vincolo territoriale di appartenenza: sarebbe opportuno che tale concetto fosse sempre ben chiaro agli amministratori locali. Ogni singola postazione territoriale del 118 fa parte di un insieme e non appartiene ad un singolo Comune. Di volta in volta deve adattarsi alle circostanze ed intersecarsi se necessario con altre aree di competenza per aumentare la copertura di un'area ben precisa. Quando un'ambulanza è impegnata, tutte le altre devono necessariamente collaborare per riempire quel vuoto che si è creato e spostarsi in maniera tale da garantire, in ogni momento, a tutti un soccorso in un tempo medio di 20 minuti".

Il Piano originario del 1999 prevedeva una rete territoriale per l'emergenza articolata in 57 postazioni mobili sull'intero territorio regionale, in grado di garantire un soccorso sanitario adeguato in un tempo medio di 20 minuti. Rispetto alle 57 postazioni previste, oggi ne sono attive 35 che dispongono di 25 veicoli di base (ovvero ambulanze con a bordo autista - soccorritore ed infermiere) e 10 ambulanze medicalizzate (cioè con la presenza anche di un medico). Una dotazione complessiva che assicura un'ambulanza ogni mille chilometri quadrati. Due, inoltre, gli elicotteri medicalizzati disponibili in particolari casi di emergenza e sempre pronti al decollo, uno dalla base di Potenza, l'altro da quella di Matera. Restano in attesa di attivazione ancora 22 postazioni del 118, di cui 21 nella provincia di Potenza ed una in quella di Matera, che disporranno complessivamente di 15 automediche (per le quali è previsto che il paziente non possa salire a bordo per essere trasportato in ospedale, piuttosto, trattandosi di auto 4x4 veloci e maneggevoli, sono in grado di muoversi rapidamente su ogni tipo di terreno o in spazi ridotti, consentono all'equipe sanitaria di muoversi rapidamente sul territorio) e 7 ambulanze base non medicalizzate.

---

#### Ambulanze medicalizzate

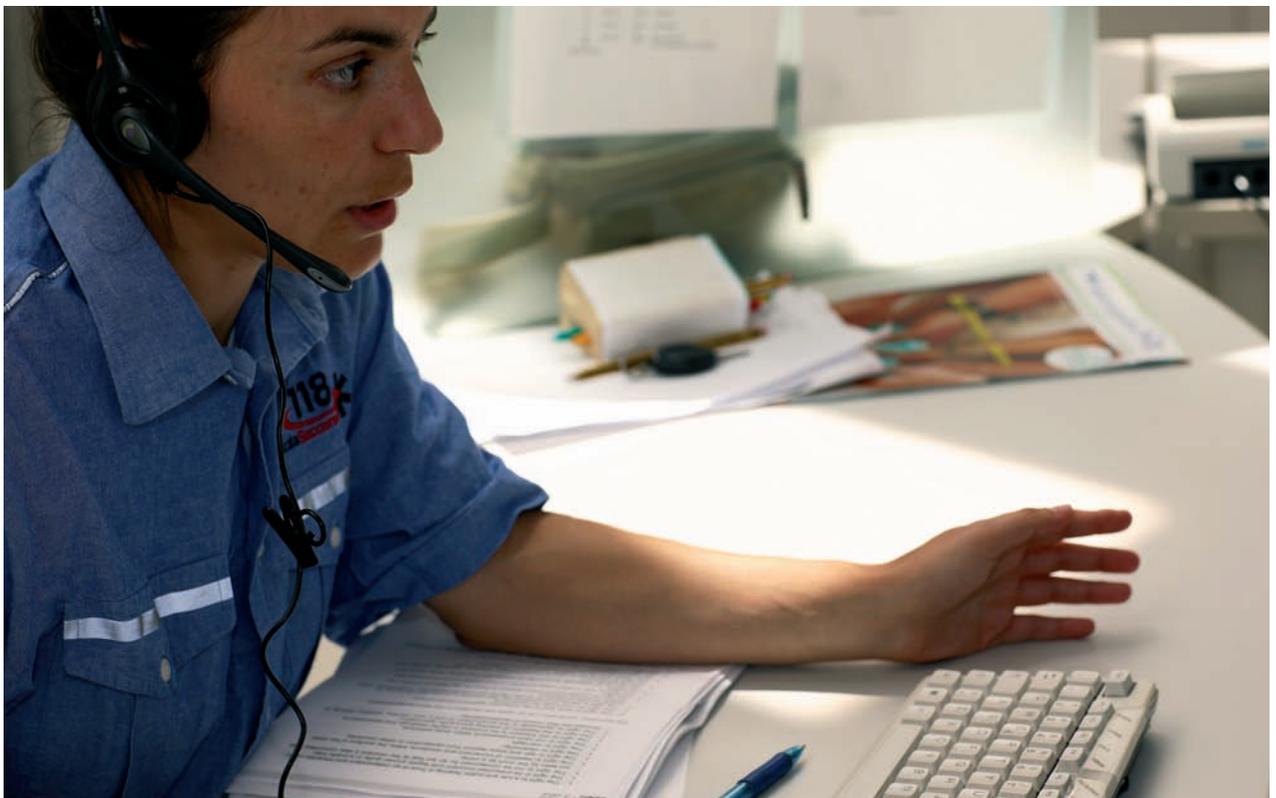
due a Potenza; una a Melfi, Venosa, Villa d'Agri, Lauria, Matera, Grassano, Policoro, Stigliano

