Rassegna Stampa del 4-5-6 febbraio 2023

Le voci dei detenuti

«Dal carcere vi diciamo: questo Paese ha bisogno di una buona Sanità»

Sempre più spesso in tv, sui giornali e sulle varie fonti di informazione si sente parlare di malasanità, ovvero di errori commessi dai medici che dovrebbero tutelare la nostra salute, ma che invece molto spesso la pongono a rischio, in alcuni casi addirittura mettendo a rischio la stessa vita dei pazienti. Ho provato sulla mia pelle esperienze di questo tipo: l'incompetenza di alcuni medici in Campania riguardo la nascita dei miei due figli, in particolare il mio primogenito, che secondo i medici aveva un'alterazione dei cromosomi e quindi sarebbe stato necessario un cambio di sesso da maschio a femmina; sottoponendo in seguito mio figlio a un ricovero presso una struttura ospedaliera diversa, questi altri dottori mi comunicavano tutt'altro e mi consigliavano, quindi, di presentare denuncia ai precedenti medici per danni morali e psicologici.

Quando mia moglie aspettava invece la nascita della mia secondogenita, al quinto mese di gravidanza la clinica riferiva che la bambina pesava appena 500 grammi, mentre in seguito, quando è nata presso un altro ospedale a quasi 7 mesi di gravidanza il peso era di 1,100 kg.

Questi episodi sono all'ordine del giorno e danneggiano psicologicamente noi genitori e cittadini, inducendoci a perdere la lucidità e a non fidarci della competenza di chi dovrebbe salvaguardare la nostra salute, la nostra vita e il benessere dei nostri figli.

Uno stato di prim'ordine come l'Italia non può soffrire di carenze del personale sanitario, che è indispensabile e può a lungo termine incidere negativamente sul tasso di natalità di questo Paese; e soprattutto la competenza dei nostri medici non dovrebbe mai essere messa in dubbio; tuttavia, i fatti di cronaca sulla malasanità ci inducono a pensare il contrario.

Christian C., Paola C., Valeria V., Isabella I. (Dalla finestra del carcere di Poggioreale)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUI POGGIOREALE «DIAGNOSI ERRATE E FRETTOLOSE SPESSO CONDIZIONANO LE ESISTENZE: OCCORRE OVUNQUE COMPETENZA»

Gli scenari della medicina

Antibiotico-resistenza, il passaggio dall'alleanza a un rischio

Antibiotico, dal greco "contro la vita", ovviamente quella dei batteri, sperando che, un giorno, non sarà contro la nostra. La scoperta degli antibiotici è stata l'inizio della medicina moderna che ha salvato milioni di vite e permesso di vivere più a lungo. Oggi l'utilizzo non mirato e l'abuso ha rotto l'equilibrio, per cui bisogna cambiare totalmente l'approccio con prescrizioni mirate e razionali, altrimenti i batteri vinceranno e sarà la fine della medicina moderna.

I batteri che hanno sviluppato resistenza sono in costante aumento, sono sempre di meno gli antibiotici efficaci ed è importante considerare ed evidenziare che l'Italia detiene il record europeo di 15.000 morti all'anno da antibiotico-resistenza. È un male silente che si nasconde e che potrebbe riscrivere la storia del Covid-19: in alcune cartelle cliniche di pazienti deceduti risulta che per il 40% la causa del decesso è stato lo sviluppo di infezioni durante l'ospedalizzazione, non curate per via della resistenza agli antibiotici. Ovviamente il tutto è messo a tacere dal dio denaro. Bisognerebbe, invece, ripensare alle parole di Arthur Mortimer, che nel 1942 alla conferenza in cui furono convocati oltre a Flaming, scopritore della penicillina, tutti i grandi della chimica e farmaceutica che avevano intenzione di produrre penicillina, disse: «Tutti quelli che saranno collegati alla produzione di un farmaco daranno la loro scienza e il loro lavoro, senza alcuna intenzione personale di guadagno o ambizione».

Raffaele, Antonio, Joanderson, Alessandro, Claudio, Gaetano, Salvatore (dalla finestra del carcere di Secondigliano)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tagli a risorse e personale Campania sempre più giù per cure e liste di attesa

▶I rischi per l'assistenza sanitaria nel Sud L'appello dei manager: serve un riequilibrio

▶Preoccupano i dati Istat sulla mortalità e la fuga dei pazienti in strutture del Nord

IL FOCUS

Ettore Mautone

In Italia, secondo i dati Istat, al Sud si vive un anno e sette mesi in meno che al Nord: primavere di vita perse che in Campania quasi raddoppiano e diventano tre. Non solo: la Campania è anche la regione d'Italia che spende di più in migrazione sanitaria (3,4 miliardi in dieci anni nelle strutture del Centronord) con una flessione registrata solo durante la pandemia. Nel Mezzogiorno i flussi di pazienti in cerca di cura verso regioni diverse da quelle di residenza riguardano l'11,4% dei ricoverati a fronte del 5,6% dei residenti nel Nord-Italia. Se i «viaggi della speranza» sono il dato simbolo dell'arretratezza della sanità del Sud e delle difficoltà che sconta la Campania (al netto delle eccellenze che esistono ma ancora insufficienti a fare rete) la possibilità che il progetto di autonomia differenziata approvato in Consiglio dei ministri sia il rimedio giusto per colmare questo gap, capace di incidere sulle disuguaglianze tra i cittadini, sono in tanti a esprimere perplessità se non una assoluta contrarietà. Dopo le aspre critiche pronunciate dal presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca e la netta presa di distanza del governatore della Puglia Michele Emiliano, entrambi esponenti di forze di opposizione, anche il governatore della Sicilia Renato Schifani di Forza Italia, pur con alcuni distinguo, ha sottolineato il suo «no a un'Italia a due velocità» dicendosi convinto che prima di tutto sia necessaria una omogeneizzazione degli aspetti infrastrutturali ed economici del nostro Paese.

LE DISUGUAGLIANZE

Il dato di fondo è che tutto il Sud soffre da anni per qualità e accessibilità dei servizi sanitari ma dopo la pandemia lo scoglio principale, nel Mezzogiorno in misura maggiore ma ovunque

LE RISORSE DEL PNRR SU OSPEDALI E CASE DI COMUNITÀ NON RISOLVONO IL NODO DELLA CARENZA DI SPECIALISTI

nel Paese, è diventato reclutare il personale che serve per presidiare le corsie sia nelle aree critiche dell'emergenza, profondamente rimaneggiate dalla guerra contro il coronavirus, sia per popolare Case e Ospedali di Comunità progettati con i fondi del Pnrr. Questi ultimi concepiti per decongestionare gli ospedali ma privi di copertura per la spesa corrente e per gli stipendi dei camici bianchi. In questo scenario è chiaro che rendere autonome le Regioni anche nel differenziare gli stipendi di medici e infermieri diventerebbe una pietra tombale sul riequilibrio Nord-Sud e una nuova formidabile spinta a flussi migratori alimentati non più soltanto da malati ma anche da cervelli, medici, primari, specialisti, infermieri e tecnici di cui c'è oggi penuria ovunque.

IL PERSONALE

A spaventare non sono dunque solo i numeri – agghiaccianti - dei dati relativi alla migrazione sanitaria degli ultimi dieci anni (oltre 1 miliardo all'anno per curare al Nord i cittadini del Sud di cui circa un terzo a carico della Campania per un esborso, dal 2012 al 2021, di oltre 11 miliardi che diventano 14 se si aggiunge il Lazio) quanto da un lato il dato della già grave sottostima storica del fabbisogno di risorse per la Salute per garantire i Lea (Livelli di assistenza): qui la Campania è ultima per assegnazione delle risorse pro capite nonostante sia la terza in Italia per quota di popolazione residente). Dall'altro ci sono i ridenominati Lep (Livelli essenziali delle prestazioni) aleatori quanto le risorse per assicurarne l'omogeneità a cui si aggiunge la prospettiva che alle difficoltà attuali si aggiunga anche l'emorragia di cervelli attratti da buste paga più sostanziose che solo le Regioni ricche e autonome da vincoli sarebbero in grado di assicurare. «In Sanità, il regionalismo degli ultimi venti anni – sottolinea l'assessore campano al Bilancio Ettore Cinque - è già stato molto spinto. I progetti di autonomia differenziata delle Regioni del Nord puntano oggi soprattutto a intervenire sulla remunerazione del personale sanitario diventato il collo di bottiglia per la sostenibilità dell'intero sistema e la cui disponibilità, in quantità e qualità, farà la differenza nei prossimi anni».

