Rassegna Stampa del 1 settembre 2022

Federico II, test a Medicina In quasi 5000 per 660 posti

I candidati sono più di un anno fa Cala invece il numero degli aspiranti veterinari

NAPOLI Sta per partire anche quest'anno la maratona dei test di ingresso per i corsi di laurea a numero programmato. Il più atteso, come sempre, è quello relativo a Medicina ed Odontoiatria, in programma il 6 settembre. Sessanta domande a risposta multipla (cinque le alternative) decideranno le sorti degli aspiranti camici bianchi. I quali all'Università degli studi di Napoli Federico II, nel 2022 sono aumentati rispetto al 2021.

Complessivamente i candidati per Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria sono 4.852. Dodici mesi fa erano stati 4327. I posti disponibili nel 2022 sono 660, così distribuiti:550 per il corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Zuccarelli (Ordine)
Il numero chiuso va mantenuto, più temi scientifici nella prova di ammissione

(più 8 riservati agli allievi ufficiali dell'Aeronautica Militare); 50 posti per il corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia Tecnologica; 60 per il corso di laurea magistrale a ciclo unico in Odontoiatria.

Le prove si svolgeranno nel complesso universitario di Monte Sant'Angelo, in via Cinthia, e nella sede della Federico II in via Nuova Agnano.

All'Università della Campania Luigi Vanvitelli le domande dei candidati pervenute per i corsi di laurea in Medicina e Odontoiatria sono state 1338. I posti disponibili sono 310 per il corso di laurea di Caserta,260 per quello di Napoli e 55 per Odontoiatria. Il test si svolgerà a Caserta.

Il 6 settembre sono in programma anche i test di ingresso per i corsi di laurea in Medicina(156 posti) ed in Odontoiatria (i posti sono 30) dell'Università degli studi di Salerno.

Se alla Federico II è cresciuto, rispetto all'anno accademico 2021/2022, il numero degli aspiranti medici, è calato, invece, quello dei candidati alla prova di ingresso per Veterinaria, che è in programma l'otto settembre e prevede anch'essa quiz a risposta multipla. Sono pervenute 1076 domande. Un anno fa furono 1920. Il bando firmato dal professore Matteo Lorito, il rettore della Federico II, mette a concorso per Veterinaria 76 posti, più 5 riservati a studenti non comunitari residenti all'estero.

Architettura, Farmacia, Chimica alcuni tra gli altri corsi di laurea a numero programmato per i quali, a partire dalla prossima settimana, sono in calendario le prove di ingresso. Le quali, in alcuni casi, si svolgeranno in modalità telematica. È il caso – per esempio – di Chimica e di Farmacia.

Quest'anno la prova d'accesso alla facoltà di Medicina è accompagnata da un dibattito relativo all'opportunità di mantenere la formula della selezione attraverso il numero chiuso.

La discussione è stata alimentata, durante le fasi più dure della pandemia, dalla constatazione sul campo della vera e propria mancanza di un congruo numero di medici, in particolare in relazione ad alcuni settori prioritari, tra i quali senza dubbio c'è quello della medicina d'urgenza.

Bruno Zuccarelli, presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, interviene nel dibattito. «Io credo – sostiene – che il numero chiuso vada comunque mantenuto, perché non ci sarebbe la possibilità di formare adeguatamente una folla smisurata di studenti di Medicina nelle varie sedi universitarie. Una parte fondamentale del percorso di studi dei futuri medici è costituita dalle attività di laboratorio e di tirocinio a contatto diretto con i pazienti».

L'ipotesi di consentire a tutti di iscriversi a Medicina e di selezionare chi andrà avanti sulla base dei risultati del primo anno di corso (il metodo francese) non convince il presidente dei camici bianchi napoletani. Che in merito si esprime così: «Lascia troppo spazio alla discrezionalità e alla soggettività dei docenti esaminatori nel primo anno».

Fabrizio Geremicca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVENTO

Sanità italiana ammalata; eliminare il numero chiuso

DI **ANTONIO GRAZIANO***

La sanità italiana è ammalata. Mancano specialisti e personale medico nei pronto soccorso. Crisi denunciata più volte dal sindacato Anaao Assomed. L'ultimo allarme risale a poche settimane fa: «Tra pensionamenti e licenziamenti sono previsti 40mila medici in meno nel Servizio sanitario nazionale entro il 2024». segue a pagina 23

Sanità italiana ammalata; eliminare il numero chiuso

Solo in Campania il saldo tra neo specialisti e professionisti in uscita entro il 2025 risulterà negativo per 1090 unità. Numeri ancora più impietosi se si guarda al solo comparto della medicina d'urgenza. Per il Simeu, nei pronto soccorso italiani mancano circa 4.200 medici con 600 camici bianchi che hanno rassegnato le dimissioni nei primi 6 mesi del 2022. Come uscirne? Una ipotesi è l'eliminazione del numero chiuso delle facoltà di medicina, ma non è detto che sia la soluzione più efficace. Bisogna guardare da un'altra prospettiva. Il vero nodo gordiano è che le università si rifiutano di cedere alle strutture ospedaliere i compiti di formazione specialistica. Sicché l'obiettivo non è tanto avere un numero molto alto di laureati in medicina e chirurgia, quanto averne a sufficienza con una adeguata specializzazione; e quindi abili a esercitare.

A questo punto più che eliminare il numero chiuso nelle facoltà bisognerebbe estendere le attività di formazione anche ai presidi ospedalieri superando sciocche e ormai anacronistiche concentrazioni di monopolio di conoscenza in capo agli atenei. Un'altra idea potrebbe essere quella di lasciar partecipare personale non ancora specializzato ai concorsi, riconoscendo loro per i primi 5-6 anni uno stipendio rimodulato in attesa del titolo. E ancora ridurre il numero di anni necessari per il conseguimento della specializzazione o, ancora, offrire la possibilità ai laureandi in medicina già al quarto anno di scegliere se intraprendere un percorso clinico (laurea in medicina) o un percorso chirurgico (laurea in chirurgia). Piccole correzioni di rotta che, però, potrebbero avere effetti nel medio/lungo periodo di grande portata.