---

#### Ambulanze non medicalizzate

una a Pescopagano, Lavello, Genzano, Brienza, Santarcangelo, Muro Lucano, Calvello, Moliterno, Corleto, Lagonegro, Maratea, Chiaromonte, San Costantino, San Severino, Viggianello, Matera, Ferrandina, Bernalda, Trivigno, Irsina, Tinchi, Craco, San Mauro Forte, Tursi, Enea di Rotondella

---





Reparto di cardiologia  
dell'ospedale "San Carlo" di Potenza  
(foto Studio Immaginando)

### Cristiana Lopomo

#### *Rete Integrata Ospedale - Territorio per l'emergenza coronarica in corso di infarto acuto del miocardio*

Dall'inizio del mese di luglio 2009 è attiva la "Rete territoriale per l'emergenza coronarica in corso di infarto acuto del miocardio", che gestisce l'emergenza cardiologia attraverso una rete integrata tra ambulanza del 118 e Utic. Sul territorio regionale l'Azienda ospedaliera San Carlo svolge ruolo di Hub (III livello) nei confronti delle 5 Spoke (II livello), ovvero le altre Utic, dislocate strategicamente sul territorio (Matera, Venosa, Policoro, Villa d'Agri, Lagonegro).

Già la delibera di Giunta, del 22 ottobre 2007, disponeva la realizzazione e l'attivazione della "Rete integrata ospedale - territorio per l'emergenza coronarica" prevedendo l'impiego, a bordo dei mezzi di Basilicata Soccorso (I livello), di un elettrocardiografo a 12 derivazioni per tracciare un elettrocardiogramma completo da trasmettere, per via Gsm, dal luogo dove si trova il paziente verosimilmente colpito da infarto e avere un contatto diretto e immediato con il cardiologo dell'Utic in grado di indicare al personale del 118 la migliore scelta terapeutica da attuare già a casa del paziente. Pertanto, si è reso necessario l'acquisto di 50 nuove ambulanze dotate di apparecchiature elettromedicali di ultima generazione. Le prime 15 ambulanze sono state assegnate nello scorso mese di aprile e, oltre ad aver sostituito i mezzi ormai vetusti, sono andate a rafforzare ulteriormente la Rete dell'emergenza soccorso. È questa la nuova frontiera dell'emergenza territoriale: la trasmissione pre-opedaliera dell'elettrocardiogramma completo del paziente consente di formulare a domicilio la più corretta diagnosi



Francesco Sisto  
(foto Studio Immaginando)

di sindrome Coronaria Acuta in pazienti con dolore toracico; individuare l'Utic della rete regionale più adatta a garantire la risposta assistenziale al paziente; poter avviare sin da subito un trattamento con farmaci in grado di sciogliere il trombo e risparmiare, pertanto, tempo prezioso.

