



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



San Felice
**Gli infermieri
mancano
è caos dialisi**

Gabriella Cuoco

Una trentina di emodializzati lasciati allo sbaraglio con pochi infermieri e il rischio di riduzione dei servizi. Questo è quanto sta accadendo al reparto di Nefrologia ed Emodialisi dell'ospedale di San Felice a Cancelli. A lanciare l'allarme è Vincenzo De Lucia, impiegato in pensione e trapianto di rene nel 2011 a Padova, dopo tredici anni di dialisi.

> A pag. 25

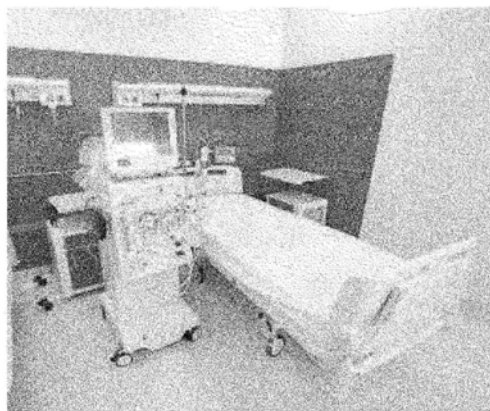
Reparto dialisi senza infermieri rabbia e protesta di trenta pazienti

Il caso

A San Felice a Cancellò
il piano ferie paralizza
le attività di assistenza

Gabriella Cuoco

San Felice a Cancellò. Una trentina di emodializzati lasciatto sbaraglio con pochi infermieri che potrebbero impiccare l'obbligatoria riduzione dei servizi. Questo è quanto sta accadendo al reparto di Nefrologia ed Emodialisi dell'ospedale di San Felice a Cancellò. A lanciare l'allarme è Vincenzo De Lucia, impiegato pubblico in pensione e trapianto di rene nel 2011 a Padova, dopo tredici anni di dialisi presso il centro del Comune della Valle di Suessola e portavoce del gruppo. Il suo grido di protesta, in rappresentanza di tutti i dializzati che nei due turni quotidiani vanno e vengono dalla struttura di via Roma, è nei confronti del distretto sanitario dell'Asl di Caserta che, da tempo oramai, sembra non voler più investire in risorse nel nosocomio sanfeliciano che, oltre alla Nefrologia, ospita l'Oncologia e la Medicina della Terapia del dolore e le cure palliative. "Da tempo cerchiamo di far sentire la nostra voce - dice De Lucia - ma, purtroppo, nessuno ci apre una porta o ci dà spiegazioni. L'ospedale di San Felice a Cancellò è l'unico bacino nefrologico di tutta la Valle di Suessola che offre questo tipo di terapia salvavita, altrimenti bisognerebbe rivolgersi a centri privati, come purtroppo accade nella maggior parte dei casi. In pros-



Il servizio Il reparto di dialisi con le attrezzature inutilizzate

mità del piano ferie annuale degli infermieri, si verifica sempre la stessa storia: mancano le unità operative e nessuno si prodiga per sostituirle. Personalmente, non faccio dialisi da sette anni, ma mi sento coinvolto perché non posso dimenticare quello che ho visto e quello che ho vissuto. Conosco tutti i dializzati e mi stanno a cuore le loro condizioni fisiche, per questo sento il dovere di rappresentarli, portando avanti una battaglia che speriamo di vincere". Più volte De Lucia, sostenuto anche da alcuni medici amici tra cui la dottoressa Elsa Giordano e il primario facente funzioni del reparto Giuseppe Iulianiello, ha cercato risposte dal direttore sanitario Borrelli, ma nessuno è riuscito a svelare l'arcano. Al momento, secondo vo-

ci di corridoio, la direzione sanitaria ha intenzione persino di sopprimere un turno di emodialisi. E cioè, l'unico salterebbe un turno dei giorni dispari. "Da quello che abbiamo appreso negli ultimi giorni - continua De Lucia - la direzione sanitaria ha intenzione di eliminare un turno proprio per mancanza di infermieri, creando così maggiori disagi ai pazienti. Se tutto questo dovesse accadere la situazione sarebbe davvero allarmante ma non ci meravigliamo più di nulla, tutto rientrerebbe nella normale amministrazione. Più volte abbiamo cercato di far capire ai piani alti che si tratta di una situazione poco piacevole, ma ogniqualvolta ci esponiamo registriamo solo situazioni di scaricabarile. Vorrei far capire alla direzione sanitaria che il reparto di Nefrologia è un salvavita e, quindi, sarebbe opportuno evitare l'assenza prolungata di infermieri che, oltre a svolgere un ruolo essenziale a livello medico, hanno anche il compito sostenere psicologicamente il dializzato". Ma De Lucia e tutti i pazienti che frequentano il reparto dell'ospedale sanfeliciano, certamente non si fermano. Addirittura, sono alla ricerca di infermieri da poter inserire nel contesto locale. "C'è giovane infermiera, specializzata in emodialisi originaria del territorio - dice infine - che lavora all'ospedale di Ischia dell'Asl Na1. Più volte ho chiesto a chi di dovere di prendere in considerazione le sue competenze. Ovviamente, questo non è un esempio isolato. Sono diversi gli specializzati, originari di questa terra, che vorrebbero ritornare a lavorare in città. Perché allora la direzione sanitaria nichia? Al momento abbiamo solo messo per iscritto le nostre lamentele ma ciò non toglie che potremo cominciare a far sentire la nostra voce diversamente. Ci stiamo pensando perché quello della salute è un diritto sacrosanto che a nessuno deve essere negato".

