



L'anno che se ne va...

L'anno che si sta concludendo è stato davvero turbolento per la sanità privata in Emilia Romagna, in particolare nella nostra Romagna.

Accanto alle grandi difficoltà dovute all'imperversare della burocrazia che non è ovviamente una novità di quest'anno abbiamo dovuto registrare alcune scelte punitive della ospedalità privata: la prima quella riguardante l'attività per i pazienti provenienti dalle altre regioni che per la prima volta ha visto emergere "budget" più o meno regionali; la seconda, la drastica riduzione dell'invio da pronto soccorso ridotto della metà rispetto al 2015.

Ma ciò che più impressiona è l'atmosfera di sfiducia che, al di là delle belle parole dette da chi governa, si percepisce nei confronti dell'ospedalità privata e che in sé sarebbe un deterrente fortissimo a cercare di migliorare e a fare investimenti. Nel corso del 2016 abbiamo visto un numero mai visto in passato di visite di controllo da parte dell'ASL e siamo stati sottoposti a controlli nei confronti delle prestazioni effettuate difficili da descrivere ma impostati ad una severità formale, mai sperimentata in passato.

Nonostante tutto ciò, ci sembra opportuno lanciare un messaggio positivo perché la nostra realtà, pur in questo contesto difficile, ha svolto un lavoro significativo per la collettività sia nel settore dei ricoveri che in quello delle prestazioni ambulatoriali. Abbiamo confermato e in alcuni

casi ampliato la nostra attività in alcuni settori di eccellenza come la chirurgia bariatrica e la diagnostica dei disturbi del sonno; negli ultimi mesi, grazie anche alla collaborazione di medici, tecnici, infermieri abbiamo aumentato le prestazioni ambulatoriali, dando un importante contributo all'abbattimento delle liste d'attesa.

È dunque un bilancio in chiaroscuro quello che siamo costretti a fare, au-

gurandoci che l'anno prossimo prevalgano le luci sulle ombre. Da parte nostra non mancherà la disponibilità a collaborare con chi dirige la sanità e a investire per migliorare il servizio che svolgiamo per i cittadini.



Raffaele Bisulli
Amministratore Unico
Casa di Cura San Lorenzo



pag. 2

BAMBINI E MUSICOTERAPIA
IL RAGGRUPPAMENTO DI
MEDICINA DELLA CASA DI CURA



pag. 3

PATOLOGIE UROLOGICHE E LISTE DI ATTESA:
UN PROBLEMA ATTUALE DA AFFRONTARE
PREMIO ALLA CASA DI CURA



pag. 4

DISAGIO PSICHICO:
QUALE TRATTAMENTO
RINGRAZIAMENTI

Bambini e Musicoterapia

Come è noto, la Fondazione "Elio Bisulli", ente intitolato al fondatore della Casa di Cura San Lorenzino, ha avviato da ottobre 2015 la gestione di un centro di musicoterapia che ha sede a Cesena in viale Bovio n. 390.

Per promuovere la musicoterapia, metodo scientifico che si fonda sulla musica come strumento di cura della persona finalizzato allo sviluppo delle potenzialità espressive e relazionali della persona, con l'obiettivo di soddisfare le sue necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive, la Fondazione e il IV Circolo Didattico hanno recentemente promosso l'incontro pubblico **"Musica maestro! L'esperienza positiva della musicoterapia nei bambini"**. L'iniziativa, organizzata nell'ambito della Settimana della Musica "La bellezza salverà il mondo", si è svolta di fronte ad un folto e attento pubblico presso la Scuola dell'infanzia e primaria in via Veneto 195 (Quartiere Fiorita) a Cesena.

I relatori, **Giorgio Rocculi**, musicoterapeuta del Centro di Musicoterapia della Fondazione "E. Bisulli", **Elena Romanelli** e **Marinella Maggiori**, rispettivamente musicoterapeuta AIM e musicoterapeuta, formatore, supervisore AIM, hanno approfondito il tema dell'efficacia della musicoterapia come strumento di cura della persona specificamente rivolto ai bambini.

Ha moderato il dibattito **Lucia Bisulli**, direttrice della Fondazione.