Raggelanti i dati riferiti alle malattie cardiovascolari che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. Ogni anno in Italia, infatti, circa 150mila persone sono colpite da Infarto miocardico acuto (Ima); in Basilicata circa 1000. Negli ultimi anni a fronte di una significativa riduzione della mortalità intra - ospedaliera (grazie allo sviluppo delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologia, Utic, dal 25-30% degli anni '60 al 6-8% dei nostri giorni) è rimasto, purtroppo, invariato il numero dei decessi che avviene in fase pre - Utic al di fuori dell'ospedale: circa il 50% dei pazienti con Ima muore prima di poter raggiungere una struttura ospedaliera. Obiettivo della Rete è, quindi, quello di ridurre il più possibile il numero di decessi che avvengono in fase pre - Utic, cioè al di fuori dell'ospedale.

"È risaputo - spiega il dottor Francesco Sisto, direttore dell'Unità Operativa Cardiologia Utic e direttore del Dipartimento "Alta specialità del cuore" del San Carlo - che nel caso di infarto miocardico acuto 'il tempo è muscolo', nel senso che più tempo passa, più muscolo cardiaco muore. Dal luglio scorso la Rete regionale dell'emergenza coronarica in corso di infarto acuto del miocardio offre ai soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio il trattamento più rapido ed efficace possibile in relazione alle caratteristiche del paziente ed al luogo in cui si verifica l'evento. Ciò si traduce nella necessità di garantire un trattamento con farmaci fibrinolitici (in grado di sciogliere rapidamente il trombo responsabile dell'evento acuto) al maggior numero di pazienti possibile e di assicurare un trattamento con angioplastica ai pazienti con Ima ad alto rischio (shock, controindicazioni alla fibrinolisi, infarto esteso, fallimento della fibrinolisi)".

La gestione ottimale dei pazienti con Ima prevede, pertanto, la trasformazione del sistema tradizionale di diagnosi e cura, che si basa sulla concentrazione di tutti gli atti medici in un unico luogo (Utic dell'ospedale più vicino alla sede dove sono insorti i sintomi) ed effettuati solo da specialisti cardiologi, verso un sistema più complesso dove la diagnosi e la terapia delle primissime fasi potranno essere eseguite in sedi diverse dall'Utic (territorio, ambulanza, Ps) ed anche da altre figure professionali (ad esempio, i medici ed il personale dell'area emergenza-urgenza) in stretto contatto operativo con il Cardiologo dell'Utic di riferimento. "Sul territorio, dunque, a bordo anche della stessa ambulanza - evidenza il direttore dell'Utic del San Carlo - è possibile intervenire prontamente e dare avvio al trattamento farmacologico in collaborazione, a distanza, con il cardiologo dell'Utic. Questo sistema rappresenta il tentativo di mitigare il più possibile l'impatto negativo rappresentato dalla peculiare oro-topografia della nostra regione, guadagnare tempo e, pertanto, salvare più cuore". Riconosciuta, pertanto, la necessità di una maggiore cooperazione tra le strutture ospedaliere al fine di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi assistenziali, è stato istituito un gruppo per le emergenza coronarica. Coordinato dal dottor Sisto, il gruppo di esperti (in cui sono rappresentate tutte le strutture cardiologiche della Basilicata, del 118 e dei medici dei base) ha confermato la validità di un modello organizzativo che consente di spostare l'attenzione dal singolo intervento all'intero percorso assistenziale. È ormai definitivamente riconosciuta, infatti, la necessità di una maggiore cooperazione tra le strutture ospedaliere al fine di migliorare la efficienza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali a parità di risorse utilizzate.

