

AVELLINO – È in programma domani, alle 11.00, la video-conferenza dei promotori del *Manifesto per la salute in Irpinia*, documento che, anche e soprattutto alla luce di quanto accaduto in provincia di Avellino durante le settimane di emergenza da Covid-19, è stato approntato - si legge in una nota - per dare una svolta nella prevenzione, nella cura e nell'assistenza alle persone. Il documento è stato, finora, sottoscritto da Gennaro Bellizzi, Silvano Bello, Pucci Bruno, Agostino De Rosa, Ettore De Socio, Rino De Stefano, Franco Festa, Enrico Franza, Antonio Gengaro, Giancarlo Giordano, Angelo Giusto, Sabatino Manzi, Ugo Morelli, Maria Grazia Papa, Anna Maria Pascale, Generoso Picone, Euro Pierni, Enzo Rocco, Nino Sanfilippo, Ugo Santinelli, Amalio Santoro, Costantino Troise.

Qui di seguito il testo:

* * *

La grave emergenza provocata dalla pandemia da Covid-19 ha posto in drammatica evidenza i limiti e le contraddizioni del sistema sanitario irpino. Certamente ha pesato la straordinarietà dell’evento, ma con eguale sicurezza si può dire che in questa occasione la provincia di Avellino si è trovata esposta a un’ondata critica senza precedenti nella fragilità di un comparto segnato

da una programmazione di miope rigore finanziario attuata almeno dal 2009 attraverso tagli lineari drastici e ingiustificati. Questo ha penalizzato le strutture sanitarie in termini di risorse umane e di mancato adeguamento tecnologico e strumentale, collocandosi in uno scenario nazionale dove il mantra di ogni governo è parso essere stato quello di tagliare i fondi alla sanità riducendola nei bilanci statali esclusivamente a un costo: così, l'intervento pubblico per la sanità è stato compresso nei canoni della spesa storica, a danno soprattutto del Mezzogiorno. In circostanze del genere, poi, ha mostrato la sua totale inefficienza il criterio attraverso il quale il sistema sanitario, soprattutto in Italia Meridionale, si è dotato dei propri dirigenti apicali, selezionati molto spesso in base a principii di convenienza e appartenenza politica e non di competenza acclarata e di qualità professionale, troppo spesso sanciti in insopportabili riti spartitori.

L'Irpinia ha pagato un prezzo estremamente alto, in rapporto alla sua popolazione, tra le provincie meridionali con più di 500 contagiati e oltre 50 i morti. Se la situazione non è degenerata si deve all'impegno profuso dagli operatori, a qualsiasi livello: dagli ospedali ai sistemi di soccorso del 118, che soprattutto nelle fasi iniziali della diffusione della pandemia hanno lavorato in evidenti carenze di organico e di dispositivi di protezione. Nonostante ciò, troppe famiglie colpite dal Covid 19, soprattutto nelle zone rurali, si sono sentite abbandonate e senza alcuna indicazione circa le modalità necessarie ad affrontare un momento tanto complesso e difficile.

Da questa esperienza esce rafforzata la convinzione che in Irpinia debba essere inaugurata una stagione nuova che abbia al centro – e come priorità assoluta – la cura della domanda di salute della persona e della comunità. I principali attori della gestione della sanità hanno il dovere di utilizzare questa, per molti versi incredibile occasione di cambiamento, indotta da tutte le criticità palesate dal Covid 19, per uscire dall'immobilismo dei precedenti meccanismi e dalle paludi dei condizionamenti politici e aprire una stagione nuova orientata alla ricostruzione di una salute pubblica che ponga l'individuo e la peculiarità del territorio come punti di partenza della futura riorganizzazione.

In una provincia che ha una popolazione caratterizzata da un alto tasso di anzianità in Campania (l'età media di 44,7 anni precede soltanto quella del Sannio che registra una media di 44,9), con una conformazione geografica particolare, allora deve diventare prioritaria l'attenzione a declinare l'offerta di servizio in base alle domande che il territorio pone: articolandola in un prima (la prevenzione), in un durante (la cura) e in un dopo (l'assistenza domiciliare e residenziale). Esclusivamente nell'equilibrio puntuale tra queste tre fasi si può trovare la cifra della buona politica per garantire il diritto alla salute.