Il sistema sanitario italiano ha invece preferito due scorciatoie: appaltare i servizi a cooperative esterne oppure assumere medici stranieri come accaduto nelle ultime settimane in Calabria. A metà agosto il presidente della Regione, Roberto Occhiuto, ha siglato un accordo con il governo di Cuba per assumere, a tempo determinato, 497 medici provenienti dall'isola caraibica. «È l'unica soluzione per non chiudere gli ospedali» ha affermato il governatore. Parole che sarebbero giustificate da una catastrofe sanitaria che in realtà, e per fortuna, non c'è. C'è dell'altro, però. La crisi calabra è nota da tempo, sono anni che il servizio sanitario locale è sotto monitoraggio. E che cosa è stato fatto finora? Nulla. Peraltro, il nodo, in questa circostanza, è pure la profonda disorganizzazione della sanità calabra, anche sotto il profilo logistico, che si è manifestata, negli anni, in una moltiplicazione costosa e inutile di piccoli presidi ospedalieri del tutto incapaci di rispondere alla domanda. Avrebbero eccezionale valore, invece, un più intensivo uso della telemedicina soprattutto nella diagnostica e un robusto investimento nella medicina di territorio che superi il concetto del medico di base per un maggior coinvolgimento operativo delle componenti infermieristiche. Come del resto si fa in tante Nazioni estere dove, da un lato, si usano le tecnologie per monitorare e trattare a distanza il paziente e, dall'altro, si abilita l'infermiere a specifici atti terapeutici. Ciò rischia tuttavia di essere un palliativo se non si va al cuore della questione. La Calabria, e più in generale tutto il Sud, non sono competitivi né attrattivi dal punto di vista lavorativo. Giovani specialisti che hanno profuso risorse, tempo ed energie in anni e anni di studio non hanno alcuna intenzione di mortificare la loro carriera scegliendo una sanità pubblica lenta, burocratizzata, ideologizzata e senza sbocchi. E per questo cercano posti migliori altrove. Al Nord o addirittura all'estero. Col risultato che noi poi dobbiamo mettere sotto contratto medici cubani che, a norma di legge, posseggono un titolo di studio che nel nostro Paese non è nemmeno riconosciuto.

ANTONIO GRAZIANO

**Presidente Rigenera-Hbw*

Ricordate il decreto Calabria varato nell'estate del 2019, alla vigilia della pandemia (ministro della Salute Giulia Grillo) per fronteggiare, tra l'altro, la carenza di camici bianchi diventata acuta nella regione con il più basso valore attribuito ai Lea (Livelli essenziali di assistenza)? Una norma che segnò, tra le altre misure, la possibilità di assumere medici in formazione specialistica al penultimo e ultimo anno di corso (in Italia retribuito). A partire da luglio 2019 (e fino al 31 dicembre 2022) le aziende ospedaliere del sistema sanitario nazionale possono pertanto assumere assumere medici specializzandi durante gli anni di formazione specialistica (a partire dal terzo anno in poi), con contratto subordinato a tempo determinato e orario a tempo parziale.
Ebbene oggi quella stessa regione commissariata per decisione del presidente Roberto Occhiuto (sub commissario il campano Ernesto Esposito) hanno deciso di assumere circa 500 medici extracomunitari, cubani, per colmare le carenze. Una decisione che ha sollevato un vespaio di polemiche tra addetti ai lavori e cultori della materia, iniziato sotto gli ombrelloni di questa torrida estate e i cui echi sono ancora presenti ora, al rientro negli uffici degli assessorati alla Sanità e degli Ordini professionali di mezza Italia.

ACCORDO DI COOPERAZIONE PER LA FORNITURA DI SERVICI MEDICI E SANITARI

LA DIFESA

Dal canto suo Occhiuto si è difeso a spada tratta: "Assumere i Medici cubani – ha dichiarato il governatore della Calabria – è stato l'unico modo per non chiudere gli ospedali della Calabria e fronteggiare un'emergenza strutturale a fronte di concorsi per assumere camici bianchi andati deserti".
Uno scenario che del resto, per alcune discipline, come emergenza e pronto soccorso, impiegate sulle ambulanze del 118 e nelle prime linee degli ospedali, è comune a tutte le regioni e grandi città.

L'ACCORDO

Ma andiamo con ordine:

. L'inizio del lavoro in corsia è fissato per i primi di settembre. Poco meno di 5 mila euro mensili lo stipendio netto assicurato ai dottori che presidieranno soprattutto le aree dell'urgenza e del pronto soccorso dove la mancanza di camici bianchi comporta turni massacranti talvolta con un solo sanitario per ogni ciclo di lavoro e il rischiamo da altre discipline di medici specializzati in discipline equipollenti dal punto di vista legale ma che poco hanno a che fare con l'emergenza. L'ospedale di Polistena, Rossano, Corigliano le strutture da ripopolare.

ll problema del reclutamento dei medici come abbiamo detto non è solo calabrese ma comune a tutte le Regioni d'Italia. Non ci sono medici specializzati a sufficienza, l'accesso ai concorsi avviene solo dopo gli anni della specializzazione, vige il numero chiuso a medicina ma intanto si assumono medici da altre aree del globo dove non ci sono vincoli alla formazione. Una forma di lavoro somministrato più volte bocciato peraltro laddove vi si è fatto ricorso in altre Asl.

Se a questo si aggiunge che queste aree disciplinari sono molto poco attraenti con paghe inadeguate, stress e responsabilità ai massimi livelli, impossibilità di espletare attività privata, vita familiare cancellata e aggressioni continue, ecco che il cerchio viene chiuso. Anche gli specializzandi al terzo anno peraltro sono un serbatoio esaurito e comunque rivelatosi insufficiente. "Anche in Lombardia e in Piemonte – aggiunge il sub commissario Esposito – durante le prime fai dell'emergenza pandemica sono arrivati medici cubani. La scuola cubana è di altissimo livello. La Calabria è in condizioni di strutturale emergenza dovuta a 12 anni di commissariamento. In pratica abbiamo fatto la stessa cosa che le Regioni del Nord hanno fatto in un'altra emergenza. E utilizzeremo questo sistema fino a quando non si riusciranno a coprire, a tempo indeterminato, i posti vacanti negli ospedali. Mi sembra una cosa semplicissima".