”

Il portavoce dei malati
Vincenzo De Lucia:
Battaglia ogni giorno
tra medici responsabili
e direttore sanitario

”

I disagi
I dializzati cercano
operatori specializzati
per aiutare la Asl
a risolvere il problema

La sanità, i disagi In difficoltà i medici della chirurgia, rinviati gli interventi programmati

Ospedale alla paralisi, stop ricoveri

Maddaloni: funziona una sola sala operatoria su quattro. Pazienti a casa, largo ai lavori

Giuseppe Miretto

Saranno garantiti anche nei prossimi giorni, solo gli interventi d'urgenza. Ma il blocco chirurgico dell'ospedale di Maddaloni resta chiuso per lavori di ripristino del tetto dove sono state trovate grosse infiltrazioni d'acqua. L'annuncio, che rassicura solo a metà la vasta utenza del secondo plesso della provincia, è del direttore sanitario Mario Borrelli. Mala svolta vera è un'altra: oltre alla scongiurata paralisi delle attività del Pronto Soccorso e della rete del 118, sono ripartiti gli agognati lavori di manutenzione della copertura e di coibentazione delle tubazioni dell'aria condizionata causa prima delle infiltrazioni di acqua piovana.

> A pag. 25



La struttura Il reparto di chirurgia dell'ospedale di Maddaloni

La sanità, i disagi

Ospedale di Maddaloni, vietati nuovi ricoveri

Funziona una sola sala operatoria su quattro, garantite soltanto le urgenze chirurgiche

Giuseppe Miretto

MADDALONI. Saranno garantiti, anche nei prossimi giorni, soltanto interventi in regime di urgenza. Ma il blocco chirurgico dell'ospedale di Maddaloni resta chiuso per lavori improcrastinabili. L'annuncio, che rassicura solo a metà della vasta utenza del secondo plesso della provincia, è del direttore sanitario Mario Borrelli: «Sono già ripartiti i servizi chirurgici d'urgenza. Una delle quattro sale operatorie, anche grazie ai primissimi interventi manutentivi, è stata dichiarata agibile». Ma la svolta vera è un'altra: oltre alla scongiurata paralisi delle attività del Pronto Soccorso e della rete del 118, sono ripartiti gli agognati lavori di manutenzione della copertura e di coibentazione delle tubazioni dell'aria condizionata causa prima delle infiltrazioni di acqua piovana. Questa volta, saranno eseguiti con procedure di somma urgenza i famigerati lavori di ordinaria manutenzione, promessi e finanziati da quattro anni, mai portati a completamente a termine.

Assicurata la chirurgia d'urgenza, resta l'emergenza per l'intero nosocomio. Sospese tutte le attività chirurgiche programmate e reparti svuotati dalle dimissioni ordinarie di pazienti. In parte dirottati verso altre strutture, in parte rimandati a data da destinarsi. Congelato il calendario degli interventi di day surgery e di qualsiasi attività chirurgica ambulatoriale. Medesimo black out operativo per oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria e chirurgia estetica.

«Nell'immediato - precisa il direttore Mario Borrelli - la situazione dovrebbe decisamente migliorare: nei prossimi giorni, sarà consegnata anche la seconda sala operatoria». Visti i lavori di manutenzione all'impianto elettrico (danneggiato dalle infiltrazioni), valutando i tempi di coibentazione del sistema di condizionamento e di rifacimento delle coperture, tutte e quattro le sale operatorie torneranno nella piena disponibilità entro i prossimi dieci giorni. «Non prima - conclude il direttore sanitario - di aver provveduto ad una pulizia dei condotti e ad una sanificazione dei luoghi».

Insomma, c'è voluta un'emergenza e una chiusura forzata di tutte le attività



I ritardi
Manutenzioni rinviate ora si ricorre a lavori d'urgenza. L'incognita dei tempi

per recuperare una piena normalità gestionale. Appena 24 ore di stop, mitigate da interventi d'urgenza, hanno avuto un impatto fortissimo sull'utenza. Ben 40 persone, direttamente o indirettamente bisognose dell'attività chirurgica o del semplice ricovero, sono state respinte. Nel reparto di chirurgia sono state accelerate le procedure ordinarie di dimissione. Bloccati i ricoveri dei traumatizzati in ortopedia. La bufera sulla ritardata manutenzione ordinaria di un complesso chirurgico inaugurato appena 12 anni fa, dopo una spasmodica attesa di otto, è destinata a rientrare.