Il piano sanitario con cui la Regione Campania è uscita dal regime di commissariamento ha l'obbligo di aggiornarsi e rifondarsi, per l'Irpinia, su queste considerazioni di fondo.

Si tratta di mutare radicalmente il paradigma. Se si crede nella sanità pubblica, se si è convinti che la gestione dei suoi meccanismi riguardi il delicato terreno dove si determina il futuro della vita delle persone, se come requisito minimo di civiltà si intende assicurare la nascita, la vita e la morte in condizioni favorevoli, allora da qui, dall'Irpinia e da questa fase occorre rilanciare una questione meridionale della sanità.

- Il punto da cui partire riguarda un tema istituzionale. C'è bisogno di un nuovo rapporto tra governo centrale e autonomie degli enti locali, soprattutto delle Regioni. C'è urgenza di uno sguardo d'insieme che colga le diseguaglianze, operi per colmarle e realizzi un corpo omogeneo unitario e nazionale. Un malinteso federalismo ha prodotto 20 sistemi sanitari diversi e, all'interno di ogni regione, 110 sottosistemi nelle provincie, senza con questo costruire un valido rapporto con il territorio. E' qui che ci si misura con il benessere delle persone.
- Il rapporto tra pubblico e privato va inevitabilmente riequilibrato: dovrà essere necessariamente l'ente pubblico, in maniera netta, inequivocabile e trasparente a stabilire indirizzo e scelte complessive, alle quali evidentemente le strutture private devono adeguarsi in funzione integrativa e mai sostitutiva. Il circuito virtuoso da costruire non può che vedere l'Asl nella dimensione di chi legge il territorio ed esercita il ruolo di committente, l'Azienda ospedaliera nel parte di erogatrice dei servizi e ancora l'Asl nella funzione del controllo.
- Va ripensata la relazione tra ospedale e territorio. L'esperienza del Covid-19 consegna la verità che le epidemie si combattono e si sconfiggono sul territorio, nei luoghi della prevenzione, della presa in carico e dell'assistenza domiciliare. Qui si esercita il governo della salute e qui, per esempio, appare da rivedere il tessuto dei Dipartimenti di prevenzione e dei Distretti socio-sanitari, momento d'incontro con gli amministratori locali che devono attivare ruolo e funzioni sottraendoli alla burocratizzazione in cui si sono ridotti. Qui occorre esaltare la figura dei rappresentanti delle amministrazioni locali che dovranno attivare le Consulte sanitarie come organismi in grado di esercitare un autentico governo della salute.
- E' giunto evidentemente il tempo di modificare l'attuale organizzazione della gestione ospedaliera e di quella territoriale. Già il termine "Azienda" richiama un modello organizzativo che è fallito e sopravvive soltanto per finzione giuridica. Dunque, andrebbe eliminato nel lessico e se viene qui ancora utilizzato è per riferirsi all'istituzione che oggi continua a definirsi in tal modo. Per questo va posta la necessità della creazione di un'Azienda sanitaria locale, deputata alla gestione anche dell'assistenza territoriale (medici di famiglia, assistenza farmaceutica, epidemiologia e prevenzione, gestione veterinaria, collegamento con i Piani di Zona) e di un'Azienda irpina degli ospedali riuniti che si occupi in maniera esclusiva – in funzione di hub - dell'organizzazione della rete delle strutture sul territorio – in funzione di spoke.
- Occorre assolutamente procedere a una vera rivoluzione del ruolo dei medici di base. Essi costituiscono la prima barriera del sistema, la prima frontiera per qualunque persona che abbia bisogno di un intervento nel campo della salute; sono i sensori che per primi sono chiamati a segnalare le necessità dei cittadini. Oggi, al contrario, si trovano collocati in una sorta di terra di mezzo che è quella del regime della convenzione, inchiodati al rapporto ottimale