Per informazioni sul Centro di Musicoterapia della Fondazione "Elio Bisulli":

Tel. 0547 361510
info@sanlorenzino.it



Nella foto, il tavolo dei relatori

Il raggruppamento di medicina della Casa di Cura



Al dottor **Giovanni Iosa** che dallo scorso ottobre è responsabile del raggruppamento di medicina della Casa di Cura abbiamo

posto qualche domanda per comprendere le caratteristiche gestionali e del reparto di cui è responsabile.

Quali sono ruolo e assetto organizzativo di un reparto di medicina generale/interna oggi?

Solo qualche anno fa, con investimenti in crescita, lo sviluppo esponenziale della medicina d'organo faceva ipotizzare un progressivo esaurimento del tronco comune della medicina interna a favore della specialistica, ma la rivoluzione demografica e conseguenti modificazioni epidemiologiche hanno modificato lo scenario.

La popolazione che affinisce alle strutture ospedaliere ora è composta da utenti perlopiù anziani o molto anziani, con varie comorbilità e prevalenti malattie croniche o cronico-riacutizzate; sono pazienti "fragili" e a volte disabili o a rischio di perdita dell'autosufficienza, in maggioranza dei casi complessi e in trattamento poli-farmacologico, difficilmente inquadrabili e gestibili in una definita area specialistica.

Ciò ha rilanciato unità operative di medicina interna che diventano elemento di riferimento per spazi di degenza flessibili con gli specialisti sempre più nel ruolo di "consultant".

La medicina interna della nostra struttura cercherà quindi di interpretare questo nuovo ruolo e sviluppare sinergie con le componenti specialistiche presenti e in particolar modo la cardiologia e la neurologia.

Cosa rimane del concetto di organizzazione per intensità di cura?

Un'area di degenza internistico/geriatrica moderna deve oggi articolarsi in settori diversificati e in particolare:

- un'area di degenza a più alta intensità di cure per la fase di malattia severa ma che per le sue caratteristiche specifiche (età del paziente, comorbilità, situazione logistica, prognosi) non necessita di un accesso ad una unità di terapia intensiva;
- un'area di degenza per pazienti acuti ad intensità di cure intermedia per la

fase di malattia ancora in acuzie, ma con minor grado di instabilità;

- un'area di degenza a più bassa intensità di cure per il paziente stabilizzato, ma ancora a potenziale elevato rischio di ricadute o complicanze e/o necessitante di terapia ospedaliera "complessa".

Tale paziente potrebbe anche essere definito come post acuto (il termine utilizzato di lungodegenza per questa tipologia di pazienti appare un po' impreciso).

Nella realtà i dati della letteratura indicano che la popolazione in ricovero ordinario in medicina comprende una quota del 25% circa di soggetti gestibili in un'area a caratteristiche differenziate di assistenza, in quanto non necessita più di monitoraggio clinico intensivo, pur mantenendo necessità di controlli medici ravvicinati e sostegno infermieristico.

È una popolazione ben definita, costituita prevalentemente da grandi anziani, con difficoltà di stabilizzazione e ripresa dopo l'evento acuto e che richiedono maggior tempo di ricovero, procedure di riattivazione motoria o riabilitazione estensiva; a ciò si associa la quasi costante necessità di valutazione e intervento sotto il profilo socio-assistenziale.

Quello delle cure intermedie è uno degli scenari futuri più importanti che cercheremo con la nostra struttura di lungodegenza di interpretare al meglio.

Quali strategie per ottimizzare il passaggio ospedale-territorio e viceversa?

Sono molti i metodi che esercitano effetti positivi al passaggio del paziente dal ricovero ospedaliero alle cure primarie e che possono prevenire un eccesso di riospedalizzazioni o la riduzione della qualità di vita dell'assistito (accordi sui farmaci, piani di dimissioni, coinvolgimento nel follow-up condiviso dall'ospedale e dai fornitori di cure nella comunità).

La medicina interna della Casa di Cura San Lorenzino, in tale contesto, si vuole proporre, in tempi di burocrazia e vincoli crescenti, come struttura di accesso semplice e condiviso ai medici di medicina generale e ai loro assistiti in tutte le fasi del ricovero.