I cardiologi lucani, in base alle linee guida nazionali, si sono fatti promotori della "Rete interospedaliera per le prestazioni cardiologiche" della Regione Basilicata, secondo lo schema "hub and spoke". Tale modello organizzativo è realizzabile mediante una razionalizzazione delle risorse disponibili basata sulla integrazione e sulla complementarità funzionale tra le singole strutture mediante l'organizzazione di un sistema di rete interospedaliera in grado di spostare l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale.

#### *Rete per lo scompenso cardiaco*

Lo Scompenso cardiaco costituisce oggi nel mondo occidentale - anche grazie alla aumentata sopravvivenza di pazienti colpiti da severe patologie cardiovascolari, in primis da cardiopatia ischemica, responsabile da sola di circa il 60% dei casi di scompenso cardiaco cronico - una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse. È la prima causa di ricovero per patologia e mortalità e l'andamento epidemiologico ha reso fin troppo comune l'identificazione dello scompenso cardiaco con la vera pandemia del nuovo millennio. Sono compresi tra i 15 mila e i 20 mila i lucani affetti da scompenso cardiaco. Se la Rete per l'Emergenza coronarica in corso di infarto acuto del miocardio agisce "a monte", cioè per risolvere nell'immediato le conseguenze apportate dal danno cardiaco rendendo accessibili tempestivamente terapie come ad esempio l'angioplastica o la trombolisi per evitare che l'infarto possa procurare il decesso del paziente, la Rete per lo Scompenso cardiaco, che in Basilicata opera a pieno regime dalla seconda metà del 2007, gestisce "a valle" le conseguenze della cronicizzazione della patologia, ovvero la cosiddetta "cardiopatia cronica".

Ospedalizzazioni ripetute per fasi di instabilizzazione, degenze mediamente più prolungate, coesistenza di patologie di più organi ed apparati nei pazienti: sono i problemi che, conseguenti alla cardiopatia cronica, comportano un elevato impegno per le strutture sanitarie e, dunque, un elevato costo sociale. Ad un anno di distanza dell'avvio della Rete per lo scompenso cardiaco in Basilicata le reospedalizzazioni sono calate di circa l'80%; la degenza media per Insufficienza cardiaca è scesa a 8,7 giorni/ricovero, contro una media nazionale di circa 11 giorni. Complessivamente si può stimare che il risparmio della spesa per i ricoveri per scompenso cardiaco, nel 2007, è stato di circa 6-700mila euro e a ciò si deve aggiungere una riduzione davvero considerevole del costo sociale in termini di diminuzione delle giornate di malattia, dei costi per le famiglie, di spesa sociale. Risultati, dunque, davvero significativi e non solo per il risparmio in termini economici e di spesa sanitaria regionale che si aggira intorno ad alcune centinaia di migliaia di euro. "Il risultato più importante - sottolinea il dottor Bartolomeo Silvestri, coordinatore tecnico della Rete - è da valutare in termini di miglioramento della qualità della vita e delle abitudini quotidiane. L'evidente riduzione del dato oggettivo di ricoveri rappresenta solo una briciola, rispetto al vero e più grande risultato: la restituzione di una vita normale al paziente e alla sua stessa famiglia che, non dimentichiamo, è direttamente coinvolta e assorbe integralmente tutte le ripercussioni di una grave patologia cardiologica".

Erede di una tradizione cardiologica comprovata, la Basilicata si caratterizza per una migrazione passiva ridotta al minimo per le patologie cardiovascolari. La Basilicata è regione pilota, infatti, per la gestione dello Scompenso cardiaco e suscita consenso il modello assistenziale realizzato e coordinato dal Tavolo tecnico istituito presso il Dipartimento Salute della Regione Basilicata. Dopo un'iniziale