I MANAGER

Insomma, per tutto il Sud sarebbe un disastro. Col nodo cruciale del personale dovranno fare i conti soprattutto i direttori generali delle aziende sanitarie. Antonio D'Amore, manager del Cardarelli di Napoli e vicepresidente della Fiaso, la Federazione nazionale che rappresenta le aziende sanitarie e ospedaliere avverte: «La definizione dei Lea – sottolinea - rimarrebbe ancora in capo allo Stato però i Lea (come i Lep) occorre garantirli in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale e invece l'impressione è che questo punto sia un dettaglio trascurabile». Vista l'incertezza di una spesa procapite omogenea per assicurare la salute ai cittadini c'è il concreto rischio che anche i Lep restino nel limbo delle buone intenzioni. Questo rischio potrebbe minare la coesione sociale del Paese - è il ragionamento delle forze politiche di opposizione - e mentre le regioni più ricche e attrezzate già da anni possono offrire gli extra Lea non essendo in piano di rientro le altre sono sempre più in affanno. L'obiettivo sarebbe dunque poter gestire con meno vincoli proprio il nodo del personale. Preoccupato dell'ipotesi dell'azione redistributiva dello Stato legata alla fiscalità generale e alla gestione senza più una compartecipazione nazionale di servizi come quelli erogati dalla sanità è anche Ciro Verdoliva manager della Asl di Napoli tra le più grandi d'Italia: «Bisognerebbe partire dall'analisi delle motivazioni reali per le quali il Sistema sanitario nazionale oggi non riesce a essere adeguato alla domanda dei cittadini. Basti pensare che le regioni (tutte del Sud) che ricevono meno risorse per la salute rispetto alla popolazione residente (e la Campania è ultima) scontano una maggiore mortalità per tutte le cause. Evidentemente le risorse attribuite a ciascun cittadino per ricevere cure sanitarie sono storicamente direttamente proporzionali ai migliori esiti. Il cambiamento deve essere migliorativo e non peggiorativo e comunque adeguato ai diversi contesti regionali - aggiunge Verdoliva - Con un'inflazione alle stelle come si possono accettare pochi spiccioli di aumento, tra l'altro in un frangente nel quale lo sforzo e l'impegno è moltiplicato oltre ogni misura?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANCANO I CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI LEP: LE REGIONI PIÙ RICCHE POTRANNO PAGARE MEGLIO I PROPRI MEDICI

I servizi

«Ospedali di comunità evitare il rischio flop»

▶Ferrante: «Stiamo lavorando proprio per scongiurare questa ipotesi negativa»

▶Il manager Asl: l'obiettivo è assumere 400 medici e infermieri entro il 2026

IL COLLOQUIO

Antonello Plati

«Il rischio che non possa essere attuato c'è, ma stiamo lavorando proprio per scongiurarlo». Il direttore generale dell'Asl di Avellino, Mario Nicola Ferrante, fa il punto della situazione sullo stato di avanzamento del nuovo piano di sanità territoriale.

Ieri, su Il Mattino, il presidente della Commissione sanità in Regione, l'irpino Enzo Alaia, ha lanciato l'allarme: «Non abbiamo personale per far partire le attività degli ospedali e delle case di comunità».

Ferrante è realista, ma assicura: «Il rischio che non possa essere attuato c'è, ma stiamo facendo il possibile per evitare un simile contesto. L'obiettivo, entro il 2026, è quello di assumere circa 400 unità tra medici, infermieri, operatori sociosanitari e amministrativi: saranno inseriti tutti negli ospedali e nelle case di comunità».

I NUMERI

L'Asl di Avellino con il nuovo piano di sanità territoriale (finanziato nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza, Pnrr, con 30 milioni di euro) ha previsto la realizzazione di 4 ospedali di comunità ad Avellino (in un'ala dell'ex ospedale civile di Viale Italia concesso dall'Azienda ospedaliera Moscati all'Asl in comodato d'uso gratuito per 30 anni), Montella (nel complesso di San Francesco a Folloni che ha già ospitato il Covid Residence), Moschiano (nell'ex clinica Parco degli Ulivi) e Monteforte Irpino (nella sede dell'ex ospedale San Giacomo); di 10 case della comunità (Moschiano, Monteforte Irpino, Lioni, Lapio, Bisaccia, Fontanarosa, Avellino, Castel Baronia, Montecalvo Irpino, Montoro); e di 4 centrali operative territoriali (Avellino, Monteforte Irpino, Moschiano, Vallata).

«Con i fondi del Pnrr – ribadisce Ferrante – puntiamo a fare circa 400 assunzioni di personale che sarà utilizzato per le gli ospedali e le case di comunità. Abbiamo tempo, la scadenza è quella del 2026, tuttavia, man mano che saranno sottoscritti i contratti, gli operatori prenderanno servizio nei distretti sanitari della provincia di Avellino».

L'EX NOSOCOMIO

Di particolare importanza il progetto di recupero di un'ala dell'ex ospedale civile di viale Italia. Grazie a un accordo raggiunto con l'Azienda ospedaliera Moscati di Avellino, l'Asl ha ottenuto i locali (6 piani per complessivi 3mila metri quadrati) tra via Marconi e via Colombo in comodato d'uso gratuito per 30 anni. Qui è prevista la realizzazione, entro la fine dell'anno, di un ospedale di comunità (con 30 posti letto) e di una casa della comunità: «Abbiamo avviato la progettualità – spiega il diggì - ma in questa fase è ancora la Regione che sta gestendo la pratica che poi passerà all'Asl in una seconda fase». In tema di ospedali di comunità, l'Asl di Avellino una certa esperienza l'ha maturata, avendo inaugurato (a novembre 2021) il primo ospedale di questo tipo in Campania nella sede dell'ex ospedale Di Guglielmo di Bisaccia. Ma di cosa si tratta? L'ospedale di comunità, spiegano da via Degli Imbimbo, «è una struttura territoriale di ricovero breve rivolta a pazienti che a seguito di episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio ma che vengono ricoverati in mancanza di idoneità del domicilio stesso o in quanto necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna non erogabile a domicilio e di assistenza medica programmata o su specifica necessità». Ad Avellino, nell'ex Moscati, troverà spazio anche la prima casa di comunità della Campania. In questo caso, le funzioni sono ancora abbastanza vaghe, comunque dovrebbe trattarsi di una struttura di prossimità per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Le case di comunità, previste dal Pnrr, «dovrebbero promuovere un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Dovrebbero essere la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SARANNO REALIZZATE QUATTRO GRANDI STRUTTURE E ALTRE DIECI «CASE» TERRITORIALI

DI PARTICOLARE RILIEVO IL RECUPERO DI UN'ALA DEL VECCHIO «MOSCATI»

«Ospedali di comunità manca il personale»

▶Alaia: «Il rischio del flop è concreto bisogna immediatamente attivarsi»

▶«Se non riusciremo a fare le assunzioni entro l'anno, saremo in grande difficoltà»