LA PAGA

Ogni medico cubano costerà 4.700 euro al mese a fronte di una spesa per i dottori italiani di 6.700 euro. L'accordo di cooperazione è triennale (vedi allegato) rinnovabile e i contratti a tempo determinato saranno prorogati fino alla fine dell'emergenza. Intanto si proseguirà sulla strada dei concorsi per italiani e calabresi ben sapendo che sono pochi e poco disposti a lavorare in prima linea nonostante gli incentivi che la Regione Calabria intende mettere sul piatto. A proposito, quanto bisogna attendere per avere una norma di rango nazionale capace di invertire la rotta della fuga dei camici bianchi?

IL DIBATITTO

Fatto sta che la decisione della Regione Calabria di ricorrere ai medici cubani per colmare i vuoti nei reparti solleva una serie di interrogativi e perplessità sulla disponibilità di dottori in Italia, sulla formazione e il reclutamento e sugli stessi contratti. Discorso che si allarga anche ad altri profili e professioni sanitarie impiegate in prima linea e di cui c'è cronica carenza (sulle ambulanze mancano anche infermieri e autisti e nelle emo dinamiche e unità di radiologia, centinaia di profili tecnici).
Copertura dei posti disponibili nel settore pubblico, adeguatezza delle risorse finanziarie a disposizione e il rapporto tra formazione dei medici e il loro (più o meno) rapido impiego nelle unità operative di varie discipline specialistiche ormai all'osso sono oggi i nodi al pettine.

I NUMERI

Ma andiamo ai numeri: le stime ci dicono che, entro il 2030, mancheranno in Italia circa 24mila medici, 10.173 specialisti in meno già nel 2023. Un dato mitigato dalla media nei paesi Ue: Eurostat 2020 dice che l'Italia è il secondo Paese con più medici in assoluto in Europa (sono circa 240mila ma nel 2017 solo 104.979 con assunzione definitiva nel servizio sanitario nazionale fra Asl, aziende ospedaliere ed universitarie, Irccs, Ares (Agenzia regionale sanitaria) ed Estav) su un totale di 1,7 milioni contati nei 27 Paesi membri. Sono più numerosi solo in Germania (357mila) mentre ne hanno di meno la Francia (212mila) e la Spagna (188mila). A tradurre tutto questo nel rapporto tra medici e 100 mila residenti si scopre che nel nostro Paese in quell'anno avevamo una media di 397 dottori ogni 100mila abitanti secondo Eurostat nel 2014 saliti poi a 405 ogni 100mila nel 2019. Nel dettaglio a dicembre 2021 in Calabria risultavano 388 medici ogni 100mila abitanti contro i 372 su 100mila in Lombardia, 345 su 100mila in Veneto e 390 su 100mia abitanti della Campania.

L'anomalia italiana è semmai nell'eccessivo perso del settore privato che raramente partecipa alle reti dell'emergenza e urgenza dove nel 2017 sono sono stati contati 12.255 medici impiegati nelle strutture equiparate al pubblico, 24.213 medici nelle case di cura convenzionate e 3.326 medici nelle case di cura non convenzionate. In totale si parla di 39.794 professionisti operativi nel settore privato pari a oltre un terzo di quelli assunti nel pubblico sebbene in teoria la funzione è tutta pubblica. Vi è poi da capire quella restante quota di circa 50 mila medici che lavorano come convenzionati e sui territori da autonomi e specialisti che apporta diano alla causa della sanità pubblica.

I NODI DELL'ITALIA

Il nodo da sciogliere dunque è semmai nel rapporto tra pubblico e privato e nella attrattività di alcune discipline (soprattutto nell'emergenza e urgenza) rispetto ad altre. Non solo: tutte le regioni che hanno sopportato e sopportano (quasi tutte al Sud) piani di rientro e commissariamenti (spesso conseguenti alla sottostima del fabbisogno e dall'iniquo riparto del fondo sanitario nazionale) sono vincolate al rispetto della tagliola dei tetti di spesa per le assunzioni che impongono alle Regioni uno sconto dell'1,4 per cento rispetto alla spesa di 18 anni fa (del 2004).

C'è poi la forbice strutturale che divide la quota di medici formati nelle scuole di specializzazione ogni anno (circa 6 mila) e le assunzioni (poco più della metà circa) nel servizio sanitario nazionale a fronte dei pensionamenti e uscite verso il privato che superano di mille i nuovi ingressi. In pratica ai 7 mila pensionati corrispondono circa 3mila-4mila ingressi nel Ssn ogni anno mentre si allarga la fetta di assunzioni nel settore privato ai vari livelli. Oggi ai giovani poco interessano il prestigio e la carriera e le nuove leve di dottori pensano soprattutto al portafoglio e alla remunerazione dopo lunghi anni di studio.
Al netto dunque delle assunzioni straordinarie avvenute durante la pandemia (circa 30 mila di cui molte a tempo determinato), pesa lo squilibrio del sistema e la mancanza di un piano organico studiato nei dettagli con adeguamenti contrattuali per calcolare i fabbisogni. Sono in molti oggi a pensare che l'imbuto formativo – denunciato da anni dall'Anaao, per cui per molti laureati in medicina trovano la strada sbarrata al percorso di specializzazione remunerato con le borse di studio pubbliche – debba essere superato dalla laurea abilitante e dalla formazione sul campo, anche da volontari come si faceva un tempo.

LA FORMAZIONE

Di certo, sul fronte della formazione, solo negli ultimi anni c'è stata un'inversione di tendenza e si è passati dalle 6-7mila borse l'anno alle 13.400 del 2020 e alle oltre 18mila del 2021. In futuro il Pnrr prevede in media 12mila borse l'anno per i laureati in Medicina. Ma per inserirli nelle corsie bisogna aspettare che si specializzino e quindi 4-5 anni dall'inizio del corso.

I SINDACATI

Ora con i medici cubani assunti in Calabria si è creato un corto circuito con tutti i sindacati della dirigenza medica che in questi anni hanno spinto per una riforma della formazione e dell'accesso alla professione. "In Calabria c'è un mini-esercito – scrive l'Anaao – di 669 specializzandi tra cui 73 anestesisti rianimatori, dieci cardiochirurghi e 10 interventisti d'urgenza pronti a dare una mano.