Reparto di cardiologia  
dell'ospedale "San Carlo" di Potenza  
(foto Studio Immaginando)

fase "organizzativa", durata fino al settembre 2007, e poi di sperimentazione fino al dicembre 2007, dal gennaio 2008 il progetto è passato ad una graduale, ma costante messa a regime, con il passaggio alla fase "assistenziale". Per il ruolo di coordinatore sul territorio di tutti gli interventi a favore dei pazienti affetti da scompenso, il progetto pone particolare enfasi sul ruolo del medico di medicina generale, "che è il regista dell'intera rete - spiega Silvestri - e d'altronde non potrebbe essere altrimenti considerato che nel processo che porta 'l'ospedale verso il territorio' diventa pressoché naturale che ci sia qualcuno sul territorio nel ruolo di regista, in grado di seguire la patologia dal suo esordio e indicare al paziente la strada da seguire per il successivo follow-up. Nonostante il paziente con scompenso cardiaco sia un paziente considerato 'difficile' da gestire proprio per l'insorgere di molteplici complicazioni che spesso conducono a progressivi peggioramenti spesso gravi, il controllo della terapia ed i risultati ottenuti sono perfettamente gestibili dalle professionalità (infermieri e medici di base presenti sul territorio) che compongono un passaggio cruciale per realizzare il continuum assistenziale.

Per questo è imprescindibile una costante e ferrea formazione, soprattutto per le generazioni di colleghi più giovani". Secondo quanto previsto dalla delibera della Giunta regionale n° 418/2007, è atteso per l'autunno 2009 il prossimo programma di formazione per medici di medicina generale ed infermieri. Mentre per garantire il massimo della collaborazione e della disponibilità in "tempo reale" da parte delle strutture ospedaliere, si sta procedendo all'utilizzazione progressiva di un portale di telemedicina, teleconsulto e telecardiologia.

Attualmente sono quattro, più due in fase di attivazione, i centri spoke (II livello) sul territorio della Rete per lo scompenso cardiaco. Oltre agli ambulatori dedicati



Bartolomeo Silvestri

presso gli ospedali di Policoro, Lagonegro, Villa d'Agri, Venosa - Melfi è prevista l'attivazione di altri due centri presso l'Ospedale di Tinchi e di Tricarico.

Due i centri hub (III livello) di riferimento regionale: l'Unità Operativa per lo Scompenso cardiaco presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera per problematiche mediche; e l'Unità Operativa per lo Scompenso cardiaco presso l'Ospedale San Carlo di Potenza per problematiche mediche e chirurgiche, fino alla preparazione al trapianto cardiaco. Come per le altre reti integrate per le patologie croniche, anche per quella dello scompenso cardiaco vale il medesimo meccanismo di funzionamento: il centro di riferimento di area per la patologia prende in carico il paziente segnalato dal medico di medicina generale (I livello) o comunque giunto alla osservazione in ospedale, mette in atto tutte le procedure per la diagnosi e l'impostazione della terapia e lo guida nei percorsi diagnostico - terapeutici durante il ricovero ed al termine delle procedure lo riaffida al medico curante con le opportune indicazioni per i successivi controlli.

L'attività di questo centro si completa anche con il supporto al medico di medicina generale per la gestione sul territorio. In caso di particolare complessità del caso, lo stesso può essere segnalato ai Centri di Riferimento regionali di Matera e Potenza per le ulteriori indagini di II e III livello e per il conseguente trattamento che può giungere fino alla lista di attesa per il trapianto cardiaco (che tuttavia non si esegue ancora in Basilicata) o per l'impianto di cuore artificiale, in attesa del definitivo trapianto o come soluzione alternativa allo stesso.

#### *Rete Integrata Ospedale - Territorio per la gestione della malattia diabetica*

Tra le malattie in crescita, il diabete è una delle patologie croniche a più larga diffusione in tutto il mondo e, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per persone di tutte le età e le aree geografiche, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate. Nel 2003, fra le persone di età compresa tra 20 e 79 anni, si stimava una prevalenza mondiale del 5,1%, che si prevede aumenterà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo, con un incremento pari al 24%. In Basilicata, dai dati dell'Osservatorio epidemiologico regionale, si rileva che i pazienti con diabete mellito, giunti almeno una volta all'osservazione ambulatoriale, oscillano tra i 20 mila e i 25 mila, con una percentuale pari a quasi il 4% della popolazione regionale. Pertanto, nella piena consapevolezza che il diabete mellito sia una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse pubbliche, la delibera della Giunta regionale n° 524/2008 ha approvato un protocollo attuativo della Rete integrata Ospedale - Territorio della malattia diabetica.