«La situazione veramente grave e taciuta - commenta Luigi Di Marzo (Cisl aziendale) - è un'altra: l'assoluta mancanza di personale, il blocco di qualsiasi forma di turn over (anche per rimpiazzare il personale che è andato in pensione) e il ricorso sistematico allo straordinario per garantire i servizi ordinari (400 ore mensili per reparto). Non smetteremo mai di dire, come facciamo da anni senza sosta, che servono infermieri, ausiliari e medici per garantire i servizi attualmente attivati e quelli già in procinto di essere inaugurati». Sarà pure che l'ospedale di Maddaloni ha riconquistato la sua autonomia gestionale. Ma sconta un oggettivo e incontestabile deficit numerico di personale, incoraggiato da un quinquennio gestionale, che aveva preparato la chiusura e la dismissione progressiva delle attività. Ora, la direzione sanitaria unica del nosocomio di Maddaloni e San Felice a Cancelli, guida il secondo nosocomio provinciale per bacino di utenza con metà del personale di un decennio fa.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

«L'assistenza ai diabetici è garantita»

Pozzuoli

Il Consiglio di Stato ribalta la sentenza con la quale il Tar condannava i tagli

Nello Mazzone

POZZUOLI. «I centri diabetologici pubblici dell'asl Napoli2 nord sono perfettamente idonei ad assicurare la continuità assistenziale per le migliaia di pazienti diabetici del territorio» e, dunque, l'azienda sanitaria ha pienamente rispettato la tutela del diritto alla salute e gli obblighi di spending review per il rientro dal deficit sanitario regionale con l'estromissione dei centri privati non accreditati.

Lo scrivono i giudici del consiglio di stato della terza sezione (presidente Lanfranco Balucani) ribaltando in modo netto la sentenza del tar Campania che nel 2016 aveva dato ragione in primo grado a 131 ammalati di diabete e ad alcuni centri privati accredita-



ti, tra cui l'Emotest. Malgrado le vibranti proteste delle associazioni di categoria e dei pazienti, che avevano fatto ricorso sul presupposto che gli 11 centri diabetologici pubblici previsti dal piano aziendale della Na2 Nord difficilmente avrebbero potuto garantire servizi adeguati ai 58 mila pazienti diabetici.

Una sentenza che arriva a distanza di pochi mesi dall'avvio dei centri asl di Pozzuoli, Marano, Giugliano e Villaricca ma che è destinata a rinfocolare una pole-

mica e una protesta mai sopita con gli ammalati pronti di nuovo alle barricate. Con la delibera 25 del gennaio 2016, l'allora commissario della na2 nord Antonio d'Amore, oggi direttore generale, decise di non rinnovare i contratti di servizio con 15 centri privati e di assistere direttamente i pazienti diabetici attraverso l'allestimento di quattro centri pubblici.

«La sentenza e i numeri della nostra attività danno chiaramente torto a chi ci accusa da due anni di aver ridotto l'assistenza - dice il manager D'Amore - la nostra azione è mossa prima di tutto dalla volontà di garantire una buona assistenza ai cittadini e dal rispetto della legge. Ora dobbiamo potenziare l'assistenza ai pazienti diabetici, dando seguito a quanto previsto dal decreto del commissario ad acta, con il quale si traccia un chiaro percorso di legalità. I centri privati del territorio già autorizzati alle prestazioni diabetologiche di secondo livello potranno seguire l'iter dell'accreditamento istituzionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Marano Scadenza dei termini per mettere in regola i bambini

Risse per i vaccini al distretto sanitario

La gente in fila si accapiglia i turni sono stati rinforzati
Un «duello» fra mamme

Ferdinando Bocchetti

MARANO. Code, urla, qualche parola non proprio oxfordiana, spintoni, genitori esasperati o sul perenne orlo di una crisi di nervi. Quella di ieri è stata l'ennesima giornata di caos al distretto sanitario di via Falcone, in pieno centro, da giorni preso d'assalto da centinaia di mamme e ragazzini che devono completare l'iter per le vaccinazioni obbligatorie.

Si arriva fino ad un numero di cento persone al giorno che affollano, per le sole vaccinazioni, i locali del distretto, già costretto agli straordinari dopo il mancato rinnovo del contratto agli operatori del centro unico di prenotazione. Un affollamento che, inevitabilmente, genera tensioni tra gli stessi utenti.

Ieri l'ennesimo episodio degli ultimi giorni. Due donne, una italiana e una extracomunitaria, sono passate - dopo le schermaglie verbali - dalle parole ai fatti. «Erano in fila in attesa del loro turno - spiegano alcuni testimoni - la ragazza di origini mediorientali, che portava un marsupio con

una neonata, presumibilmente la figlia, ha provato a chiedere informazioni saltando la fila, scatenando in tal modo la reazione dell'altra utente. Prima il rimprovero verbale, poi le due sono venute alle mani. La situazione è degenerata, tra urla, stratonni e qualche calcio».

La lite è stata sedata dai presenti, che hanno faticato non poco per porre fine alle ostilità. La direzione sanitaria, per contenere i disagi, ha disposto il potenziamento dei turni, portando da uno a due i giorni settimanali (martedì e giovedì) in cui poter richiedere le certificazioni. Ogni giorno, tranne il giovedì, i bambini possono essere sottoposti alle vaccinazioni previsti dalle recenti normative nazionali. «Purtroppo tanti genitori - sottolineano dall'asl - si sono ridotti agli ultimi giorni. In tanti, poi, si sono accorti in extremis di non essere in regola con specifiche vaccinazioni. Da qui l'affollamento e le inevitabili tensioni».