«Che la carenza di medici fosse ormai un'emergenza nazionale è cosa nota a tutti, che i nostri eccellenti giovani colleghi non siano più attratti dal mercato del lavoro nazionale, né pubblico né privato, ormai lo sanno anche i meno informati. Sembra però che nessuno abbia il coraggio di risolvere la questione». E' quanto sottolinea in una nota Benedetto Magliozzi, segretario generale della Cisl Medici. *«Noi avevamo suggerito da qualche anno – dice – di far rientrare dal quarto anno gli studenti italiani che non avevano avuto la possibilità di studiare in patria, in modo da permettere loro di terminare qui gli studi e inserirli prontamente nel sistema salute. Così come avevamo denunciato che la politica dei blocchi contrattuali col tempo avrebbe reso poco gratificante il posto pubblico. Ma la fantasia dei presidenti di regione supera ogni limite: apriamo gli ospedali ai medici cubani.*

Senza nulla togliere ai colleghi non solo di Cuba ma di ogni altro Paese, come faranno gli organi preposti, ad esaminare curriculum, percorso di studi e conoscenza della lingua italiana? In che forma contrattuale verranno inquadrati questi medici? Tutte domande lecite – sostiene il sindacalista – visto che la delicata professione medica è normata in maniera puntuale e precisa al fine di garantire l'altissima qualità dei professionisti che la esercitano. Siamo oltre l'emergenza, siamo all'improvvisazione». «Ogni territorio, in dispregio a norme e leggi, va a ruota libera e certamente la campagna elettorale spinge la fantasia oltre ogni ragionevole decenza.

Abbiamo come Cisl Medici – ricorda – *denunciato l'abuso al lavoro somministrato per la dirigenza sanitaria, qualche regione ha provveduto a fermare questi abusi, ma altre continuano in questa deregulation che fa da sponda al cosiddetto federalismo fiscale e al regionalismo differenziato che secondo noi darà il colpo di grazia al sistema sanitario nazionale. Ora la misura è colma, si convochino immediatamente tutti i tavoli di trattativa sindacale e si mettano in campo serie politiche salariali sulla dirigenza medica e sanitaria, si mettano in condizione di lavorare in maniera sicura e gratificante i medici e i sanitari di questo Paese, si torni ad essere uno stato di diritto dove ogni individuo e ogni medico siano curati e lavorino con la dignità sancita dalla nostra Carta costituzionale»*, conclude Migliozzi.

Per la Federazione CIMO-FESMED trattasi di "somministrazione" illecita o irregolare di manodopera, oggetto di contenzioso in via giudiziaria.
«*Se in Italia ogni diplomato per diventare medico deve aver superato l'accesso alla Facoltà di medicina e chirurgia, essere abilitato all'esercizio della professione, essere iscritto all'Ordine Professionale e, in caso di aspirazione ad accedere al Ssn, concorrere per un posto alla scuola di specializzazione, ecco che per ovviare alla mancata programmazione nazionale di medici specialisti, la regione Calabria con un semplice "colpo di spugna", rimedia 497 medici cubani, attraverso un accordo di cooperazione con una società commerciale con capitale totalmente cubano, per la fornitura di medici e sanitari".* Questo è il primo commento del Presidente della Federazione CIMO-FESMED aderente a CIDA.
In sintesi, i medici cubani avranno un rimborso per le spese di trasferta di 1.200 euro/mese e saranno pagati 20,20 euro/ora per assicurare 40 ore di lavoro a settimana dal lunedì al venerdì. Rincara il Presidente Quici: «Al di là della facile battuta che vedrebbe, a questo punto, i medici dipendenti italiani garantire i turni festivi e pre festivi, ciò che colpisce è l'estrema superficialità della regione Calabria nell'aggirare quelle norme e leggi cui, a quanto sembra, solo i cittadini ed i lavoratori italiani sono obbligati a rispettare».

Per la Federazione, che ricomprende ANPO-ASCOTI, CIMO, CIMOP e FESMED, si tratta di somministrazione di manodopera a tutti gli effetti perché non sono previsti contratti professionali individuali e in forma scritta con i singoli medici specialisti ma un accordo siglato dalla regione con un intermediario.
Non sono pagati direttamente i medici che prestano lavoro ma chi li procura. Si ravvisa, pertanto, l'ipotesi di somministrazione illecita o irregolare di manodopera, rispetto alla quale la Federazione CIMO-FESMED sta valutando la via giudiziale da intraprendere.
Ad intervenire nel dibattito anche il presidente dell'Odine dei medici di Napoli Bruno Zuccarelli che bolla come "anarchia" il caso Calabria. «Il "caso Calabria", con l'onda d'urto delle polemiche seguite alla decisione del governatore Roberto Occhiuto di contrattualizzare 497 medici cubani per
sopperire alla carenza di camici bianchi, rischia di non restare isolato, ma di essere presto affiancato da un "caso Campania, Puglia, Basilicata".
Secondo Zuccarelli «si confonde l'autonomia con l'anarchia, rischiamo di perdere ogni certezza sul diritto costituzionalmente garantito alla
salute».
Un monito che Zuccarelli rivolge ai politici: «Se la politica avverte – non mette in campo interventi strutturati e strutturali, oltre ad una programmazione di medio e lungo termine, molto presto potremmo assistere ad un caso Campania, Puglia, Basilicata e arrivare al caso Italia". Per Zuccarelli il tema non riguarda la "nazionalità dello squadrone" di medici
chiamati in Calabria, ma l'affermazione di un principio di assoluta anarchia nell'esercizio della professione, e dunque la perdita di garanzie per i cittadini. "Si crea in questo modo – riflette il presidente dei medici napoletani – un doppio canale di assistenza, nel quale medici italiani sono soggetti alla valutazione e alle prescrizioni dettate dagli Ordini, mentre
altri colleghi stranieri no". Zuccarelli ritiene poi "un grave errore non sfruttare le possibilità messe a disposizione dalle normative, che consentono
di rafforzare il sistema attingendo agli specializzandi oltre il terzo anno che di certo potrebbero riuscire a districarsi nell'assistenza in tempi ben più rapidi e meglio di colleghi catapultati in una realtà per loro del tutto aliena, costretti a superare impervi scogli linguistici e culturali".