A fronte della necessità di concentrare le funzioni assistenziali complesse per migliorare la qualità delle prestazioni, soprattutto per le complicanze del diabete, la delibera regionale ha pertanto calato sulla complessa realtà del diabete l'architettura tipica del modello Hub & Spoke nell'obiettivo di uniformare su tutto il territorio regionale i sistemi di monitoraggio e schedulazione dei pazienti, per permettere a tutti gli operatori autorizzati di accedere ai dati in modo omogeneo e gestire in maniera integrata tutte le informazioni. Raccomandato anche nel progetto Igea (progetto ministeriale per la gestione della patologia diabetica) il modello integrato ospedale - territorio risulta particolarmente idoneo rispetto alla realtà regionale della Basilicata nell'obiettivo di favorire la continuità assistenziale e attuare un'azione coordinata fra centri diabetologici e territorio. Il protocollo prevede una serie di azioni tese: al miglioramento dello

Foto Archivio Ufficio Stampa Consiglio regionale della Basilicata



stato funzionale della malattia e della qualità della vita dei pazienti con diabete; alla prevenzione ed all'individuazione precoce delle complicanze della malattia; alla realizzazione di un follow up continuo e regolato, nei tempi, dalla condizione clinica del paziente e, almeno nella fase di instabilizzazione, non vincolato alle liste di attesa; all'educazione del paziente e dei suoi familiari al controllo ed all'autogestione della terapia.

Alla luce della nuova articolazione delle Aziende Sanitarie della Regione il protocollo attuativo indica la specializzazione della Rete, ancora da definire, al fine di implementare al meglio il modello dell'Hub & Spoke: presso ogni Azienda Sanitaria Locale e presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo, una o più strutture diabetologiche, di cui una svolga il ruolo di centro di riferimento aziendale (saranno le Unità operative incaricate di svolgere anche l'attività extraospedaliera sul territorio e raccordare le eventuali attività specialistiche già presenti sul territorio alla Unità operativa diabetologica di riferimento aziendale); almeno due centri, a valenza provinciale o di area vasta, per le indagini diagnostiche e gli interventi terapeutici di maggiore complessità; almeno due centri con valenza Provinciale o di area vasta, per la diagnosi ed il trattamento del diabete infantile. Prevista, anche, l'istituzione, presso ogni Azienda Sanitaria Locale e presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, di un Comitato Tecnico Aziendale per la gestione del paziente con diabete mellito.

Mentre a livello regionale è stato già istituito un tavolo di Coordinamento delle attività in Rete che vede la presenza di funzionari del Dipartimento Salute, esperti della patologia, rappresentanti dei medici di medicina generale e un rappresentante delle associazioni dei pazienti diabetici. "Siamo pienamente consapevoli - riconosce il dottor Bartolomeo Silvestri, coordinatore tecnico della Rete - che la strada da seguire è soltanto una: uscire dalla logica del curare il singolo organo, per tornare a guardare il paziente nella sua complessità, insomma, in una visione globale. Si tratta, inoltre, di un obiettivo ancor più urgente vivendo in una regione come la Basilicata, piccola, montagnosa, concentrata. Qui è necessario garantire a tutti le stesse possibilità di curarsi dal diabete, così come più in generale dalle altre patologie croniche: dobbiamo e possiamo farlo". Nell'auspicio che il paziente ed i suoi familiari partecipino sempre di più in maniera attiva alla gestione di una malattia complessa come il diabete, si rendono necessari programmi di educazione sanitaria, così come indicati anche dal deliberato regionale. Ma la vera frontiera, anche nel campo del diabete, è la telemedicina, e, tra l'altro, il Dipartimento Salute della Regione Basilicata ha messo a disposizione di tutti gli operatori sanitari il portale della Comunità Sanitaria Regionale - [www.sanita.basilicata.it/csr](http://www.sanita.basilicata.it/csr)