Sforzi organizzativi che non sembrano tuttavia aver sortito gli effetti sperati. Dallo scorso 10 marzo i genitori dei bambini delle materne e degli asili nido (fino a 6 anni di età), ma anche quelli delle scuole dell'obbligo (fino a 16 anni), devono dimostrare di avere vaccinato o quanto meno di avere prenotato la vaccinazione dei loro figli. Nel caso dei più piccoli si tratta della condizione per continuare a frequentare la scuola. Nel caso degli alunni più grandi, invece, quelli che frequentano la scuola dell'obbligo (7-16 anni), la situazione è diversa. Dal 10 marzo, infatti, non viene esclusa la frequenza scolastica, ma avviato l'iter per l'applicazione delle sanzioni (da 100 a 500 euro) previste dalla legge. La data ultima per completare gli adempimenti è il 30 marzo. Proroghe, come confermato dal ministero della salute, non saranno più concesse. File e qualche polemica, infine, si registrano anche in alcune scuole della città. Anche in questo caso è possibile mettersi in regola entro la fine del mese.



Boscotrecase, il convegno

«Tumore alle ovaie, attenzione a ereditarietà e ambiente»

Prevenzione ma soprattutto informazione sul tema dei tumori che colpiscono la donna. È questa la mission messa in campo dall'amministrazione comunale, dalla squadra Amatori Rugby e dalla onlus Loto che mercoledì pomeriggio hanno organizzato l'incontro «Donne in Azione», sul tema dei tumori epiteliali dell'ovaio. Quella del «killer silenzioso», la patologia al centro del convegno, colpisce poche donne ma, di contro, ha

una percentuale di mortalità che supera il 70 per cento e una sintomatologia ancora esigua di riconoscibilità, anche per i rari studi sulla malattia. «La cura migliore per i tumori resta ancora la prevenzione». Ha detto Franco Matrone, ginecologo dell'Asl Napoli 3 Sud, che ha aggiunto: «Gli accertamenti periodici li consigliamo a tutte le donne che hanno più di 40 anni, anche se è opportuno farne qualcuno prima di quell'età, soprattutto se in

famiglia ci sono già stati casi di tumore». Per il medico, anche l'ambiente esterno, «influisce sulla formazione di patologie». L'incontro, ha detto il sindaco Pietro Carotenuto, «rientra nelle iniziative che stiamo mettendo in campo. A questo si aggiunge la buona sinergia con la squadra dell'Amatori rugby, che contribuisce allo sviluppo sociale e culturale del paese».

Raffaele Perrotta© RIPRODUZIONE RISERVATA

16/3/2018 Formazione post-laurea. Troise (Anaao Assomed) scrive a Saitta: "Nei prossimi anni assisteremo ad un'importante carenza di medici"

quotidianosanita.it

Giovedì 15 MARZO 2018

Formazione post-laurea. Troise (Anaao Assomed) scrive a Saitta: "Nei prossimi anni assisteremo ad un'importante carenza di medici"

"Se i laureati in Medicina e Chirurgia sono attualmente in numero più che adeguato alle esigenze della sanità italiana, la sottostima dei contratti di formazione specialistica e di medicina generale produrrà, nei prossimi anni, una carenza importante di medici". La denuncia arriva da Costantino Troise, segretario Nazionale Anaao Assomed, in una lettera indirizzata all' Assessore Antonio Saitta. Sullo stesso argomento si è espresso anche Enrico Reginato, presidente Fems. [LA LETTERA ANAAO ASSOMED. LA LETTERA FEMS.](#)

"La grave carenza di medici specialisti e di medicina generale che, a causa dei massicci pensionamenti attesi nei prossimi anni, si sta per abbattere sul nostro Ssn è la conseguenza di una programmazione della formazione post-lauream che segue logiche autoreferenziali e particolari piuttosto che il bisogno della sanità pubblica, e privata, di professionisti qualificati in numero coerente con la domanda di salute dei cittadini". È questo il quadro delineato da **Costantino Troise**, segretario Nazionale Anaao Assomed, in una lettera inviata all' Assessore Antonio Saitta, Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni.

"In pratica – ha spiegato ancora Troise – se i laureati in Medicina e Chirurgia sono attualmente, e almeno per i prossimi 6 anni, in numero più che adeguato alle esigenze della sanità italiana, la sottostima dei contratti di formazione specialistica, e di medicina generale, crea un vero e proprio imbuto formativo, destinato a produrre **nei prossimi anni una carenza importante di medici** in possesso dei requisiti di accesso al mondo del lavoro".

Un allarme già da tempo lanciato da Anaao Assomed, sottolineando **"la necessità di incrementare in maniera consistente il numero di contratti per la formazione specialistica**, e di medicina generale, per porre riparo all'esodo massiccio che si prepara".

"Abbiamo accolto con soddisfazione – ha scritto ancora Troise – la notizia della riapertura, da parte del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, del Tavolo Ministeriale per la Medicina Generale, e dell'impegno assunto dalle Regioni di portare a 2000 le Borse per il Corso di Formazione in Medicina Generale, in pratica più del doppio rispetto alle 987 dello scorso anno. Alla soddisfazione del raggiungimento di questo importante traguardo, si accompagna, però, la preoccupazione di vedere cadere nel dimenticatoio la formazione specialistica".