L'ALLARME

Antonello Plati

Rischio flop per il piano di sanità territoriale. «Non c'è personale per far partire le case e gli ospedali di comunità». L'allarme è del presidente della Commissione sanità in Regione Campania, l'irpino Enzo Alaia. Il riferimento provinciale di Italia Viva traccia un quadro a tinte molto fosche, sottolineando le difficoltà dell'Asl di Avellino (ente attuatore del Piano) nel reclutare medici e infermieri da inserire nelle strutture che dovrebbero essere attivate entro la fine dell'anno: «Se non riusciamo a fare queste assunzioni ci troveremo in una difficoltà estrema. E quindi dobbiamo fare leva sul governo nazionale per ottenere maggiori risorse per portare avanti queste iniziative importanti». Da non sottovalutare, secondo Alaia, la questione legata all'autonomia differenziata, il cui disegno di legge, presentato dal leghista Roberto Calderoli, sta per essere valutato dal governo di Giorgia Meloni: «È una battaglia che dobbiamo portare avanti: se dovesse passare l'autonomia differenziata il nostro territorio sparirà. Altrimenti tanti progetti, meritevoli di attenzione particolare, non potranno più essere realizzati per mancanza di risorse economiche e umane. Allora tutte gli esponenti istituzionali irpini, di ogni parte politica, dovrebbero spingere affinché ci siano maggiori opportunità per questa provincia». In effetti, se dovesse passare il disegno di legge Calderoli con l'autonomia lo Stato attribuirebbe alle Regioni autonomia legislativa sulle materie di competenza concorrente e in tre casi di materie di competenza esclusiva dello Stato. Insieme alle competenze, le Regioni potrebbero anche trattenere il gettito fiscale, che non sarebbe più distribuito su base nazionale a seconda delle necessità collettive: «Per l'Irpinia e per tutto il Mezzogiorno sarebbe la fine», dice ancora Alaia. Tornando al piano di sanità territoriale, è prevista la realizzazione di 4 ospedali di comunità: Avellino (in un'ala dell'ex ospedale civile di Viale Italia concesso dall'Azienda ospedaliera Moscati all'Asl in comodato d'uso gratuito per 30 anni), Montella (nel complesso di San Francesco a Follini che ha già ospitato il Covid Residence), Moschiano (nell'ex clinica Parco degli Ulivi) e Monteforte Irpino (nella sede dell'ex ospedale San Giacomo); 10 case della comunità (Moschiano, Monteforte Irpino, Lioni, Lapio, Bisaccia, Fontanarosa, Avellino, Castel Baronia, Montecalvo Irpino, Montoro); 4 le centrali operative territoriali (Avellino, Monteforte Irpino, Moschiano, Vallata). Queste strutture intermedie avranno l'obiettivo di fare da raccordo tra i vari soggetti coinvolti nell'assistenza sanitaria, decongestionando gli ospedali più grandi e fornendo servizi più vicini ai bisogni del cittadino. Nell'ambito dello stesso piano è previsto anche un importante investimento per l'acquisto di apparecchiature tecniche. In particolare, arriveranno un telecomandato, una Tac di nuova generazione (da 128 slices), un ecocardiografo, un tavolo radiologico e un angiografo presso l'ospedale Frangipane di Ariano Irpino e una risonanza magnetica di nuova generazione all'ospedale Criscuoli-Frieri di Sant'Angelo dei Lombardi. Inoltre, 4 milioni di euro sono destinati al completamento del fascicolo sanitario elettronico e del programma di digitalizzazione dell'Asl. Ma il rischio flop, come sottolineato dal presidente della Commissione regionale Sanità, è dietro l'angolo. Per scongiurarlo, il direttore generale dell'ente di via Degli Imbimbo, Mario Nicola Ferrante, è già al lavoro. In tema di assunzioni, da ottobre 2022 ad oggi, nell'ambito della Medicina generale e Pediatria di libera scelta sono stati immessi sul territorio provinciale 32 nuovi Medici di Medicina generale e un Pediatra di libera scelta titolari di incarico a tempo indeterminat». Mentre nell'ambito della specialistica ambulatoriale, l'Asl ha appena disposto l'inserimento di 17 camici bianchi. Infine, assunte con incarico a tempo indeterminato, 13 guardia mediche.

«VA BLOCCATA L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA CON QUESTA RIFORMA L'IRPINIA SPARIRÀ»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nodo angiografi Regione in pressing sull'ospedale Rummo

▶Inviata lettera alla Morgante: «Indicare le possibili soluzioni»
Da oggi nuovi sopralluoghi dei tecnici, altri disagi in Cardiologia

PROVINCIA

Luella De Ciampis

Sarà una settimana difficile per il management del Rummo che dovrà impegnarsi a fondo per delineare un programma definito delle azioni da fare per risolvere il nodo "angiografi". In seguito alla lettera inviata dal sindaco Clemente Mastella in Regione, il direttore per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema sanitario regionale, Antonio Postiglione, ha scritto al direttore generale Maria Morgante per avere notizie precise al riguardo e indicare le possibili soluzioni. Martedì 31 gennaio, il sindaco aveva inviato una lettera in Regione in cui aveva scritto: «In qualità di sindaco, denuncio l'intollerabile quadro di criticità determinato dalla rottura dell'angiografo in uso all'unità complessa di Cardiologia e Utic dell'ospedale Rummo. Un incidente che mette a rischio prestazioni cardiologiche urgenti e salvavita per la numerosa utenza del Sannio e delle province limitrofe».
Da oggi, riprenderanno, a ritmi serrati, i sopralluoghi dei tecnici e i confronti tra i vertici dell'azienda ospedaliera per arrivare a una soluzione ben definita, in tempi rapidi, come richiesto dalla Regione. La situazione che si è creata sta procurando non poche difficoltà sia all'utenza che al personale sanitario del reparto di Cardiologia, impegnato a riorganizzare il lavoro, senza poter contare dell'ausilio dell'Emodinamica. Una situazione, quella che si è creata poco meno di un mese fa, che era prevedibile perché l'angiografo della Cardiologia ha vent'anni e si era rotto già altre volte nel corso degli ultimi cinque anni. Le difficoltà per i pazienti cardiologici, in quelle occasioni, si sono protratte al massimo per un mese, cioè per i tempi tecnici necessari a far arrivare a destinazione il pezzo di ricambio. A fare la differenza, in questa occasione, è stata l'impossibilità di trovare il pezzo di ricambio, ormai irreperibile sia in Italia che all'estero, visto che quel tipo di angiografo è ormai fuori produzione. Come più volte ha sottolineato Giovanni Iannielo, presidente dell'Ordine dei medici, non è stata effettuata una programmazione adeguata che avrebbe consentito di eseguire tutti i lavori di adeguamento necessari per poter installare gli angiografi ordinati, una prima volta nel 2020 e un seconda a ottobre 2021 perché il precedente provvedimento di acquisto del macchinario non era esatto.
Insomma, una serie di ritardi nella fase di programmazione e di attuazione delle opere per poter posizionare gli angiografi hanno determinato l'interruzione dell'attività di emodinamica e la temporanea esclusione dell'ospedale cittadino dalla rete Ima. Intanto, nonostante il numero di pazienti Covid si sia ridotto notevolmente, soprattutto negli ultimi mesi, il reparto di Pneumologia ordinaria è ancora chiuso.

RACCOLTA FARMACI: 7 PUNTI IN CITTÀ ALTRI A SANT'AGATA POI TELESE TERME, VITULANO, AMOROSI E TORRECUSO

Torna anche quest'anno la giornata di raccolta del farmaco che, dal 7 al 13 febbraio, consentirà di donare i medicinali ai bisognosi.
La raccolta sarà effettuata in 13 farmacie che hanno aderito all'iniziativa. In città lo faranno 7 esercizi: Igea, San Diodato, Del Grosso, Italiano, Mercaldo e Fatebenefratelli, cui si aggiunge la parafarmacia Cardone; a Telese Terme la parafarmacia Cardone; a Sant'Agata de' Goti le farmacie Ievoli e Viola; a Vitulano, Amorosi e Torrecuso, hanno aderito, nell'ordine, le farmacie Cusano, Marenna e Pontoriero.

LA STRUTTURA L'ospedale Rummo di Benevento

«Pronto soccorso, adesso priorità alla formazione»

▶Appello di medici, infermieri e sindacati dopo l'ok al piano contro le aggressioni

▶«Bene il potenziamento dei controlli, servono anche strategie di prevenzione»

LE MISURE

Luella De Ciampis

Ha suscitato consensi in diversi ambiti il provvedimento del questore Edgardo Giobbi, concordato con il prefetto Carlo Torlontano, che ha consentito di potenziare i controlli nelle unità di Pronto scoccorso del Rummo e del Fatebenefratelli, per scongiurare il rischio di aggressioni al personale sanitario. «Non posso che esprimere compiacimento – dice Guido Quici, presidente nazionale Cimo-Fesmed – per le misure adottate anche perché, a distanza di una settimana dalla mia provocazione con la richiesta di intervento dell'esercito nei Pronto soccorso degli ospedali, il ministro della Salute intervenne tempestivamente per prevedere presidi delle forze dell'ordine negli ospedali delle grandi città. Il fatto che siano potenziate le attività di controllo nella mia città è, senz'altro, un traguardo ragguardevole che, tuttavia, non è sufficiente a garantire la sicurezza del personale. È indispensabile che l'azienda metta in atto le misure di prevenzione e l'attività di formazione del personale previste dalla raccomandazione ministeriale numero 8/2007, che consentono a medici e infermieri di avere la percezione dell'episodio di violenza che sta per scatenarsi e di assumere atteggiamenti mirati a evitarlo. Ci sono regole ben precise che vanno applicate per scongiurare le aggressioni».