di uno ogni 1500 utenti e gravati dal peso della cosiddetta spesa storica che avvilisce la loro attività: troppo spesso, infatti, essa è costretta a una risposta meramente amministrativa, rimandando alla struttura ospedaliera quella sanitaria, con le inevitabili e gravi conseguenze sui Pronto soccorso, perennemente intasati. Innalzando il livello del loro impegno e riconsiderando anche il ruolo della Continuità assistenziale - l'ex Guardia medica che attualmente svolge più un ruolo di prima occupazione per i giovani medici che di vero e utile servizio per la popolazione – si potrà invece valutare il modello delle Unità speciali di continuità assistenziale. La necessità impellente è di perseguire modelli virtuosi, già operanti da anni in regioni che si possano delineare nelle forme di poliambulatori, o Case della salute, in funzione 12 ore al giorno, con una gamma completa di figure professionali e di dotazione tecnologica di base capaci di soddisfare il primo momento di bisogno. In questi luoghi di cura i medici di base potranno riqualificare il loro lavoro e diventare la pietra di base nella ricostruzione del sistema sanitario.

- Medicina territoriale significa riportare all'interno della gestione pubblica servizi che ora sono completamente appaltati all'esterno. Medicina territoriale significa anche irrobustire la rete ambulatoriale , la cui attività oggi è affidata, soprattutto per un livello di complessità appena più alto, agli Ospedali, con inevitabile loro congestione e il verificarsi del fenomeno doloroso delle liste di attesa interminabili, un fenomeno che penalizza soprattutto le classi sociali meno abbienti. Medicina territoriale significa recuperare il ritardo che l'Irpinia ha accumulato per l'assistenza psichiatrica (dove dal 2002 in provincia si erano registrati ottimi risultati) , e quella consultoriale.
- Bisogna attuare, nei nuovi Atti aziendali, ciò che dispone il Piano regionale della rete di assistenza sanitaria territoriale 2019-2021: una organizzazione del Dipartimento Salute mentale distribuita in 4 Unità operative territoriali e il servizio territoriale materno-infantile distribuito su 16 consultori provinciali. L'attività dei consultori è a sostegno delle donne, del gender free e della popolazione dei migranti.
- L'accento da porre è quindi sul territorio e il ridisegno del servizio sanitario dipende assolutamente dalla capacità con cui esso si attrezza e si riorganizza. Le strutture ospedaliere di Ariano Irpino , Sant'Angelo dei Lombardi, Solofra e Bisaccia dovranno collocarsi nell'area irpina non come improponibili modelli a immagine e somiglianza del grande ospedale, ma come impianti che rispondono ad esigenze specifiche – per es. a Sant'Angelo dei Lombardi privilegiando il Polo riabilitativo, a Bisaccia la cura alle persone più anziane (di Ariano Irpino e Solofra si dirà in seguito) - e siano in grado di soddisfarle in un modello organizzativo con l'Azienda "Moscati" del tipo hub e spoke.
- Il numero complessivo di posti letto va incrementato per adeguarlo necessariamente allo standard previsto dal decreto ministeriale 70 del 2015 di 3 per 1000 abitanti. Il che richiama anche la necessità di adeguare la dotazione organica di tutte le figure professionali necessarie.

- I mezzi tecnologici utili ci sono e alcuni già operanti (Telecardiologia, Teleradiologia). Lo sviluppo delle reti tempo- dipendenti deve rappresentare un imperativo categorico, alla luce dell'enorme dispersione della popolazione irpina su un territorio sterminato che conta 2800 chilometri quadrati: la rete che attualmente funziona, per l'infarto miocardico, tra 118 , l'Azienda "Moscati" e l'ospedale di Ariano, ne è una prima dimostrazione, ma va affiancata rapidamente da quelle dell'ictus cerebrale (incredibilmente bloccata da un inghippo burocratico che ha interrotto la pratica virtuosa della fibrinolisi precoce presso la Neurologia del "Frangipane" di Ariano Irpino) e del politrauma.