Pur non entrando nel merito della decisione assunta dal governatore Roberto Occhiuto, Zuccarelli ricorda che "abbiamo tante risorse formate e competenti, sarebbe un grave errore sprecare anni di formazione immettendo nel sistema sanitario professionisti stranieri". La colpa di tutto ricade sulla classe dirigente: "In nessuno dei programmi elettorali presentati sino a qui – rileva Zuccarelli – si può trovare un piano convincente e concretamente attuabile di rincaro del sistema sanitario. In realtà non si va mai oltre qualche accenno alla salute, in forma generica, quasi come se la pandemia non ci avesse insegnato nulla. Se non si rende attrattiva la professione non si riuscirà a risolvere il problema. Con questi presupposti – conclude – non capisco come
il prossimo governo possa dare risposta a questi problemi, e spero che i cittadini assumano decisioni forti in chiave elettorale, pretendendo dai propri rappresentati attenzione al tema».

LA LETTERA

Per concludere c'è la lettera scritta il 20 agosto dai presidenti degli Ordini dei medici Presidenti degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri della Calabra Vincenzo Ciconte (Catanzaro), Enrico Ciliberto (Crotone), Eugenio Corcioni (Cosenza), Antonio Maglia (Vibo Valentia) e Pasquale Veneziano (Reggio Calabria) che, rivolti al presidente Occhiuto, ribadendo il ruolo degli ordini quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici,garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale e in considerazione degli aspetti emergenziali generali relativi alle carenze di personale sanitario e all'intera questione attinente al potenziamento dell'offerta sanitaria ritengono sia "necessario che ogni professionalità sanitaria attualmente operante nelle nostre strutture, ad ogni livello di impegno e ruolo, venga realmente incentivato, nel rispetto delle norme italiane ed europee vigenti, a poter fornire un contributo supplementare volontario, teso al raggiungimento degli obiettivi di assistenza sanitaria poste dalla Regione Calabria" auspicando un'interlocuzione propositiva permanente tra Regione ed Ordini su temi sanitari di tale rilevanza".

Nel merito della decisione assunta dal Presidente della Regione Calabria, riguardante l'accordo per il reclutamento di circa 500 medici Cubani, in deroga alle procedure consuete, esprimono "forti perplessità sulle garanzie di qualità nell'assistenza che verrà fornita da questi operatori sanitari stranieri. La norma che si cita, riguardante una deroga temporanea alle procedure consuete (in vigore fino al 31 dicembre prossimo) che sono richieste per il riconoscimento dei titoli conseguiti in paesi stranieri, non vuol dire che tale riconoscimento non è necessario, ma soltanto che detta norma sposta l'onere di effettuarlo dal Ministero alle Regioni. In ogni caso, i titoli vanno rigorosamente verificati per poter esercitare la professione in Italia e in Calabria sempre con regole trasparenti e procedure certe, evitando il pericolo di sfociare nell'esercizio abusivo e, di fatto, di sfasciare l'intero sistema che regola l'esercizio di questa professione e che per il resto non è cambiato!. E' solo il caso di ricordare che la conoscenza adeguata della lingua italiana, nell'esercizio di qualunque professione ed, a maggior ragione, nel campo dell'emergenza sanitaria (come precisa l'accordo firmato), è di importanza fondamentale: la mancanza, ma anche la sola insufficiente conoscenza di questo strumento essenziale di comunicazione, può risultare drammaticamente dannosa e ritardare o non individuare tempestivamente diagnosi e cure appropriate o, peggio, perdere vite umane anziché salvarle.

Così come è molto preoccupante l'inevitabile ignoranza riguardante le nostre pratiche di medicina legale (ad esempio: i referti che per legge è obbligatorio vengano redatti dal professionista che ha constatato il fatto, la certificazione formale della morte ecc.) da parte di colleghi stranieri, al pari di tante regole in materia sanitaria che il nostro sistema sanitario pone a tutela dei cittadini, che hanno il diritto di trovare competenza e non solo un pronto soccorso "aperto".

Gli Ordini chiedono che vengano vagliate prima altre soluzioni e percorsi che tengano conto del coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale, degli specializzandi (non solo dell'unica Facoltà di Medicina calabrese), dei medici in formazione per la medicina generale, dei medici in quiescenza, ecc. e soprattutto che si facciano reali ed attrattive manifestazioni di interesse nei confronti di nostri iscritti che lavorano in altre regioni d'Italia.
"A questo proposito, è necessario che si faccia anche una seria analisi sui motivi per i quali centinaia di medici, pur conservando la residenza in Calabria e l'iscrizione negli Ordini della nostra regione, hanno preferito le opportunità di lavoro offerte in altre regioni".

L'economia, la crisi

Energia alle stelle ospedali in affanno 50 milioni in più

▶Per la sanità campana aumenti record La Regione ai manager: massima allerta

▶Tra sale operatorie e macchinari difficile risparmiare su luce e gas

L'IMPENNATA

Ettore Mautone

Caro bollette in corsia: sono stimati quasi al raddoppio, nel 2022, i costi per le forniture elettriche e di gas di Asl e ospedali della Campania. L'esborso a fine anno potrebbe superare i 120 milioni di euro stimati dal ministero della Salute a fronte dei 75 milioni spesi nel 2021: circa 50 milioni di incremento, stimati dalla Federazione nazionale delle aziende sanitarie che monitora tuttavia solo 11 su 17 aziende sanitarie campane. Già nel 2021 la curva della spesa energetica aveva iniziato ad impennarsi ma ora l'aumento incontrollato dei costi alla fonte sta generando una diffusa preoccupazione nei manager delle aziende sanitarie. In Regione di questo nodo non si è ancora discusso ma il presidente Vincenzo De Luca, in maniera informale, ha già chiesto a tutti i responsabili di porre la massima attenzione. I direttori generali sono chiamati a far quadrare i conti di bilanci già messi a dura prova dall'emergenza pandemica. In queste ore, grafici e tabelle alla mano, alcuni hanno firmato le prime direttive interne tese a responsabilizzare il personale. L'obiettivo è risparmiare come e quando si può ma i margini di manovra sono stretti in uno scenario in cui, evidentemente, la maggior parte dei costi per riscaldamento ed energia elettrica, nelle aree di degenza, in sale operatorie e rianimazioni, risultano incomprimibili. Senza contare poi che i valori di costo del 2020 e del 2021 appaiono sottostimati e poco affidabili come riferimento visto il funzionamento a scartamento ridotto di molti servizi e reparti durante le fasi più acute dell'emergenza Covid.