Sulla stessa lunghezza d'onda di Quici, sono i rappresentati sindali della Fp Cgil. «Il nostro sindacato – commentano Domenico Raffa, segretario generale FP Cgil e Pompeo Taddeo, coordinatore Fp Cgil sanità privata - esprime soddisfazione per il provvedimento di potenziamento dei presidi e dei servizi di sicurezza negli ospedali sanniti, oltre al nostro ringraziamento al prefetto ed al questore per l'iniziativa intrapresa. Ora, chiediamo agli ospedali di lavorare sulla cultura della prevenzione e di identificare i fattori di rischio per la sicurezza del personale e attivare le strategie di prevenzione ritenute più opportune, coinvolgendo le rappresentanze sindacali e i rappresentanti per la sicurezza aziendali».

LA STRUTTURA Ambulanze in attesa al Pronto soccorso

IANNIELLO: «EFFICACE IL COLLEGAMENTO LIVE H24 CON LA QUESTURA: FARÀ DA DETERRENTE RISPETTO AD ULTERIORI EPISODI DI VIOLENZA»

LA SITUAZIONE

Insomma, il provvedimento è stato accolto con entusiasmo da tutti ma rappresenta solo un primo importante passo per raggiungere livelli apprezzabili di sicurezza. «Il modello che sta per partire – dice Giovanni Ianniello, presidente dell'Ordine dei medici. - è molto valido perché consente di potenziare gli operatori delle forze dell'ordine in ospedale, di poter comunicare h24 con la sala operativa della Questura che può monitorare l'area con le videocamere di sorveglianza. Soprattutto quest'ultima precauzione, a mio avviso, riuscirà a svolgere un'azione di deterrenza nei confronti di chi arriva in pronto soccorso e pensa di fare come meglio crede. Per l'ospedale Rummo non si può più parlare di emergenza ma di cronicità che devono essere risolte subito. In questo momento bisogna filtrare gli accessi in Pronto soccorso, passando per la medicina del territorio, rivolgendosi ai medici di famiglia e a quelli della continuità assistenziale (ex guardia medica). Inoltre, è di fondamentale importanza che l'ospedale e il territorio "si parlino" e agiscano in sinergia, in attesa che arrivi il personale necessario a superare le difficoltà attuali».

Il consenso arriva anche dall'Ordine delle professioni infermieristiche. «Riteniamo – dice il presidente Massimo Procaccini – che la risposta da parte delle autorità locali alle necessità degli operatori sanitari, sia stata immediata e concreta. Questo è un primo, importante passo che mostra attenzione nei confronti degli infermieri che sono in prima linea per soddisfare i bisogni di salute dell'utenza. Ora è necessario lavorare per decongestionare i Pronto soccorso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Pd: «Sos in via Serino mezzi del 118 in difficoltà»

I DISAGI

Il gruppo consiliare del Partito democratico, in una nota, ha sottolineato i disagi e le difficoltà lamentate dai residenti di via Filippo Serino. «Sosterremo le richieste dei residenti», annunciano in una nota, i rappresentanti a Palazzo Mosti. «Dal comitato di quartiere San Pio-via Saragat ci giunge la segnalazione delle precarie condizioni in cui si trova la strada comunale via Filippo Serino. In particolare, la presenza di arbusti su uno dei lati e i numerosi avvallamenti riducono la carreggiata rendendo la strada difficilmente percorribile. Una situazione pericolosa per le auto, per i pedoni (diverse le persone investite negli ultimi mesi ma fortunatamente senza gravi conseguenze) e anche per i mezzi di soccorso che non riescono a

transitarvi, com'è avvenuto qualche tempo fa con una signora colpita da malore. La richiesta dei residenti - prosegue la nota - è di ampliare e rendere percorribile in sicurezza l'intero tratto di strada. Richiesta che, come gruppo consiliare del Pd, porteremo all'attenzione dell'amministrazione nelle competenti commissioni consiliari». Gli esponenti dem aggiungono che chiederanno all'amministrazione «di intervenire su un'altra questione sollevata dal Comitato, quella relativa alla riapertura del tratto di strada che da via Vicinale Avellola - ora via Filippo Serino - fino a qualche anno fa, proseguendo lungo il lato del campo sportivo Avellola, consentiva di raggiungere un'altra strada comunale. Questo percorso di fatto oggi non esiste più. Riaprirlo significherebbe tutelare il patrimonio pubblico e le attività sorte in quell'aria oltre che migliorare la qualità di vita dei residenti della zona».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità, le inchieste

Morto dopo ore di attesa: era arrivato con un infarto

▶Omessa diagnosi della crisi cardiaca ma il collegio peritale prende 90 giorni

▶Stamattina i funerali dell'ex poliziotto nella chiesa Gesù Redentore ad Arbostella

Petronilla Carillo

Omessa diagnosi su infarto in corso. Potrebbe essere questa la risposta che il collegio peritale nominato dalla procura potrebbe dare per poi individuare le singole responsabilità dei cinque indagati per la morte del 68enne Alfonso M., deceduto dopo ore di attesa presso il pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona. La famiglia, rappresentata dall'avvocato Agostino Allegro, ha ricevuto nel tardo pomeriggio di ieri il nulla osta per il rilascio della salma e stamattina alle 9, presso la chiesa Gesù Redentore al parco Arbostella, si terranno i funerali dell'uomo che viveva a Palermo ma si trovava a Salerno per fare visita ad alcuni parenti. Il funerale si terrà in città, dunque, anche perché lui era proprio originario della Campania. I periti, invece, dovranno consegnare l'esito degli esami autoptici entro novanta giorni. Intanto le indagini degli uomini della Squadra mobile, proseguono dopo la denuncia della famiglia. Per il momento, ricordiamo, sono cinque i sanitari indagati: dall'infermiere che ha fatto l'accettazione al triage, al primo medico che lo ha avuto in carico e ancora tutti (medici ed infermieri) che lo hanno visitato con il passaggio di turno. Il sospetto che il 68enne possa aver avuto un infarto, del resto, sarebbe evidente già dalle analisi del sangue.

Analisi che ora bisogna capire se siano mai state visionate da qualcuno in attesa di completare gli altri accertamenti diagnostici. Ricordiamo, infatti, che l'uomo, arrivato in ospedale alle 19.13 è stato sottoposto alle analisi soltanto alle 3.31 ed è deceduto mentre era sotto la tac: avrebbe dovuto eseguire l'esame all'encefalo ma, visti gli enzimi sballati e i livelli di glicemia molto al disopra dei valori previsti, forse andava prima stabilizzato. Ma, per il momento, queste sono solo ipotesi investigative. Bisogna anche capire se - e per questo potrebbe essere sentita anche la moglie della vittima - la diagnosi effettuata al triage sia stata corretta: l'uomo avvertiva un dolore alla spalla sinistra, senza aver avuto alcun trauma, tossiva ed era spaesato. Bisogna ancora capire come mai abbia atteso tutto quel tempo in sala d'attesa per essere sottoposto agli accertamenti.

I QUESITI

La procura, dopo aver esaminato la cartella clinica ed aver chiesto all'azienda ospedaliera i protocolli e linee guida da adottare al pronto soccorso, ha formulato al collegio peritale quesiti molto dettagliati. Proprio questo lascerebbe supporre che, in fondo, si devono soltanto individuare le singole responsabilità. Compito dei medici legali sarà dunque quello di valutare il decorso clinico del paziente dal momento del ricovero valutando se l'assistenza medica ricevuta sia stata corretta in ogni sua fase e se ci siano state incongruenze di carattere diagnostico o terapeutico di eventuale rilievo nel causarne il decesso. La procura intende anche avere dettagli precisi sulla correttezza del triage effettuato al momento dell'accettazione dell'anziano presso il pronto soccorso, sulla tempestività degli esami diagnostici e strumentali eseguiti, sulla congruità e la tempestività tra le cure erogate e gli esiti diagnostici e l'anamnesi effettuata sulle dichiarazioni rese dal paziente e dalla moglie che lo aveva accompagnato. Insomma, la procura vuole sapere se, dagli esami eseguiti si fosse potuta facilmente individuare la causa patologica che ha poi portato il paziente alla morte e quali avrebbero dovuto essere gli accertamenti e le cure da fare in accordo alle linee guida e le buone prassi elaborate in materia. Ma anche, essendo il ricovero avvenuto a cavallo del cambio turno di servizio, la procura vuole sapere se vi sia stata continuità nell'assistenza data all'anziano, se vi sia stato un corretto passaggio di consegne, se il medico subentrato fosse tenuto e rivalutare le condizioni del triage e anche la diagnosi (laddove ci fosse) del medico che lo aveva preceduto.