"La proposta di un riutilizzo anche dei Contratti di Specializzazione non assegnati negli anni precedenti, non è stata, infatti, accompagnata da una decisione analoga a quella assunta per la medicina generale, e cioè – ha specificato il segretario Nazionale Anaao Assomed – un intervento delle Regioni, con risorse proprie, finalizzato ad integrare i Contratti Ministeriali, palesemente insufficienti, messi a disposizione annualmente per le Scuole di Specializzazione Mediche".

"Attualmente – ha continuato Troise – **le Regioni contribuiscono alla Formazione Medica Specialistica con poco più di 500 contratti all'anno**, ma è diventato necessario e improcrastinabile che si rendano protagonisti del percorso formativo, anche e soprattutto professionalizzante, dei giovani medici, anche attraverso una azione indirizzata allo stanziamento di almeno 2 mila contratti aggiuntivi (la differenza tra numero dei contratti messi a disposizione dal MIUR e reale fabbisogno denunciato dalle stesse Regioni), riducendo sensibilmente la strettoia dell'imbuto formativo".

Troise ha poi aggiunto che "un contratto di formazione medica specialistica di durata quadriennale costa 102.000 euro lordi (ovvero circa 25.500 € all'anno), per cui il costo complessivo di tale integrazione è stimabile in circa 204 milioni di € (51 mila € al contratto) e per 400 contratti in 161,6 milioni di € (204 milioni di € / 1,25 milioni di € per contratto)".

16/3/2018 Formazione post-laurea. Troise (Anao Assomed) scrive a Saitta: "Nei prossimi anni assisteremo ad un'importante carenza di medici"

Sono **cifre, alla portata di tutte le Regioni, fondamentali per assicurare un futuro sia al nostro Ssn**, garantendo un adeguato turnover di professionisti per i bisogni di salute dei cittadini, sia a tanti giovani medici attualmente ingabbiati in un limbo tra sotto occupazione ed emigrazione".

"Non sfugge a nessuno che **la sostenibilità del Ssn passa anche per la promozione del ricambio generazionale** necessario a coprire i posti di lavoro resi vacanti dal pensionamento massiccio, legato all'esaurimento dello scalone 'Fornero' ed al fenomeno della gobba demografica', che – ha concluso - vedrà andare in quiescenza 58 mila medici specialisti entro i prossimi sette anni (fonte: ANAAO – Conto annuale del Tesoro – Ced-Fnomceo 2015)".

16/3/2018

Carenza medici tamponata con la peggiore assistenza territoriale possibile

quotidiano**sanità**.it

Giovedì 15 MARZO 2018

Carenza medici tamponata con la peggiore assistenza territoriale possibile

Gentile direttore,

la graduatoria regionale della Medicina Generale campana è una graduatoria inquinata da tanti Colleghi che già hanno un'occupazione stabile, la maggior parte dei quali sono ultracinquantenni, per ovvi motivi.

FIMMG Napoli sta effettuando lo studio della graduatoria per eviscerare il vero numero di Medici di Medicina Generale precari. Studio coordinato dal segretario provinciale Luigi Sparano, con cui il sottoscritto sta collaborando.

Chi sono i Medici di Medicina Generale precari? Sono quei medici con il titolo di formazione specifica in Medicina Generale, in attesa di convenzione. Tali medici hanno un'età compresa tra i 30 e i 50 anni circa. Tali medici vivono, esercitando la professione da sostituiti, sia in Continuità Assistenziale, che negli studi dei Medici di Famiglia titolari.

Vi sono medici, come il sottoscritto, che sono emigrati nelle regioni del Nord, dove già c'è una forte carenza di Medici di Medicina Generale, per acquisire la convenzione e poi, dopo 3/4 anni circa, trasferirsi nella terra nativa.

Le criticità di tutto il sistema sono molteplici. Cerchiamo di analizzarle, punto per punto.

Gli incarichi provvisori di sostituzione in Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale possono essere ricoperti da qualsiasi Medico, con o senza titolo in Medicina Generale. Il contratto nazionale dice chiaramente che bisogna dare priorità a chi ha conseguito il titolo, e che i medici senza il quale possono essere incaricati solo in carenza di Medici con il diploma. Dove nasce il problema? Purtroppo le aziende sanitarie locali, spesso, incaricano i Medici non rispettando le direttive del contratto su citate, adottando criteri soggettivi che fanno pensare ad un clientelismo che favorisce "chi conosce chi". Tali criteri soggettivi sono, purtroppo, sostenuti da rappresentanti di Categoria di alcune sigle sindacali, come si può evincere da dichiarazioni a mezzo stampa, e non.

Ciò va ad influire sulla qualità delle Cure Primarie ai Cittadini, poiché questi ultimi vengono assistiti da medici che non hanno diritto di essere iscritti in graduatoria regionale, poiché sono medici senza titoli e competenze.