- Così come va reinterpretato il servizio del 118: le postazioni che attualmente prevedono la presenza del medico, hanno un personale infermieristico e soccorritore, gestito totalmente e in maniera autonoma dalle associazioni di volontariato con modalità da ridefinire, anche sotto il profilo della trasparenza, considerando la possibilità di ricondurle in un rapporto di dipendenza. Così come le postazioni non medicalizzate (i cosiddetti punti Stie) appaiono mal distribuite sul territorio, costose e mal organizzate, anch'esse totalmente affidate ad una gestione scarsamente controllata delle associazioni di volontariato.
- L'Ospedale è certamente al centro di questo schema, ma non può assimilarlo del tutto, perché in tal modo ridurrebbe e avvilirebbe la sua funzione. In Irpinia vuol dire che all'Azienda ospedaliera "Moscati" va riconosciuto il suo ruolo che è centrale, ma all'interno di una rete di presenze strutturate con cui stabilire relazioni e contatti. Nella fase dell'emergenza tanto è mancato e si è registrata l'assenza di un Dipartimento integrato in grado di svolgere l'attività imposta dalla crisi. L'organizzazione ospedaliera va adattata a ciò che il progresso tecnologico sta realizzando sul piano delle conquiste e di conseguenza su quello dell'offerta di prestazioni per le singole patologie. In questo senso l'Azienda ospedaliera "Moscati" va intesa come il luogo dell'alta e altissima specialità, in cui l'utente possa ricevere quelle prestazioni particolari, per patologie complesse, legate ad utilizzo di specifiche tecnologie, che necessitano a loro volta di notevole esperienza da parte degli operatori. La struttura avellinese andrà assolutamente sgravata dal trattamento delle patologie di livello intermedio da affidarsi alla struttura di un Dea di I livello già peraltro individuata nella nostra provincia nel "S. Ottone Frangipane" di Ariano Irpino (a cui è già stato assegnato il ruolo di "spoke" nelle reti infarto miocardico e ictus e che andrà evidentemente e ulteriormente attrezzato , sia sul piano delle risorse umane che di quelle strumentali).
- Serve uno scatto in avanti sul terreno della ricerca e dell'innovazione. L'Irpinia ormai da tempo produce dati di estrema preoccupazione sul versante dell'inquinamento ambientale – dell'aria e delle acque - e nei luoghi di lavoro. D'altra parte esistono centri che lavorano in solitudine – il Cnr, il Crom, il Biogem – e aziende che possono vantare importanti risultati nel settore farmaceutico. Insomma, c'è la malattia e potrebbe esserci la diagnosi e la cura. Manca, però, un punto di sintesi che potrebbe realizzarsi in un distretto che trovi collocazione a Solofra e che nell'ospedale "Landolfi" abbia l'anello di contatto con il vicino polo universitario di Fisciano. Così in Irpinia si creerebbe un luogo di attrazione per intelligenze, che invece sarebbero orientate altrove; la provincia potrebbe in tal modo candidarsi a riferimento meridionale.
- Strettamente collegato al tema della medicina territoriale è quello relativo all'assistenza socio-sanitaria. Non soltanto in ragione di quanto accaduto nelle tremende settimane della pandemia occorre rivisitare la rete delle Residenze sanitarie assistenziali, dove il controllo e la vigilanza pubbliche devono essere costanti e precise, al pari dei criteri di accreditamento. L'assistenza socio-sanitaria si attua, poi, attraverso la presa in carico degli utenti da parte dei Piani di Zona
- Pesano sul bilancio dell'assistenza nella provincia le condizioni di diffuso disagio sociale ed economico che determinano una cronica insufficienza di risultati, il mancato turn-over del personale e uno storico sottodimensionamento dei finanziamenti cui solo negli ultimi anni si sta mettendo parzialmente riparo. Nonostante per legge regionale i confini territoriali coincidano con quelli dei distretti sanitari non sempre si realizza un sufficiente livello di integrazione dei servizi. L'Asl territoriale dovrà necessariamente avere un ruolo anche nelle attività più strettamente assistenziali, collegandosi ai Comuni per l'attuazione dei Piani di Zona.

Qui il link della conferenza stampa: CONFERENZA STAMPA SUL MANIFESTO SULLA SALUTE IN IRPINIA.