SOTTO ESAME LA VALUTAZIONE FATTA AL TRIAGE E LE MOTIVAZIONI DELLA LUNGA ATTESA PER GLI ACCERTAMENTI

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Strategia aree interne, il piano del Matese parte dalla Sanità

ALTO CASERTANO

Gianfrancesco D'Andrea

Un convoglio ancora da costruire, dove non sembra del tutto chiaro a chi spetti fare da locomotiva, aggiungendo sì vagoni e carrozze, ma, soprattutto, cercando di cogliere tutte le grandi opportunità legate alla Strategia nazionale aree interne. È ormai più di un anno che la Regione Campania ha riconosciuto ufficialmente la nuova area interna "Alto Matese", area pilota che, di fatto, consentirà di avviare la sperimentazione della Strategia nazionale aree interne anche in provincia di Caserta, in favore di un comprensorio, il Matese appunto, che conta diversi Comuni con popolazione al di sotto dei duemila abitanti.

Il tempo, dalla data di istituzione della nuova area pilota (il 28 dicembre 2021) è volato via e a lanciare il sasso nello stagno, ancora una volta, è il Comune di Valle Agricola, 762 abitanti, una sola strada di accesso al paese, distante 50 minuti da Piedimonte Matese, quest'ultimo principale comune di riferimento dell'area. Valle Agricola e Piedimonte Matese sono i due Comuni coordinatori, sul piano politico e istituzionale, della fitta serie di adempimenti cui occorre adesso far fronte: «Dobbiamo tesorizzare il tempo che ci separa dalla prossima pubblicazione delle Linee guida sulla nuova Strategia aree interne» afferma Beniamino Rega, vicesindaco del Comune di Valle Agricola, fra i difensori più strenui dei diritti delle aree interne e dei paesi di montagna. Al momento è in via di definizione una bozza del preliminare di strategia d'area, ma solo l'approvazione del documento definitivo di strategia, sul quale dovranno pronunciarsi nuovamente Regione e Ministero, porterà alla fase finale, quella, cioè, della sottoscrizione dell'Accordo quadro di programma fra tutti i soggetti coinvolti.

«Siamo alla fase iniziale di sgrossatura delle idee - spiega Rega - e nei prossimi giorni invieremo a tutti i Comuni dell'area dell'Alto Matese la nostra proposta operativa, relativa agli assi strategici su cui puntare; sanità, istruzione, trasporti. Sul primo asse, quello della assistenza sanitaria, immaginiamo che lungo la fascia collinare del Matese, fra Prata Sannita e Capriati al Volturno, debba sorgere un ospedale di comunità che possa costituire un secondo polo sanitario con competenza diversa, naturalmente, rispetto all'ospedale di Piedimonte Matese. Inoltre, crediamo che vada fortemente valorizzato e sostenuto il ruolo dei medici di base in servizio nei comuni di alta montagna: medesimi indennizzi, ma minor numero di assistiti, contando sui fondi della Strategia aree interne. E ancora: bisogna puntare sugli infermieri di comunità, sui laboratori collegati ai servizi di telemedicina connessi al vicino ospedale di Piedimonte: è impensabile che ancora oggi, per un banale elettrocardiogramma, bisogna raggiungere Piedimonte Matese».

I tempi, ovviamente, sono contingentati: «Non appena saranno pubblicate le linee guida sulla nuova Strategia aree interne - aggiunge Rega - avremo solo sei mesi di tempo per approdare al preliminare di strategia, dunque è necessario accelerare il confronto interno fra tutti i diciassette comuni coinvolti». Di confronto e di avvio della fase condivisa di sgrossatura delle idee parla anche Angelo Milo, una vita spesa al vertice della Coldiretti, oggi presidente dell'Associazione Matese in Movimento: «Per arrivare senza grossi affanni al preliminare di strategia - spiega Milo - è importante che già da ora si apra un confronto a trecentosessanta gradi sul territorio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità: chi può paga, tutti gli altri aspettano

IN ANTEPRIMA LE PRESTAZIONI NON ANCORA RECUPERATE NEL 2022: MENO 8,4 MILIONI DI VISITE E 1 MILIONE DI ELETTROCARDIOGRAMMI, NONOSTANTE 500 MILIONI DI FONDI. ECCO PERCHÉ NON SE NE ESCE

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

In Italia da tempo indefinito la certezza di avere un esame o una visita medica in tempi rapidi ce l'ha solo chi può permettersi di pagare. Prima della pandemia, secondo il Censis, 19,6 milioni di italiani si sono visti negare almeno una prestazione dei livelli essenziali di assistenza in un anno e, presa visione della lunghezza della lista di attesa, hanno proceduto a farla di tasca propria: ogni 100 tentativi di prenotazione, 28 sono finiti nel privato. Dopo i due anni di picco del Covid (2020-2021) che cosa sta succedendo?

Vale l'immagine che abbiamo utilizzato più volte: immaginate una lunga fila al binario che attende di salire sul treno a cui si sommano i passeggeri di oggi. Se al treno non vengono aggiunte altre carrozze, ci saranno sempre più passeggeri che dovranno rimandare quel viaggio, che in molti casi gli può salvare la vita, o in alternativa pagarsi un trasporto privato. È il motivo per cui recuperare velocemente le prestazioni sanitarie perse durante il Covid, a causa della paralisi dell'attività programmata, è per il Servizio sanitario nazionale una assoluta priorità. E per due ragioni: 1) la maggior parte della popolazione non può permettersi la sanità a pagamento; 2) il ritardo di una cura o di una diagnosi va ad aggravare sia il paziente che le casse pubbliche. Un'elaborazione di dati fatta per *Dataroom* dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che fa capo al ministero della Salute ci permette di capire quanto è lunga quella coda e perché non si riesce ad accorciarla.

Esami e visite saltati

Rispetto al 2019, nel 2020 e nel 2021 sono state fatte in meno oltre 12,8 milioni di prime visite e 17,1 milioni di visite di controllo. Per quanto riguarda gli esami, sono stati persi 1,3 milioni di ecografie all'addome, sono saltati 3,1 milioni di elettrocardiogrammi e più di mezzo milione di mammografie. La lista può continuare, ma la storia non cambia: almeno una prestazione ambulatoriale su cinque è stata rinviata. Così adesso il diktat per tutte le Regioni — anche su indicazione dei governi che si sono alternati — è di tornare almeno ai livelli del 2019. Un obiettivo su cui potrebbero essere sollevate almeno due obiezioni. La prima: ci sono stati purtroppo oltre 186 mila morti di Covid, tra i quali soprattutto malati cronici che sono i principali consumatori di Sanità. La seconda: una parte delle prestazioni saltate poteva non essere strettamente necessaria e dunque, passato quel determinato momento, non venire più richiesta. In sintesi: potrebbero essere saltati esami e visite che oggi non devono essere recuperati perché chi ne aveva bisogno è deceduto oppure perché il problema si è risolto spontaneamente.

La richiesta di prestazioni

La realtà dei fatti e dei numeri però è impietosa: nel 2022 la richiesta di visite ed esami non solo è ritornata ai livelli del 2019, ma è addirittura in crescita esponenziale. Lo dimostrano i dati della Toscana, unica Regione a tener monitorate anche le prescrizioni: nel 2022 il numero di ricette per le visite è in aumento rispetto al 2019 del 25%, per le visite di controllo del 28%, per la diagnostica per immagini del 31%, e per quella strumentale del 17%. È verosimile che l'andamento sia questo più o meno dappertutto.

La domanda allora è: rispetto al 2019 quante prestazioni sanitarie sono state erogate nel 2022? L'analisi dei dati di Agenas per *Dataroom* fa per la prima volta una proiezione su tutto il 2022. I risultati: le prime visite sono ancora sotto di 3,1 milioni (-14%), le visite di controllo meno 5,3 milioni (- 16%), le mammografie meno 127 mila (-7%), le ecografie all'addome meno 334 mila (- 9%), gli elettrocardiogrammi meno 1 milione (- 20%). Conoscere le esatte dimensioni del problema è il primo passo per risolverlo. La difficoltà di recuperare la domanda di salute dei cittadini riguarda tutte le Regioni, seppur con differenze tra una e l'altra.

I risultati delle Regioni

Se guardiamo i dati rispetto ai volumi di attività del 2019 il quadro è questo: il Piemonte è ancora a meno 17%, la Provincia autonoma di Bolzano meno 46%, il Friuli Venezia-Giulia meno 25%, il Veneto meno 13%, la Lombardia meno 11,12%, l'Emilia-Romagna meno 12%, la Liguria meno 16%, il Lazio meno 10,9%, le Marche e la Sicilia meno 19%, la Calabria meno 22%. Solo la Toscana ha recuperato un più 1%. Entrando poi nel dettaglio delle singole richieste: per un elettrocardiogramma il Piemonte è sotto del 39%, il Veneto del 27%, la Liguria meno 40%, la Toscana meno 18%, la Sardegna meno 31%. E sperando in tutto il Paese di non aver bisogno di una visita oculistica, per esempio la Lombardia deve recuperare un 21%, il Veneto il 25%, l'Emilia-Romagna il 15%, la Calabria il 45% e la Sicilia il 25%.