Essendo stato segretario regionale FIMMG Giovani Campania, ricevo tutt'oggi decine di segnalazioni quotidiane da parte di Colleghi che subiscono torti e ingiustizie da parte delle ASL. Proprio la scorsa settimana una collega della provincia di Caserta mi ha segnalato di non essere stata mai incaricata nel suo comune di residenza, nonostante sia un Medico di Medicina Generale titolato, e che il responsabile della Continuità Assistenziale le ha dichiarato che in quel presidio devono lavorare tutti, specializzando universitari compresi, quando l'ACN, l'AIR Campania e direttive regionali siano molto chiare in merito: vanno incaricati, anche provvisoriamente, i Medici che hanno conseguito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale! Solo costoro sono i Medici che hanno avuto una formazione ad hoc per esercitare le Cure Primarie sul territorio. I medici senza titolo, non essendo iscritti in graduatoria regionale, possono essere incaricati solo in subordine, quando non c'è disponibilità da parte dei Medici iscritti in graduatoria; cosa rara nelle province campane. Invece, spesso, succede l'esatto contrario.

Detto ciò, si deduce che le criticità sono dovute a gestioni allegre da parte delle aziende, con rappresentanti sindacali locali, che sanno e fingono di non sapere.

Sui trasferimenti di Medici già convenzionati vi è un altro tipo di problema. Che spesso la graduatoria di trasferimento sono inquinate da medici, quasi sempre ultracinquantacinquenni, che si spostano da una provincia

16/3/2018

Carenza medici tamponata con la peggiore assistenza territoriale possibile

oppure perché vogliono sfruttare la professione per avere ruoli politici nei comuni di origine. Tale meccanismo compromette il trasferimento di Medici da altre regioni, i quali sono costretti a dover attendere ulteriori anni per poter ritornare in Campania.

Forse sarebbe meglio avere una graduatoria separata per i Medici che chiedono trasferimento da altra regione? E avere una ripartizione di posti del 50%, sia per l'Assistenza Primaria, che per la Continuità Assistenziale? Altrimenti i Cittadini campani continueranno ad essere assistiti da medici non titolati e, quindi, poco competenti in Medicina Generale, poiché quelli titolati saranno sempre costretti ad esercitare altrove, pur essendo stati formati sul territorio campano.

Medici che migliorano la loro professionalità giorno, dopo giorno, ma costretti a lavorare lontano dalla propria terra e dai loro concittadini; eppure il fondamento della Medicina Generale è il rapporto di fiducia medico-paziente che si fonda anche sulla conoscenza diretta tra il professionista e il cittadino. In più questo sistema fa in modo che i Medici campani in esercizio siano sempre medici meno giovani, a differenza delle altre regioni d'Italia.

In pratica in Campania si è instaurato un circolo vizioso dove i Medici titolari sono sempre anziani. E la maggior età può sicuramente avere come vantaggio, maggior esperienza, ma bisogna considerare anche che un professionista giovane ha più entusiasmo, voglia di migliorare e maggior voglia di fare, che in sanità si traduce in miglior Assistenza con conseguente risparmio sulla spesa sanitaria pubblica.

Ultima criticità, ma non meno importante, anzi, è quella da cui scaturiscono tutte le altre, è che la Regione Campania non pubblica gli ambiti carenti di Assistenza Primaria e le ore carenti di Continuità Assistenziale due volte l'anno, come invece fanno le altre regioni d'Italia, violando da anni l'Accordo Collettivo Nazionale! Perché la Regione Campania può violare l'ACN?

Eppure si annuncia una carenza di Medici di Medicina Generale sul territorio! L'Istituzione, quindi, si sta assumendo la responsabilità di lasciare i Cittadini senza il proprio medico? Se non vengono pubblicate le Carenze, come si può fare in modo da colmare il buco assistenziale? Con medici senza titolo? Senza la formazione? Senza le competenze e l'esperienza maturata sul campo, da titolare, in altre regioni? La Regione Campania vuole una Medicina Generale fatta da medici incompetenti in Cure Primarie e senza una anzianità di servizio effettiva maturata? Quindi la regione Campania è la peggiore regione d'Italia per la Medicina Generale? E chi paga tutto ciò? I contribuenti? Contribuenti che hanno la peggiore Assistenza Territoriale possibile?

Da tale analisi si evince che il vero problema della Medicina Generale in Campania è il mancato rispetto delle normative. E sarebbe ora di individuare i responsabili e cacciarli via dalle Istituzioni.

Dott. Salvatore Caiazza

Medico di Medicina Generale

Già Segretario Regionale FIMMG Giovani Campania

La ricerca

**Test Dna sui gemelli
dopo 340 giorni
torna dallo spazio
con i geni modificati**

ELENA DUSI, pagina 22

La storia

Quel gene dello spazio che ha diviso per sempre i gemelli astronauti

**Scott in orbita, il fratello
Mark a terra. La Nasa:
anche dopo mesi dal
rientro, nel Dna resta
una differenza del 7%**

ELENA DUSI, ROMA

**All'atterraggio gli
scienziati avevano visto
un "fuoco d'artificio
di mutazioni". Ora la
situazione è più stabile**

Se esiste un "gene dello spazio", Scott Kelly ne è il detentore. Dopo 340 giorni consecutivi in orbita sulla Stazione Spaziale Internazionale e vari prelievi di sangue (eseguiti da solo), l'astronauta della Nasa è diventato forse l'uomo più studiato della medicina di oggi. La presenza a Terra del suo gemello identico Mark, infatti, ha fornito ai ricercatori l'occasione unica di mettere uno accanto all'altro due profili genetici che, se non proprio identici, erano in partenza molto simili.

Di "un fuoco d'artificio" di alterazioni del genoma aveva parlato all'indomani del ritorno a Terra (il primo marzo 2016) il genetista che ha studiato Scott Kelly, Christopher Mason della Weill Cornell Me-

dicine. Quasi due anni di routine terrestre e l'aver appeso la tuta al chiodo sembrano oggi aver riequilibrato il Dna dell'astronauta. Ma con qualche eccezione. Il 7% dei geni del 54enne gemello spaziale mantengono infatti livelli di espressione alterati. La Nasa, in una conferenza dello Human Research Program che si è svolta a Galveston, in Texas, ha anticipato dei risultati che saranno sistematizzati in una pubblicazione scientifica entro il 2018. Ma una prima sintesi ha messo in evidenza - fra i mutamenti di lunga durata - quelli dei geni collegati al sistema immunitario (che nell'ambiente asettico della Stazione Spaziale viene sollecitato meno rispetto alla Terra), dei geni legati alla formazione delle ossa (in assenza di gravità scheletro e muscoli sono gli organi che si indeboliscono di più) e a quelli che regolano l'equilibrio dei gas nel sistema circolatorio. Fra gli effetti della vita sulla Stazione Spaziale c'è infatti un impoverimento del sangue: l'ossigeno diminuisce e aumenta l'anidride carbonica.

Sembra invece scomparso con il tempo uno degli effetti più sorprendenti della permanenza nello spazio: l'allungamento dei telomeri. Scott Kelly era tornato a terra con i "cappucci" che proteggono le estremità della doppia elica del Dna più lunghi rispetto alla parten-

za. Niente di simile era mai stato osservato in maniera così netta. In genere i nostri telomeri si accorciano man mano che invecchiamo. Quando i "cappucci" sono consumati del tutto, la cellula smette di dividersi e il tessuto lentamente si degrada. Da questo punto di vista, Scott sembrava dunque essere ringiovanito durante il viaggio. Ma a pochi giorni dall'atterraggio il "miracolo" è svanito: i telomeri del gemello volante sono tornati identici a quelli del gemello sedentario.

I medici attribuiscono l'effetto "ringiovanente" all'attività fisica intensa richiesta sulla Stazione Spaziale per contrastare l'indebolimento di muscoli e ossa (almeno due ore al giorno di ginnastica) e alla dieta senza sgarri (per usare un eufemismo) imposta dalla vita in orbita.

La realtà però è che molti dei dati ricavati dai Kelly (anche Mark era stato astronauta, ma ha trascorso in tutto solo 54 giorni nello spazio) sfidano la logica e che il progetto della Nasa "Twins Study" ha ancora molto da fare prima di poter individuare con chiarezza "i geni dello spazio". L'obiettivo di lungo termine resta valutare gli effetti sulla salute di un eventuale volo per Marte. In tutto il Twins Study è diviso in dieci filoni di ricerca, affidati ad altrettanti scienziati. Scott Kelly a bordo della Stazione Spazia-

le raccoglieva campioni di sangue e urina in coincidenza con la partenza delle navette Soyuz per la Terra, in modo che le provette congelate arrivassero in laboratorio negli Stati Uniti entro due giorni. Fra gli altri cambiamenti misurati c'è stato un aumento dell'altezza di circa 5 centimetri (le vertebre si distendono in assenza di gravità), sparito subito dopo il ritorno a Terra (e spesso accompagnato da un fastidioso mal di schiena). Alcune proteine nel sangue che indicano la presenza di infiammazioni dei tessuti sono decisamente aumentate (segno non troppo tranquillizzante). Ma l'effetto più temuto - un declino delle attività cognitive causato dal bombardamento di raggi cosmici - non si è affatto mostrato su Scott, che resta arguto e brillante esattamente quanto il fratello.

ORIPRODUZIONE RISERVATA

Le conseguenze sull'organismo

Cosa accade a chi lascia la Terra

- 1 L'assenza di gravità causa la perdita di muscolo

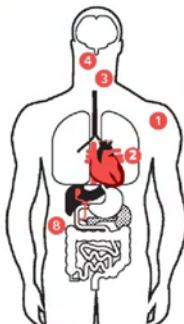


- 2 Il cuore nel pompare sangue non deve vincere la forza di gravità: nello spazio fatica meno. Il ritorno a Terra crea invece un po' di scompenso



- 3 Il sangue sale con facilità al viso e dà un aspetto paffuto

- 4 La vista si indebolisce



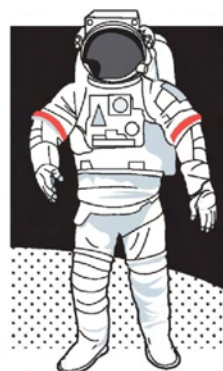
- 5 Il sistema immunitario non viene stimolato e diventa meno attivo



- 6 Le vertebre non vengono compresse dalla gravità e si allungano: gli astronauti diventano leggermente più alti (ma al ritorno a Terra soffrono spesso di mal di schiena)

Il ritmo sonno-veglia non è più coordinato con quello giorno-notte e diventa irregolare

- 7 Le radiazioni dello spazio possono causare danni al cervello e al Dna



- 8 Il microbioma (i microbi che vivono all'interno dell'organismo) si impoverisce a causa dell'ambiente sterile e della dieta monotona