LE CIFRE

I numeri intanto parlano chiaro: per le strutture sanitarie pubbliche è previsto per quest'anno un consistente incremento della spesa energetica che oscillerà tra il 50 e il 100 per cento in più. Ogni anno il Servizio sanitario nazionale destina alla spesa per l'energia 1 miliardo e 402 milioni di euro di cui 786 milioni e 424mila euro per le utenze e l'energia elettrica e 615 milioni e 583mila euro per il gas e il riscaldamento. Per quest'anno si stima un incremento equivalente di circa 500 milioni su scala nazionale (50 milioni in Campania) che inciderà sensibilmente sui bilanci delle Aziende sanitarie pubbliche e avrà gravi ripercussioni sul conto economico e sugli investimenti. I servizi ospedalieri richiedono una grande quantità di energia che deve essere mantenuta costante 7 giorni su 7, non solo per il riscaldamento e il raffreddamento degli ambienti, ma anche per i processi di sterilizzazione e disinfezione, per l'utilizzo degli apparecchi di radiodiagnostica, Tac e Pet, e per i macchinari in sale operatorie e terapie intensive. Se il riscaldamento di case e uffici può rispondere a una logica di contenimento dei consumi incidere sui servizi fondamentali, sui luoghi di ricovero e di ospitalità per malati, anziani e disabili è quasi impossibile.

COSTI RADDOPPIATI DAL CARDARELLI AI POLICLINICI «DALLO STATO CI ASPETTIAMO AIUTI CONCRETI»

LE AZIENDE

«Al Cardarelli - avverte il direttore generale Antonio D'amore - passeremo da 2 a 4 milioni di euro per il gas e da 4 a 8 milioni per le utenze e l'energia elettrica. È evidente che queste voci di costo debbano esserci riconosciute dal governo centrale in sede di adeguamento del riparto del fondo sanitario - sottolinea D'Amore che è anche vicepresidente Fiaso, la Federazione nazionale che rappresenta le aziende sanitarie e ospedaliere italiane - pena un deficit strutturale che peserà sui conti pubblici». Stime al raddoppio dei costi e incrementi record sono previsti anche per i due Policlinici. La Vanvitelli ha speso, nel 2021, 1.046 milioni per l'energia elettrica e 1,117 per il gas. Costi anche superiori si riscontrano nella cittadella sanitaria collinare. Se l'Azienda dei colli è in fase di elaborazione dei dati, al Santobono il manager Rodolfo Conenna ha già sulla sua scrivania una tabella di sintesi: la stima, su base annua, dei costi per il riscaldamento passerà dai 171mila euro del 2021 a 420mila nel 2022 e quasi 760mila euro in più per l'elettricità (da 1,040 milioni a 1,8 milioni). A conti fatti un milione in più rispetto a 1,2 pagati lo scorso anno. La Asl Napoli 1 infine ha elaborato un prospetto dei costi su base semestrale relativo, per ora, al solo consumo di energia elettrica. All'incremento del 30 per cento nel 2021 (sul 2020) corrisponde quest'anno un'impennata del 72,19 per cento. In soldoni da poco più di 5 milioni spesi nel 2021 si arriva a 8,6 stimati sui primi sei mesi dell'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Nei reparti via al piano anti-sprechi servono comportamenti responsabili»

Costi energetici, la Asl Napoli 1 è la prima azienda sanitaria della Campania ad emanare una circolare diretta a direttori sanitari, primari e responsabili per evitare sprechi e contenere i costi. La nota è firmata dal direttore generale Ciro Verdoliva. Cosa si può fare per contenere i costi energetici di un'azienda sanitaria?

«La crisi energetica investe l'Europa intera e non si risolverà nel breve termine; i costi energetici dipendono da una serie di fattori sui quali il consumatore non può intervenire e men che meno in servizi essenziali come per la Sanità e la tutela della Salute. Tuttavia possiamo adottare azioni mirate a contenere gli sprechi e utilizzare impianti a basso consumo».

Quanto pesa la bolletta della Asl Napoli 1 sui costi aziendali?

«Nel 2021 abbiamo pagato bollette per circa 5 milioni di euro, da mesi l'aumento dei costi energetici legati a tutte le attività sono divenuti tutt'altro che trascurabili e pesano in maniera significativa sul bilancio complessivo. I rincari sono letteralmente esplosi a partire da gennaio 2022 e non saranno meno marcati nel medio-lungo periodo».

Cosa si può fare per ridurne l'impatto?

«Un primo importante passo è stato realizzato all'Ospedale del Mare con l'installazione di un impianto fotovoltaico da 825mila KWh l'anno che si aggiunge all'esistente impianto di co-generazione che permette l'auto produzione di circa 3,5 Mw/h (pari a circa 1.700 contatori di utenza domestica e ad 1/3 dell'energia necessaria al funzionamento della struttura) ma non basta. Tanti sono gli interventi già programmati e stiamo predisponendo un articolato progetto mirato alla riduzione dei consumi».

Su cosa si basa questo piano?

«Oltre ad interventi strutturali con impianti più efficienti e fonti alternative stiamo lavorando per responsabilizzare ciascun dipendente che può e deve fare la propria parte nel garantire un risparmio. Ogni euro risparmiato è importante perché potrà essere investito per garantire assistenza e migliori servizi ai cittadini. Tutti devono essere co-protagonisti di un piano indirizzato ad un uso consapevole di una risorsa importante come l'energia e quindi di un contenimento dei costi. Dalle bollette già trasmesse dai gestori, relative agli ultimi mesi, è possibile percepire l'impatto sulle finanze aziendali. Puntiamo a contenere il cosiddetto "consumo passivo", vale a dire quella parte dei consumi legati a comportamenti superficiali».

Per esempio?

«Lasciare accese senza motivo luci, computer, apparecchiature e quant'altro quando non necessario o addirittura oltre l'orario di servizio in assenza di qualsiasi attività o presenza. Abbiamo informato il servizio di guardiania e vigilanza affinché disponga che le guardie possano provvedere a spegnere almeno le luci e gli schermi dei computer Ma abbiamo altre idee in cantiere che attueremo nelle prossime settimane».

Quali sono le misure?