I soldi ci sono

Eppure, con la legge di Bilancio 2021 sono stati messi a disposizione 500 milioni per pagare più prestazioni e medici (un aumento di stipendio per chi fa turni extra: passato da 60 euro l'ora a 80). Perché, allora, il problema resta? I motivi principali sono due. Il primo riguarda le strutture pubbliche: già strangolate prima della pandemia per carenza cronica di medici, devono fare i conti con le difficoltà organizzative. Riuscire a prolungare gli orari delle visite e degli esa-

mi presuppone da parte dei direttori generali una capacità di pianificazione, che spesso non hanno perché la loro nomina da parte della politica non la considera un requisito essenziale. Il secondo motivo riguarda le strutture private accreditate: a loro più che offrire prestazioni con il Servizio sanitario nazionale conviene offrire prestazioni a pagamento.

Giusto per fare un esempio: nel 2019 a Milano il 27% dell'attività complessiva e il 41% delle prime viste era svolta in regime di solvenza, nel 2022 sono salite rispettivamente al 36% e 58%. Su larga scala il fenomeno è lo stesso: accorciano l' attività in convenzione e allargano quella dove il paziente paga di tasca propria perché il margine di guadagno è maggiore.

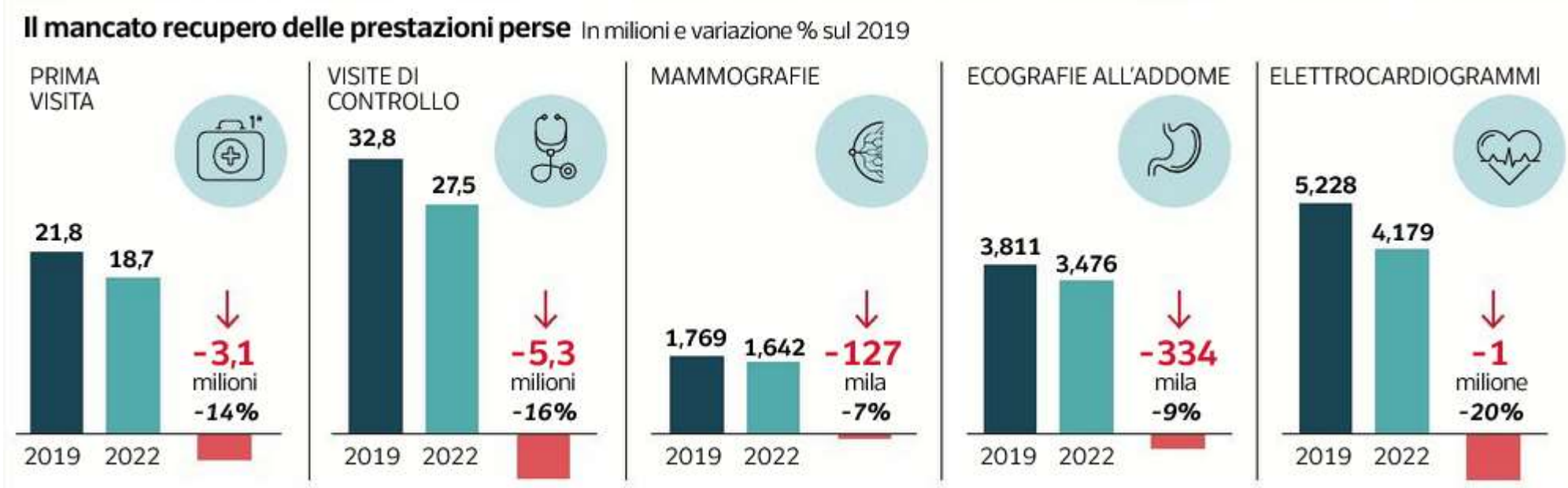
I tempi di attesa

Riepilogando: se, come abbiamo visto, la richiesta di prestazioni sanitarie è in aumento ma il volume di attività non cresce di pari passo nelle strutture pubbliche e private accreditate, la conseguenza che ne deriva è un peggioramento disastroso delle liste di attesa. Il paradosso è che quest'effetto potrebbe non vedersi dai dati con cui le Regioni monitorano i tempi per ottenere una visita o un esame. Oltre ai problemi del sistema di rilevazione già denunciati in un *Dataroom* del maggio 2022 che lo rendono di per sé inattendibile, la realtà può essere alterata da altri due fattori: 1) l'aumento del ricorso degli assistiti alle prestazioni a pagamento 2) l'impossibilità di prenotare a causa della chiusura delle agende da parte degli erogatori. Un mascheramento che mostra un quadro apparentemente perfetto. E per i pazienti, oltre al danno, pure la beffa.

Chi paga e chi aspetta

Dal rapporto Censis: «Il ricorso alla Sanità a pagamento è l'esito, non di una corsa al consumismo sanitario inappropriato, ma di prestazioni prescritte da medici che i cittadini non riescono ad avere in tempi adeguati nel Servizio sanitario». Infatti, è in crescita costante la spesa che gli italiani sostengono di tasca propria per curarsi: secondo gli ultimi dati disponibili della Ragioneria generale dello Stato si è passati dai 34,85 miliardi di euro del 2019, ai 37 miliardi del 2021. Un 6% in più, equivalente a 2,15 miliardi. La metà di questa spesa è per visite specialistiche ed interventi. In sostanza: chi può paga, gli altri aspettano.

Dataroom@corriere.it



I medici contro l'autonomia: «Aumenta le diseguaglianze»

Gli oncologi e il presidente nazionale dell'Ordine professionale: «Va a danno dei pazienti»

di **Angelo Agrippa**

Non c'è soltanto la sinistra di opposizione a contestare la bozza Calderoli sull'autonomia differenziata. A temere pesanti conseguenze a causa dell'ampliamento dei divari territoriali tra Nord e Sud, con riflessi pesanti sulla cura e sull'assistenza sanitaria, sono gli oncologi italiani.

«L'autonomia differenziata rischia di aumentare ancora di più le diseguaglianze tra le Regioni», commentano dall'associazione italiana di oncologia medica (Aiom), esprimendo forte preoccupazione per i possibili rischi legati a tale riforma. «Temo che l'autonomia differenziata — afferma Francesco Perrone, direttore della struttura complessa Sperimentazioni cliniche dell'Istituto Tumori Pascale e presidente eletto dell'Aiom — non sia una strada che porterà a ridurre le diseguaglianze, ma ad un aumento delle diseguaglianze tra le regioni del Nord e del Sud, e in questo senso è un provvedimento che non mi piace e che rischia di penalizzare i pazienti». Infatti, avverte, «inevitabilmente, le diseguaglianze vanno a scapito dei pazienti su molti fronti: li penalizzano sul piano economico e anche, alla fine, sulla prognosi, perché sappiamo che rendere complicati i percorsi terapeutici significa purtroppo anche peggiorare i risultati dei trattamenti. A mio parere dovremmo invece lavorare per migliorare gli standard dappertutto e l'autonomia differenziata non sembra andare in questa direzione». Tutto ciò anche se, sottolinea il presidente Aiom uscente Saverio Cinieri, «la sanità regionale già esiste e siamo un paese in cui ci sono già 20 sistemi sanitari regionali, non penso cambierà molto. Il problema sono le disparità che esistono già tra le regioni e che sono legate al livello socio-economico e culturale. Su questo — conclude — bisogna lavorare».