L'espressione dei geni varia nello spazio, ma il 93% del Dna torna alla normalità

Le variazioni persistenti riguardano sistema immunitario, riparazione dei danni del genoma, livelli di ossigeno e anidride carbonica nel sangue

Sanità/2. Nei prossimi anni il settore privato sarà cruciale per garantire l'universalità del servizio

Equità fiscale e crescita per salvare il Ssn

di Pasquale Dell'Aversana

In attesa dei dati relativi al 2017, sappiamo che il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil in Italia è diminuito dal 7% del 2010 al 6,5% nel 2016. Il calo si è verificato a fronte di un trend inverso registrato negli altri Paesi d'Europa, ove il rapporto tra spesa sanitaria e Pil nel medesimo periodo è cresciuto dall'8% al 8,3%. Nell'ultimo decennio la spesa sanitaria pubblica in Italia è aumentata in media dell'1% contro il +3,8% degli altri principali Paesi europei.

Nel nostro Paese nel 2016 il settore dell'assistenza sanitaria ha mobilitato complessivamente 149 miliardi di euro di risorse intermini di spesa corrente. Di questi, 115 miliardi sono stati finanziati dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), mentre 34 miliardi di consumi privati sono stati coperti da esborsi diretti delle famiglie e dalla spesa sanitaria intermediata. A seconda di dove si vogliono collocare i confini tra previdenza e sanità, il comparto socio-assistenziale vale intorno ai 40/50 miliardi di spesa.

L'1 aprile del 2017 il Consiglio dei ministri ha deliberato il documento di Economia e finanza (Def) 2017 secondo il quale nel triennio 2018-2020 il Pil nominale dovrebbe crescere in media del 2,9% l'anno e l'incremento della spesa sanitaria attestarsi su un tasso medio annuo del 1,3%. In termini finanziari per la sanità pubblica significa passare dai 114,138 miliardi stimati per il 2017 a 115,068 miliardi nel 2018, a 116,105 miliardi nel 2019 e 118,570 miliardi nel 2020.

A questo punto se le stime del Def del 2016 sull'aumento del Pil e spese sanitarie sono corrette, nel prossimo triennio la sanità pubblica potrà disporre delle stesse risorse in termini di potere di acquisto solo se la ripresa economica del Paese sarà in linea con previsioni più ottimistiche, visto che la crescita stimata del Pil è del 2,2% nel 2017 e del 2,9% nel 2018/19.

Preoccupa un inciso del Def 2017 che prevede un rapporto tra spesa sanitaria e Pil in diminuzione dal 6,7% del 2017 al 6,5% nel 2018 per poi precipitare al 6,4% nel 2019, per la prima volta al di sotto della soglia dell'Oms, oltre la quale, insieme alla qualità dell'assistenza, si riduce anche l'aspettativa di vita delle persone.

Oggi in Italia circa il 60% dei cittadini sotto obbligo versa allo stato un'imposta

sulle persone fisiche inferiore al costo medio pro capite della sanità pubblica. Ne discende che l'universalismo conclamato dalla legge 833/78 viene retto da una minoranza di contribuenti che mantengono, dal punto di vista sanitario, un numero di concittadini non leali con l'obbligo fiscale, sotto l'avanzare dell'invecchiamento demografico e di progressi nella produzione dei farmaci e nell'assistenza finanziariamente e organizzativamente insostenibili per l'attuale Ssn.

Sembra tutto inverosimile così, ma, chiaramente più le risorse finanziarie vengono a diminuire con la "non crescita" del Pil, più si avvertirà il bisogno di mettere mano alla riorganizzazione del Ssn, perché quest'ultimo possa tener fede al suo tanto proclamato universalismo.

Per favorire la dignità della salute dei cittadini occorre indubbiamente rivedere la gestione sanitaria del pubblico, ma occorre anche dare una regolamentazione all'intervento della sanità privata che tanta qualità sta mettendo sul campo.

Il federalismo, così come congetturato, ha migliorato il Sistema sanitario nazionale sotto il profilo finanziario, ma lo ha depresso sotto il profilo dell'equità. Ma non è il solo colpevole delle sue difficoltà. Credere che tutto possa essere risolto con il riaccentramento del potere centrale sulla Sanità è esercizio di un pensiero e un'azione stucchevole, che elude i veri nodi del Ssn che, nello scenario dei prossimi anni, è destinato a subire, ancor di più, le incoerenze tra le aspettative in crescita e le risorse, in calo evidente e quindi a non poter dare garanzia circa l'equità della risposta pubblica alla domanda sanitaria dei cittadini.

L'universalismo del Ssn si salverà solo se lo stesso, da unico fornitore si evolverà a fornitore partecipante e integrato di un sistema complessivo, ove l'offerta del privato (sanità privata intermediata e complementare) sia chiamata legittimamente a dare il suo apporto. Ma per questo, probabilmente, occorre una regolamentazione della sanità integrativa e complementare e una fiducia nella loro azione concreta.

Di questo parleranno il 21 marzo a "Sanità tra equità ed equilibrio", a Roma presso l'Avvocatura dello Stato, le istituzioni pubbliche operanti nella Sanità e le rappresentanze degli stakeholder.

*Associazione per il progresso del Mezzogiorno
e coordinatore del convegno
© KONZELJOUR - IDEAL*