«Le norme relativa alle strutture sanitarie impone condizioni termo-igrometriche con valori ben preciso: è necessario coinvolgere maggiormente l'Energy manager alla implementazione di ulteriori impianti di cogenerazione favorendone l'uso nelle fasce a più alto costo. Pensiamo anche al completamento dei corpi illuminanti a led per gli interni e per le luci esterne oppure da alimentare con batterie ricaricabili e pannelli fotovoltaici. C'è spazio per la riqualificazione ed efficientamento delle centrali termiche, l'impiego di interruttori di presenza, la regolazione delle temperature dell'acqua calda in inverno e refrigerante in estate fino al monitoraggio delle temperature dei locali ad uso sanitario facendo attenzione a consumi non necessari nelle stagioni intermedie. Utile anche la manutenzione pulendo o cambiando i filtri degli impianti di riscaldamento e ventilazione. Il caro bollette rischia di mandare in tilt i già precari bilanci di Asl e ospedali. Ed è indispensabile un piano nazionale e una quota di risorse ad hoc per far fronte a questi costi adeguando tariffe e rimborsi per le prestazioni erogate».

e.m.

IL MANAGER ASL NA1: NEL POLO DI PONTICELLI UN IMPIANTO FOTOVOLTAICO BISOGNA PROSEGUIRE LUNGO QUESTA STRADA

È ORMAI URGENTE UN PIANO NAZIONALE CHE CONSENTA DI INCREMENTARE LE RISORSE PER I NOSOCOMI

I dati

Covid, 3 decessi in poche ore Alto il tasso di positività

Tre decessi in meno di 24 ore. Il Covid tiene ancora in scacco l'Irpinia con un tasso di positività che si mantiene sul 20% (superiore alla tendenza regionale e nazionale).

E sono 19 le persone ricoverate negli ospedali della provincia dedicati alla cura di pazienti infetti. Sono 15 all'azienda ospedaliera Moscati di Avellino, dove sono spirate una 76enne di Napoli e un'anziana di 92 anni di Pietrastornina. Al Frangipane di Ariano Irpino sono occupati 4 posti letto. Nel nosocomio del Tricolle è morto un paziente di 65 anni di Ariano Irpino, giunto in Pronto Soccorso in gravi condizioni cliniche. Tutti loro stavano già facendo i conti con il virus. Nell'ultimo bollettino dell'Asl sono emersi 193 casi su 999 tamponi antigenici e molecolari analizzati. I numeri più alti di contagiati del report si registrano ad Ariano Irpino con 5 residenti infetti, Atripalda 6, Avellino 22, Bisaccia 4, Caposele 4, Frigento 4, Gesualdo 3, Grottaminarda 3, Lacedonia 6, Lapio 3, Manocalzati 4, Mercogliano 3, Montecalvo Irpino 3, Montefalcione 4, Monteforte Irpino 5, Montemiletto 8, Montoro 8, Pratola Serra 4, San Sossio Baronia 4, Sant'Angelo dei Lombardi 4, Serino 6, Solofra 9, Torella dei Lombardi 3, Villamaina 3, Villanova del Battista 4.

Nell'elenco dell'Azienda sanitaria figurano altri comuni della provincia dove si hanno principalmente casi singoli di contagio da Covid-19. Molte le reinfezioni.

g.g.

Cirielli: sanità allo sfascio i cittadini pagano le inefficienze regionali

▶«Roma deve monitorare la situazione magari arrivando al commissariamento»

▶«Il Pd è stato al governo per dieci anni senza vincere le elezioni, è ora di cambiare»

L'INCONTRO

Alberto Nigro

«Nessuna bocciatura della classe dirigente locale, la legge elettorale ha influito sulle candidature». Lo ha detto Edmondo Cirielli, Questore della Camera dei Deputati in quota Fratelli d'Italia, intervenendo al dibattito pubblico che si è svolto ieri pomeriggio presso il Circolo della Stampa di Avellino. Al suo fianco, in una sala gremita di sostenitori, i candidati nei collegi uninominali di Camera e Senato per il centrodestra, Gianfranco Rotondi e Giulia Cosenza. «Sicuramente - ha detto- è necessario riconnettere le aree interne con il resto della regione puntando soprattutto sulle infrastrutture. Il tema della sanità, poi, è gravissimo e non riguarda solo le incapacità della Campania, ma investe lo Stato perché se una Regione non riesce a garantire i livelli minimi di assistenza, il Governo centrale deve intervenire». A tal proposito, Cirielli annuncia un monitoraggio forte da parte di Roma sulla Campania fino ad arrivare, qualora ce ne fosse bisogno, ad un commissariamento perché «i cittadini non possono pagare le colpe di una cattiva gestione». Venendo alla partita del centrodestra in terra irpina, l'esponente meloniano è stato netto: «Non credo molto ai sondaggi, ma quando tra centrodestra e centrosinistra si calcolano circa 15 punti di scarto, vuol dire che qualcosa c'è. Il mondo è cambiato e il centrosinistra non è più quello di una volta, con un governo regionale a trazione di un Pd feudale che ha disarticolato il centro e consegnato a molti voti la libera uscita». Tuttavia, per Cirielli, non esiste solo un fatto locale, ma uno, più importante, nazionale visto che «il Partito Democratico governa da dieci anni senza aver vinto le elezioni e i risultati sono sotto gli occhi di tutti». Insomma, c'è grande delusione in giro nei confronti del Pd che, sottolinea Cirielli, «investe per forza di cose anche l'Irpinia». Di qui, un riferimento sulla mancata candidatura nelle liste di esponenti locali del partito. «Nessuna bocciatura - ha sottolineato - il sistema elettorale prevede collegi ampi che danno meno valore alle candidature territoriali. È una legge contro cui ci siamo sempre battuti anche perché collegi così grandi sono incostituzionali, allontanando troppo l'eletto dall'elettore». Comunque sia, ci sarà spazio per una nuova classe dirigente diffusa visto che «Fratelli d'Italia si è presentata con il 5% dei consensi e oggi punta a prendere il 25 o il 30%». Venendo agli uninominali, Rotondi, ha sottolineato, «è persona esperta e stimata da tutti, oltre ad essere originario di Avellino», mentre Cosenza «è una imprenditrice ed ex parlamentare che ha ricoperto ruoli importanti anche in Irpinia per cui non è assolutamente estranea al territorio». Interrogato sulla possibilità di una visita elettorale di Giorgia Meloni in Campania, Cirielli ha ammesso che per il momento non è in programma, ma ha garantito che si proverà ad organizzarla. Dunque, la parola è passata a Giulia Cosenza che è partita da una domanda: «Perché l'Irpinia non può essere come l'Umbria o la Toscana?». Per l'ex deputata, qui «ci sono tantissime potenzialità inespresse, che nessuno, fino ad ora, è stato in grado di cogliere». La ragione è semplice: «Si è sempre guardato all'Irpinia con gli occhi dell'assistenzialismo, mentre noi vogliamo puntare sulla valorizzazione e sulla creazione delle condizioni per lo sviluppo». Di qui un ragionamento sulle eccellenze prodotte sul territorio, soprattutto nel settore agroalimentare, ma anche un'amara riflessione: «Le imprese -ha dichiarato Cosenza- da queste parti devono fare un doppio sforzo perché devono sopperire alla mancanza di infrastrutture viarie, energetiche ed informatiche». A chiudere Gianfranco Rotondi, che è partito dal dibattito al quale aveva partecipato in mattinata durante la trasmissione Agorà: «Hanno provato ad incalzarmi - ha spiegato- chiedendomi come mai la Meloni si allinea a Draghi dicendo che non si può fare ulteriore debito. Semplice, perché Draghi governa, la Meloni governerà. Siamo responsabili e garanti della tenuta del Paese». Quindi, la provocazione: «Mi chiedono sempre dove è finito il centro. Ma il centro non c'è mai stato. Se De Gasperi invece di fermare i comunisti nel 1948 avesse fatto il centro, dove saremmo oggi?».