Perrone
Bisognerebbe lavorare per migliorare gli standard dappertutto

Anche il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippi Anelli, si pone di traverso nei confronti dell'iter legislativo avviato con l'approvazione in Consiglio dei ministri del testo a firma del ministro Roberto Calderoli: «L'autonomia differenziata mette a rischio la tenuta del Servizio sanitario nazionale — afferma —ed il principio della solidarietà tra le regioni. C'è forte preoccupazione. Veniamo già da 20 anni di regionalismo in cui i due principi cardine del Ssn, e cioè l'equità e la solidarietà nelle cure, in realtà non hanno funzionato benissimo da parte delle regioni perché non si è riusciti a colmare le diseguaglianze nel Paese». Allo stesso tempo, prosegue, «non c'è stato da parte delle Regioni un ricorso ad un meccanismo di solidarietà per aiutare le aree più indietro. Se tutto ciò si è verificato con il regionalismo attuale, un regionalismo ancora più accentuato potrebbe far aumentare di più le diseguaglianze». Il presidente della Campania, Vincenzo De Luca, ha annunciato che «nelle prossime settimane, per mancanza di personale, i Pronto soccorso degli ospedali campani potrebbero trovarsi in difficoltà per organizzare i turni». Insomma, uno scenario di guerra quello che si annuncia. «Sulla sanità le regioni del Sud finanziano le regioni del Nord, sembra paradossale ma è così — ha continuato De Luca nel corso della sua tribuna social del venerdì —. Se non ci fosse questa mobilità la sanità del Nord fallirebbe ed è questo uno dei motivi per cui si mantiene un divario nel riparto del Fondo nazionale». De Luca ha poi denunciato una campagna mediatica contro la sanità campana avvertendo che ora «è necessario prepararsi ad una campagna giornalistica di aggressione nei confronti del Sud per giustificare l'autonomia differenziata».

L'allarme I medici manifestano forti perplessità sul progetto di riforma del ministro Calderoli

Transizione di genere tra i giovani, aumentano i casi in Campania E le richieste di salvare la fertilità

Alviggi (II Policlinico): «Chi affronta un percorso chirurgico non rinuncia a essere genitore»

di **Mirella Armiero**

NAPOLI In Campania aumentano i ragazzi «in transizione», ovvero quelli che hanno un'identità di genere diversa dal sesso biologico e, per affermarla, vogliono affrontare il percorso ormonale e chirurgico. Tra questi, aumentano coloro che desiderano preservare la possibilità di diventare genitori, congelando ovociti e spermatozoi per poi «utilizzarli» dopo la transizione.

Che il mondo sia ormai diventato fluido sul piano della sessualità è sotto gli occhi di tutti. Specie per quanto riguarda le nuove generazioni. Ma all'interno di questa trasformazione sociale, si delineano delicate questioni anche sul piano strettamente medico, come questa della fertilità.

Ne parliamo con Carlo Alviggi, responsabile del Programma di Preservazione della Fertilità della Federico II, afferente al Dai Materno infantile diretto da Giuseppe Bifulco. Quello del II Policlinico è uno dei due hub regionali dedicati alla preservazione della fertilità, insieme al Moscati di Avellino. In Italia è previsto un centro ogni cinque milioni di abitanti, ma la Campania ne ha due perché è punto di riferimento anche per le regioni limitrofe. «Il tema della preservazione della fertilità», spiega Alviggi, «ha assunto un ruolo sempre più rilevante negli ultimi anni. All'inizio è stata una necessità per i pazienti oncologici che prima di affrontare terapie gonadotossiche congelano ovociti, spermatozoi o tessuto ovarico nelle biobanche». Tra l'altro, segnala il professore, la Campania è all'avanguardia anche perché offre gratuitamente terapie molto costose e ha allargato la prestazione della preservazione di fertilità anche a pazienti affetti da malattie degenerative e autoimmuni, prima regione in Italia. Da qui alla disforia (o, come si dice con maggiore precisione, idiosincrasia) di genere il passo è stato breve. Anche per chi vuole affrontare il percorso della transizione si pone infatti la questione della conservazione di ovociti e spermatozoi. La casistica, tra l'altro, è varia. «Qui al Policlinico vediamo casi di tutti i tipi; possiamo dire che il genere percepito definisce la persona. Se sono biologicamente donna ma mi sento uomo è quest'ultima la mia identità. E chi desidera la transizione ormonale e chirurgica deve essere avvertito delle possibili ricadute sulla fertilità».

Un fenomeno in aumento?

«Sì, ma anche le malattie oncologiche sono in aumento dunque per garantire un'adeguata erogazione di cura avremmo bisogno di un supporto istituzionale per definire i protocolli e per allocare le risorse per l'ampliamento del personale e delle biobanche».

Da che età inizia questo iter verso la transizione? E di quanto sta aumentando il fenomeno?

«L'aumento è esponenziale, direi del cento per cento. L'età media si aggira intorno ai 18 - 20 anni, ma ci sono stati anche ragazzi più giovani. Quando il paziente è molto giovane si può fare moltissimo per preservare la fertilità, ma è pure da considerare che si tratta di un'età delicata. Per fortuna nella rete regionale abbiamo visto solo ragazzi che avevano un supporto fortissimo da parte dei genitori. I numeri? Tra Policlinico e San Giuseppe Moscati, dove il responsabile della Medicina della riproduzione è Cristofaro De Stefano, il numero atteso è di cento casi all'anno. L'incremento è anche legato all'ottimizzazione della qualità assistenziale. In Campania circa il 30% dei giovani alle soglie del percorso afferisce al programma di preservazione della fertilità a fronte del 5% riportato a livello internazionale».

Qual è la tipologia del giovane che chiede di preservare la propria fertilità?

«Io vedo ragazzi molto determinati, che hanno già concluso il percorso di consulenza psicologica ed endocrinologica, quest'ultima garantita dal centro coordinato dal professore Rosario Pivonello. Se l'hanno avuta, hanno già superato la fase del disagio».

Come legge il fenomeno?

«Non tocca a me giudicare, dico solo che da un lato c'è il riconoscimento sacrosanto di un diritto acquisito, frutto di una società più attenta a combattere le discriminazioni; dall'altro però il fenomeno sembra manifestarsi con una prevalenza maggiore rispetto a quella attesa. Infine, poiché la maggior parte dei casi riguarda un segmento d'età ancora delicato, è da sottolineare l'importanza del lavoro di chi viene prima di noi, ovvero psicologi e psicoterapeuti, per dare tutto il sostegno necessario e anche di più».

Medico
Carlo Alviggi, responsabile del Programma di Preservazione della Fertilità della Federico II

La percentuale
Nella nostra regione circa il 30% di chi è alle soglie dell'iter decide di salvare spermatozoi e ovociti a fronte del 5 per cento nazionale

La vicenda

- Al II Policlinico di Napoli è operativo il Programma di Preservazione della Fertilità della Federico II, afferente al Dai Materno infantile diretto da Giuseppe Bifulco
- Quello del II Policlinico è uno dei due hub regionali dedicati alla preservazione della fertilità, insieme al Moscati di Avellino
- In Italia è previsto un centro ogni cinque milioni di abitanti, ma la Campania ne ha due perché è punto di riferimento anche per le regioni limitrofe

ALLERTATI CARDARELLI, OSPEDALE DEL MARE E, PER I PIÙ PICCOLI, IL SANTOBONO. RIAPRE IL RESIDENCE A PONTICELLI

Tre nosocomi e il 118 pronti per l'assistenza

NAPOLI. La Regione Campania, con la propria Protezione civile e l'Asl Napoli 1, assicurerà i controlli sanitari e l'accoglienza per i migranti in arrivo domani nel porto di Napoli con la nave Ong Sea Eye 4. Al termine della riunione di coordinamento in Prefettura, il presidente **Vincenzo De Luca** ha dato disposizioni per attivare le operazioni di assistenza sanitaria sia a bordo che a terra, , in collaborazione con l'Ufficio di sanità marittima, aerea e di frontiera, e ha allertato le strutture dell'Asl Napoli 1, guidata da **Ciro Verdoliva**, che ha già pianificato l'organizzazione logistica. In primis, il personale sanitario procederà, assieme agli operatori dell'Usmaf di Napoli, all'effettuazione dei tamponi a tutti i migranti che arriveranno nel porto di Napoli con la Sea Eye 4. E diversi mezzi del 118 procederanno al trasporto in ospedale delle persone alle quali saranno riscontrati problemi medici mentre per qualsiasi eventualità la Protezione civile è pronta a installare una tenda. Le strutture sanitarie allertate sono l'Ospedale del Mare, l'Azienda ospedaliera di rilievo nazionale Cardarelli e, per quel che concerne i minori, il Santobono. Il Residence dell'Ospedale del Mare, nato per ospitare i malati di Covid in quarantena, sarà destinato alla prima accoglienza: da ricordare che in passato la struttura era stata usato in occasione dell'arrivo dei profughi dall'Afghanistan, nell'agosto di due anni fa, e poi quelli dell'Ucraina, lo scorso anno, dopo l'invasione della Russia. I migranti che giungeranno a Napoli domani saranno poi destinati ai centri di protezione che sono ubicati sul territorio campano e quello nazionale.