Patologie urologiche e liste di attesa: un problema attuale da affrontare

La **lista di attesa** per diagnosi, ricovero e cura di diverse patologie urologiche è uno dei problemi maggiori che si presenta oggi nella gestione clinica di un reparto di urologia. Se trascuriamo la patologia oncologica di elevata gravità che ha ovviamente un impatto fortissimo sulla tempistica interventiva degli operatori, esiste una grandissima parte delle patologie urologiche "sfortunatamente" non definite neoplastiche, per le quali possono trascorrere settimane, mesi o anni negli elenchi di attesa per ricovero e terapia.

Le direttive regionali o meglio nazionali sono inflessibili e impongono tempistiche di ricovero basate su parametri classificativi dove le patologie tumorali hanno una indiscussa dignità di ingresso privilegiato (30 giorni), mentre la valutazione della reale gravità dello stato clinico del paziente non rappresenta di fatto un parametro di valutazione di una buona gestione degli ingressi in un reparto urologico. Tuttavia esiste in urologia una serie di patologie benigne come la calcolosi renale e ureterale, l'ipertrofia prostatica sintomatica, la patologia urologica femminile e altre che, nonostante rappresentino da sole il 70% delle richieste di assistenza urologica, devono fare i conti con mancanza di spazi di ricovero e operatori. Ma non si tratta di cattiva organizzazione quanto, a mio avviso, di una **superficiale codificazione delle classi di ricovero** che genera anche nel rapporto medico-patologia-paziente una sorta di medicina difensiva; infatti il paziente genericamente etichettato come neoplastico deve essere ricoverato in trenta giorni, il medico deve assegnare la priorità a qualunque paziente genericamente neoplastico e che potrebbe aspettare anche 90 giorni senza comprometterne la prognosi. Se ciò non avviene, si disattende l'indirizzo regionale e l'operato del medico può essere contestato.

I tumori vescicali di basso grado ne sono un esempio quotidiano e frequentissimo. La soluzione è quella di **ri-vedere la classificazione delle classi di ricovero** in base a parametri meno generici degli attuali che tengano

in considerazione anche le attuali conoscenze cliniche e scientifiche sulle patologie da trattare.

Una ulteriore causa di allungamento delle liste di attesa è paradossalmente legata alle nuove tecnologie che vengono applicate nel trattamento di numerose patologie urologiche neoplastiche e non.

Endoscopia, laparoscopia, chirurgia robotica oggi sono le tecniche che si utilizzano in oltre il 60% dei trattamenti urologici. Ma se da un lato si tratta di procedure poco invasive dall'altro richiedono tempi operatori molto lunghi (almeno in urologia), specie nella fase di apprendimento delle tecniche, che spesso non sono supportate da una maggiore disponibilità di spazi e tempi operatori.

Ne deriva che la capacità operatoria di una equipe urologica si riduce quasi sempre a scapito dei pazienti non neoplastici! Così le liste di attesa si allungano.

Anche per questo **sarà necessario un maggior rigore nella definizione della indicazione ad una determinata procedura piuttosto che ad un'altra basata su una serie di parametri clinici che esulano dalla semplice richiesta del paziente che è spesso fondata su generiche notizie informatiche.**

Le numerose nuove tecnologie che si affiancano oggi a quelle ormai consolidate sono ancora in fase di sviluppo e richiedono una accurata quanto scientifica valutazione del reale rapporto costo-beneficio in un momento come l'attuale dove l'economia non solo sanitaria, non gode certo di buona salute!

Il ruolo dello specialista in tutti questi casi è e sarà determinante nel ridurre i costi ma soprattutto nell'aiuto ad evitare sprechi legati alla scarsa informazione sull'evidenza clinica.