«LA MANCANZA DI CANDIDATI IRPINI DI FDI? TUTTA COLPA DELLA PESSIMA LEGGE ELETTORALE»

ROTONDI: «MELONI È ALLINEATA A DRAGHI SUL DEBITO PERCHÈ SA CHE GOVERNERÀ»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pronto soccorso, la svolta a Marcianise

▶Le disposizioni dell'Asl per razionalizzare risorse e servizi L'obiettivo è decongestionare l'area destinata alle emergenze

▶Ideato un percorso dedicato e distinto per i pazienti cronici Gestione veloce dei casi meno gravi con codici bianco e verde

LA SANITÀ

Ornella Mincione

Un Pronto soccorso che sia in grado di decongestionare l'utenza, in particolare quella da codici «bianco» e «verde», e che al contempo assicuri al paziente cronico un percorso distinto dalle emergenze: è la nuova realtà che l'Asl di Caserta ha realizzato nell'ospedale di Marcianise Anastasia Guerriero e il cui nuovo sistema di triage partirà da oggi.

LA NOTA

L'area che darà la svolta alla classica gestione dei pazienti si chiama Treat Room ed è interamente dedicata al paziente non in impellente pericolo di vita, il quale verrà seguito nell'ambito di un percorso dedicato, chiamato Fast Track. Ieri è stata divulgata la notizia dall'azienda sanitaria casertana in una nota in cui si legge: «Su disposizione del direttore generale Amedeo Blasotti, in condivisione con il direttore sanitario Enzo Iodice e il direttore amministrativo Giuseppe Tarantino, a conclusione di un percorso avviato dai precedenti vertici istituzionali, ha previsto dal primo settembre presso il presidio ospedaliero di Marcianise, sotto la guida del responsabile del Pronto soccorso Mauro Giordano docente presso l'Università Luigi Vanvitelli, una sperimentazione tesa ad evitare il sovraffollamento nel Pronto soccorso sul modello del Medical See and Treat». Il modello del nuovo triage però è stato studiato dall'Asl di Caserta già da diversi mesi, quando era sotto la guida dell'ex manager Ferdinando Russo. In seguito, nella stessa nota viene spiegato il sistema per evitare le lunghe attese dei pazienti «meno gravi» nelle sale d'attesa del presidio emergenziale. In questo modello organizzativo, si legge al dettaglio nella nota, al paziente in situazione di bassa complessità viene garantito un percorso privilegiato chiamato Fast Track.

L'ITER

A partire dal triage, il paziente meno grave, deambulante e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiede un rapido intervento diagnostico-terapeutico, viene preso in carico in una determinata area del Pronto soccorso (Treat Room) idonea allo svolgimento delle funzioni previste da protocolli medico-infermieristici approvati dalla direzione sanitaria. L'infermiere dedicato applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso. In tal modo si ottiene una significativa riduzione delle attese e dei tempi di permanenza nei Pronto soccorso per condizioni di urgenze minori. Se la sperimentazione avrà successo, nel territorio provinciale, si provvederà ad estendere tale sistema a tutti i restanti presidi ospedalieri, valorizzando ulteriormente la funzione di triage con miglioramento inoltre dell'appropriatezza del trattamento grazie alla possibilità di attivazione di percorsi differenziati di presa in carico all'interno dei Pronto soccorso. In caso di successo tale sistema potrebbe portare alla soluzione del problema dell'affollamento nei Pronto soccorso e ai lunghi tempi di attesa da parte degli utenti in condizioni di emergenza.

Nell'ambito della sperimentazione attivata nel presidio ospedaliero di Marcianise, riveste un ruolo fondamentale la gestione dei pazienti cronici che accedono al Pronto soccorso per riacutizzazione. Tali pazienti, infatti, una volta dimessi, vengono inviati al Chronic Care Center del distretto sanitario di appartenenza grazie ad un percorso dedicato di presa in carico della patologia cronica e di prevenzione delle possibili esacerbazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DHI Di Nardi Holding Industriale, la dirigente Miriam D'Aiello più volte ha chiarito: «L'area usata per il tramacco ci è stata indicata dal Comune di Mondragone. Abbiamo sollecitato a più riprese gli uffici competenti a trovare una soluzione differente ed a predisporre un'area recintata e con vasche di scolo». Circa la pulizia e la modalità di esecuzione, aggiunge: «Con uno specifico ordine di servizio, abbiamo individuato dei responsabili dell'attività e della sistemazione della zona. Ogni giorno ci arrivano fotografie attestanti la sua completa pulizia, dopo aver concluso il tramacco». Il servizio di raccolta intanto sta tornando lentamente alla normalità. Restano dei problemi per gli ingombranti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA