Scritto da Red.
Martedì 28 Aprile 2020 13:40



AVELLINO – La vicenda Covid-19 – si legge in un documento di Controvento – sta rappresentando una fase, estremamente, critica per la sanità italiana. In tale contesto non si può non registrare come la provincia di Avellino stia pagando un prezzo molto alto in termini di pazienti colpiti dal virus, così come non si possono certamente dimenticare le gravi difficoltà affrontate dagli ospedali di Avellino ed Ariano Irpino, soprattutto nei primi giorni di marzo. In questo periodo è stato altissimo il tributo offerto dagli operatori del 118 e dei nosocomi, molti dei quali colpiti in maniera anche estremamente grave dall’infezione. Ad essi non si può che rivolgere vivo apprezzamento, oltre che sincera riconoscenza.

La verità è che l’intero sistema sanitario irpino - proprio nel fronteggiare l’emergenza Covid19 - ha manifestato l’esistenza di limiti e contraddizioni la cui causa ha ragioni precise. Una provincia fragile, abitata da una popolazione anziana, dal 2009 ha subìto gli effetti scriteriati del piano di rientro della spesa sanitaria: assunzioni bloccate, chiusura di alcuni presìdi, riorganizzazione della rete ospedaliera, indebolimento della medicina territoriale, tutti provvedimenti giustificati esclusivamente da criteri di sostenibilità economica e non di qualità e quantità dei servizi. Accanto a ciò si sono palesati gli errori e le inadempienze dovute a gestioni affidate a guide miopi, la cui scelta è avvenuta sulla base della comunanza politica prima ancora che sulla comprovata competenza ed esperienza.

È giunto il tempo di costruire una nuova stagione in ambito sanitario:

1) Gestione ospedaliera e territoriale

Bisogna modificare l’attuale organizzazione che vede la commistione di due gestioni, due ambiti diversi , pur con gli inevitabili collegamenti. Va immaginata un'Asl, deputata alla gestione della sanità sul territorio , alla prevenzione e al controllo e un’ Azienda di tutti gli ospedali irpini riuniti che si occupi in maniera efficiente dell’ assistenza ai malati.

2) Rapporto fra “pubblico “ e “privato”.

Va inevitabilmente rivisto. L’Ente pubblico dovrà stabilire indirizzi e scelte complessive, alle quali le strutture private debbono, obbligatoriamente, adeguarsi;

3) O**rganizzazione ospedaliera.**

Resta il problema di una nuova e più razionale organizzazione dei plessi ospedalieri irpini. Non è chiaro in che modo e con quali modalità si andrà a reperire un secondo polo Covid-19 nel territorio provinciale, dopo aver individuato la palazzina Alpi ad Avellino. Si ritiene necessario pensare alla grande struttura della Città ospedaliera come il luogo delle attività di livello organizzativo e tecnologico più alto esonerandola da tutte le attività di livello intermedio da affidare invece alla seconda struttura ospedaliera generalista, l’ospedale di Ariano Irpino. Le altre strutture ospedaliere (Solofra, Sant’Angelo dei Lombardi e la stessa Bisaccia), oltre che come centro di primo soccorso, andranno valorizzate e identificate come centri con specifiche vocazioni (riabilitazione, medicina del lavoro, Spdc, lungodegenza) e adeguate di conseguenza.

4) Va ribadita la necessità di provvedere in maniera rapida all'assunzione di nuovo personale sia medico che infermieristico che socio-sanitario. Resta discutibile, in questo ambito, il ricorso a cooperative o a altre forme di lavoro precario.

5) **Le reti tempo-dipendenti**. Attualmente funziona la sola rete dell’infarto miocardico.

Esistono infatti sul vasto territorio irpino solo due emodinamiche dove praticare il trattamento di elezione in caso di infarto (l’angioplastica primaria) ed esse sono allocate a due km di distanza fra loro: la pubblica dell’Azienda “Moscati” ad Avellino, quella accreditata della clinica “Montevergine” a Mercogliano. Il restante territorio risulta completamente sguarnito ed è impossibile intervenire nei tempi-limite previsti dalle linee-guida. Va ad esempio installata un'emodinamica nel plesso di Ariano Irpino (Dea di I livello).

6) **Il sistema dell’emergenza 118**. Va completamente rivisto e ristrutturato. 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.

7) **La medicina territoriale**. Occorre assolutamente procedere ad una vera rivoluzione del ruolo dei medici di famiglia, va ridefinita anche la funzione della continuità assistenziale (ex Guardia medica), che attualmente svolge più un ruolo di prima occupazione per i giovani medici, che di servizio efficace per la popolazione. Vanno perseguiti modelli virtuosi, come quello dell’Emilia Romagna: le “Case della salute”, organizzate per livelli di offerta, con i medici di famiglia, gli specialisti ambulatoriali, le attività di assistenza infermieristica e le attività strumentali.

La malattia più grave riguarda la politica campana. Occorre un cambio radicale delle modalità di scelta della dirigenza, non più individuata secondo appartenenze politiche, ma selezionata attraverso valutazioni rigorose della qualità e dell’esperienza in campo sanitario, sia in termini di titoli che di prove pratiche di esame, da affidare a commissioni nazionali di esperti di riconosciuto valore scientifico.

La gestione della sanità è un terreno estremamente delicato che può determinare il futuro della vita delle persone, come dimostra l'emergenza coronavirus: è giunto il tempo che in Regione si programmi, nell'esclusivo interesse dei cittadini, la riforma dell'organizzazione sanitaria in Irpinia.