L'Asl Napoli 1 impegnata nella pianificazione: il personale sanitario effettuerà i tamponi

Ciro Verdoliva (Asl Napoli 1)

IL CASO Un 70enne scrive a De Luca chiedendo di non spostare lo staff del dottore Sorge o le liste di attesa diventerebbero ingestibili

Da Roma a Napoli per operarsi, ma i medici sono stati trasferiti

NAPOLI. Il suo caso è "ufficialmente nato" dopo aver scritto una lettera al presidente della Regione Vincenzo De Luca, con la quale, dopo aver raccontato la sua odissea, ha chiesto di non traferire definitivamente e prima dell'ultimazione dei lavori lo staff del dottor Sorge dall'Ospedale del Mare al San Giovanni Bosco. Perchè? Perchè dopo tanti mesi di attesa per essere operato a Napoli, con questo traferimento passerebbe 91esimo nella nuova lista d'attesa . Benedetto Di Gasparro affida il suo sfogo all'AdnKronos Salute e la sua storia fa il giro dei social. Residente nel Lazio, ma di origine napoletane, il settantenne dopo varie indagini mediche scopre di avere un'ernia inguinale destra. A maggio 2022 – racconta di Gasparro «mi sono informato su dove potermi operare e ho scoperto, con un certo orgoglio, che a Napoli il dottor Angelo Sorge e la sua équipe presso le strutture San Giovanni Bosco e Ospedale del Mare effettuavano questo tipo d'intervento senza ricorrere ai punti di sutura». L'uomo si attiva e fissa una visita per il 13 settembre 2022. «Vengo visitato dal dottor Sorge e mi dice che entro 2, massimo 3 mesi sarei stato chiamato per l'intervento». Da quel momento sono passati 5 mesi e, «siccome la mia ernia è quasi triplicata, ho ricontattato lo staff di Sorge, che mi informa che sono 91esimo nella lista d'attesa, dopo 5 mesi – dice il 70enne – Non solo mi viene detto che ci sono circa 400 pazienti in attesa, ma cosa ancora più grave che l'équipe da domani sarà costretta a ritornare al San Giovanni dove i lavori di ristrutturazione non sono stati completati e questo ridurrà ancora di più i giorni d'intervento, di conseguenza allungando i tempi d'attesa». Ma Di Gasparro non ci sta e si attiva, prima di tutto scrivendo al Governatore: «Sono un cittadino come tanti altri che ha pagato le tasse per una vita – dice – ho 70 anni, ho il diritto di essere curato nel pubblico e nei tempi stabiliti, inoltre vengo da Roma Se si vuole che anche dal resto d'Italia i pazienti vengano in Campania, questi problemi vanno affrontati e risolti subito invece di aggravarli mettendo in gravi difficoltà le persone valide che abbiamo la fortuna di avere». Poi l'appello al presidente De Luca: «Non si deve poi lamentare se i campani vanno a operarsi in altre regioni, oppure si devono svenare nel privato. Perché non fornire il personale e le strutture? Le chiedo di non trasferire l'équipe del dottor Sorge al San Giovanni prima che si siano completati i lavori. E di metterla in grado, piuttosto, di aumentare i giorni d'intervento per poter smaltire questa vergognosa lista d'attesa».

«Se Il presidente vuole che da altre regioni si curino in Campania risolva questi problemi»

Il dottor Angelo Sorge, che lavora presso le strutture San Giovanni Bosco e Ospedale del Mare, effettivamente effettua un tipo d'intervento senza ricorrere ai punti di sutura, annullando quindi, quasi del tutto, i rischi di dolore e soprattutto di recidiva grazie a una rete autoassorbente da loro adattata.

«Ho letto commenti entusiastici da pazienti da tutta Italia che erano stati operati in Day surgery e che ritornavano a casa in giornata e potevano riprendere le loro attività nel giro di pochi giorni. Quindi - ha concluso Di Gasparro- - chiedo che si possa concludere il mio iter medico».

ERMINIA IADARESTA

Question time Schillaci/4. Rete ospedaliera area Torre del Greco: "Ministero vigilerà su adeguato servizio di assistenza ospedaliera efficiente ed appropriata"

Lo ha assicurato oggi il ministro della Salute rispondendo a un'interrogazione del senatore Francesco Silvestro (FI-BP-PPE). "Sarà garantita, da parte della competente direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero, tutta l'attività istituzionale per verificare che siano rispettati i parametri che consentono un servizio di assistenza ospedaliera efficiente ed appropriata nella Regione Campania".

- Giornata di interrogazioni al Senato per il ministro della Salute **Orazio Schillaci**. La quarta in ordine di presentazione ha riguardato il presidio ospedaliero Agostino Maresca di Torre del Greco in provincia di Napoli ed è stata presentata dal senatore Francesco Silvestro (FI-BP-PPE) che ha chiesto come il Governo intenda intervenire "nell'ambito delle proprie competenze, affinché la regione Campania possa garantire una corretta programmazione, assicurando a tutti i cittadini un servizio di assistenza ospedaliera efficace, efficiente ed appropriato, come previsto dal decreto ministeriale n. 70 del 2015 e come richiesto all'articolo 32 della Costituzione e come intenda salvaguardare l'ospedale Agostino Maresca di Torre del Greco, a tutela della salute dei cittadini, con il potenziamento di ambulatori, reparti e servizi del pronto soccorso di eccellenza per l'intero territorio, ridando dignità ai pazienti e al personale sanitario".

La risposta di Schillaci. "Signor Presidente, ringrazio il senatore Silvestro. In ordine alla questione in esame, la Regione Campania ha segnalato che la programmazione della rete ospedaliera regionale è stata realizzata in conformità al decreto ministeriale n. 70 del 2015. Ha comunicato inoltre che l'ospedale Agostino Maresca di Torre del Greco, sede di pronto soccorso, ha un totale di 150 posti letto programmati e 103 posti letto attivi, di cui 32 Covid. In particolare i posti letto programmati per il presidio ospedaliero di Torre del Greco sono 150, quelli del presidio ospedaliero di Boscoreale sono 153, i posti letto per acuti sono complessivamente 239. La Regione Campania, in data 28 dicembre 2018, con delibera 103, ha approvato il documento recante il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera, ai sensi del decreto ministeriale n. 70 del 2015, articolata su macro aree territoriali; macroarea delle Province di Avellino e Benevento, macroarea della Provincia di Caserta, area della Provincia di Napoli con la macroarea della ASL Napoli 1 Centro, la macroarea dell'ASL Napoli 2 Nord, la macroarea dell'ASL Napoli 3 Sud ed, infine, la macroarea della Provincia di Salerno.

Nel menzionato documento programmatorio la Regione Campania fa presente che nell'area di Napoli il patrimonio edilizio della ASL Napoli 3 fa rilevare una carenza di strutture di rilevanti dimensioni, utilizzabili nell'area dell'emergenza urgenza. Ulteriore complessità è rappresentata dalle forti criticità di viabilità esistenti in penisola Sorrentina, dove insiste anche un rilevante flusso turistico.

Con l'attuazione degli interventi del primo stralcio del programma di edilizia sanitaria si prevede la messa a norma del presidio ospedaliero di Nola, del presidio ospedaliero di Boscoreale-Boscotrecase e del presidio ospedaliero di Torre del Greco, con incremento relativo di posti letto rispetto a quelli attualmente disponibili.

Lo *standard* dei posti letto della rete ospedaliera della Regione Campania si compone dell'offerta pubblica e privata accreditata. Nel complesso la media regionale è di 3,4 posti letto per mille abitanti; la media aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud tuttavia è pari a 2,2 posti letto per mille abitanti, di cui 1,7 posti letto per acuti e 0,5 posti letto per post-acuti. La Regione segnala che in effetti l'attivazione dei posti letto assegnati viene condizionata dalla carenza del personale sociosanitario.

In merito alla necessità di una fattiva collaborazione con le case di cura private, la Regione precisa che sono attivi rapporti contrattuali ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992, con 12 case di cura accreditate, le quali operano nel rispetto del tetto di spesa imposto dal decreto legislativo n. 95 del 2012.

Per quanto riguarda i profili di competenza del Ministero della salute, rassicuro i senatori che hanno sollevato questa questione che sarà garantita, da parte della competente direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero, tutta l'attività istituzionale per verificare che siano rispettati i parametri che consentono un servizio di assistenza ospedaliera efficiente ed appropriata nella Regione Campania".

La replica. In sede di replica il senatore Silvestro si è detto soddisfatto.