Dr. Pierfrancesco Buli

*Specialista in Urologia
Casa di Cura San Lorenzino*

Premio alla Casa di Cura

In occasione delle celebrazioni per il 70° della fondazione della **Confartigianato di Cesena** è stato consegnato il premio per l'attività aziendale alla nostra Casa di Cura che, operando dal 1938 per rispondere alla domanda di servizi sanitari, è una delle realtà imprenditoriali più longeve e consolidate nel tempo tra quelle attive nel cesenate. Il riconoscimento è stato conferito alla presenza dell'ex premier **Enrico Letta**, del Sottosegretario all'Economia, on. **De Micheli**, del Sindaco di Cesena, **Paolo Lucchi** e dei quadri dirigenti locali, regionali e nazionali di Confartigianato. Nella foto, ritira l'attestato in rappresentanza della Casa di Cura San Lorenzino, il direttore amministrativo, dott. **Paolo Popenessi**, accanto al segretario nazionale di Confartigianato, **Cesare Fumagalli**, e alle altre aziende premiate.



Disagio psichico: quale trattamento



Il disagio psichico, la sua incidenza e le possibilità, un tema dalle pesanti ricadute individuali e sociali dato che i pazienti

compiono percorsi di malattia spesso lunghi e difficili.

Chiediamo alla dott.ssa **Arianna Torroni** medico psichiatra, collaboratrice della Casa di Cura, di parlarcene.

Le patologie mentali nel nostro Paese, come in tutti i Paesi industrializzati, sono purtroppo in aumento, soprattutto a causa di ansia e depressione...

La depressione è ai vertici della classifica delle malattie più diffuse e raggiungerà entro il 2030, secondo l'OMS, il primo posto tra le patologie croniche. Purtroppo, solo un paziente su tre si cura adeguatamente e tra l'insorgere dei primi sintomi e l'avvento della diagnosi intercorrono circa due anni, con conseguente ritardo in termini di risposta alla terapia.

Perché questo ritardo?

Per un mancato riconoscimento dei sintomi, che spesso si fanno largo

nella vita del soggetto subdolamente e talvolta sono in continuità con i tratti del carattere: apatia e perdita di interesse per le cose che precedentemente davano piacere, calo della concentrazione e della memoria, il rimandare le decisioni da prendere, l'incapacità a risolvere problemi anche banali o ad organizzare le normali attività quotidiane.

Chi è più esposto al rischio di depressione?

Le donne più degli uomini, specie in certe fasi della vita come il post-partum o la menopausa, ma in genere chi attraversa fasi delicate della vita, dove il cambiamento si associa all'incertezza del futuro e porta a galla personali fragilità, per non parlare dell'adolescenza e prima giovinezza, per definizione il periodo dei cambiamenti.

Quali novità dal punto di vista del trattamento?

Sempre più si va verso terapie combinate, associando alla terapia farmacologica quella psicoterapeutica. La prevalenza dell'una sull'altra è affidata alle caratteristiche individuali del soggetto, alla storia di malattia e in quale fase del

percorso di cura ci si trova. Ci sono poi quadri depressivi diversi: esistono vari "tipi" di depressione e grazie ad una buona diagnosi si può impostare il miglior trattamento specifico.

Altre patologie a larga diffusione?

Le patologie ansiose. L'ansia è caratteristica del nostro tempo, ma quando aumenta tanto da impedirci di fare quello che dobbiamo o abbiamo piacere di fare diventa un disturbo da non sottovalutare.

Si parla molto di patologie del comportamento o "nuove dipendenze": cosa sono?

Sono dette anche dipendenze "non da sostanze", cioè abitudini o attività assolutamente legali e socialmente accettate, talmente dominanti la vita del soggetto da causargli problemi nei vari ambiti e dalle quali non riesce a trattarsi se non con un malessere tale da reiterare di nuovo il comportamento così come fanno le sostanze. Sono in aumento il gioco d'azzardo patologico (dal vivo o on-line), lo shopping compulsivo, la dipendenza da relazioni affettive e soprattutto quella da internet e videogiochi.

Ringraziamenti

Nel corso di quest'anno hanno lasciato il servizio avendo conseguito il requisito per ottenere il trattamento pensionistico le dipendenti **Claudia Bardi, Anna Bucci, Nadia Cecchini e Emanuela Visani**; a loro va il ringraziamento della Direzione della Casa di Cura per l'impegno professionale profuso in questi anni.

*La Casa di Cura San Lorenzino
augura un Sereno Natale
e Felice Anno Nuovo.*

